



๗๐๐๒๗๘๓

ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดน้ำดีในถุงน้ำดี

EFFECTS OF STRUCTURED INFORMATION IN
PATIENTS UNDERGOING CHOLECYSTECTOMIES

นางสาวฉวี มากพุ่ม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. ๒๕๓๐

ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจาก ทุนอชาวกิต-ศิริรัตน ประจำปี พ.ศ. ๒๕๒๗

อธิการบดีมหาวิทยาลัย

จาก

บัณฑิตวิทยาลัย ม.มหิดล

หน้าเสนอ

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดท่อน้ำดีในถุงน้ำดี

ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล
ศาสตร์ ได้เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2530

.....
(นางสาวฉวี มากพุ่ม)
ผู้เสนอ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อารยเอมอร กำรungskเลิศ)
อาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อารยมาลี เลิศมาลีวงศ์)
อาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรรณิการ์ สุวรรณโคต)
อาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กร.มนตรี จุฑสมัย)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

.....
(ศาสตราจารย์นายแพทย์อรณดิษฐ์ เวชชาชีวะ)
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

หน้าอุมัติ

คณะกรรมการไ้ทำการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในถุงน้ำดี

โดย

ฉวี มากพุ่ม

เมื่อวันที่ ๑ สิงหาคม 2530 เห็นสมควรอนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

...../๑พอร. ๑๖/๖๗.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมอร คำรงค์เลิศ)
ประธานกรรมการ

...../๑พค. ๑๖/๖๗.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรรณิการ์ สุวรรณโศก)
กรรมการ

...../๑พค. ๑๖/๖๗.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์มาลี เลิศมาลีวงศ์)
กรรมการ

...../๑พค. ๑๖/๖๗.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุวดี ภาวษา)
กรรมการ

...../๑พค. ๑๖/๖๗.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มันตรี จุฑามัย)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

...../๑พค. ๑๖/๖๗.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง)
กรรมการ

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์

ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดท่อน้ำดี
ในถุงน้ำดี

นักศึกษา

นางสาวฉวี มากพุ่ม

ระดับปริญญา

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

สาขาวิชาเฉพาะ

Acute Care Nursing

สถาบัน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ เอมอร คำรงค์เลิศ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กฤษฎิการ สุวรรณโคตร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ เลิศมาลีวงศ์

วัน เดือน ปี

9 มิถุนายน 2530

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดท่อน้ำดีในถุงน้ำดี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 30 คน โดยการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ การศึกษากระทำในกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คนก่อน หลังจากนั้นจึงศึกษาในกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินความวิตกกังวลในเย็นวันก่อนผ่าตัด โดยตอบแบบประเมินความวิตกกังวลแบบสเตทและแบบเทรท ของสไปร์ เบอร์เจอร์และคณะ กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสหภาพประจำตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด และผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกวันจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินปัญหาและให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ในวันจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

ในวันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มทำแบบประเมินความวิตกกังวลแบบสเตท
ผู้วิจัยทำการติดตามประเมินบันทึกจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด การเกิดภาวะแทรก
ซ้อนของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มตั้งแต่หลังผ่าตัดวันแรกจนถึงวันที่ 5 หลังผ่าตัด ผลการศึกษา
พบว่า

1. ก่อนได้รับข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน กับผู้ป่วยกลุ่ม
ที่ได้รับข้อมูลตามปกติ มีความวิตกกังวลแบบสเตทและแบบเทรทแตกต่างกันอย่างไม่มี
นัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)
2. ภายหลังจากได้รับข้อมูลในวันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มที่ไ้
รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน กับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ มีความวิตกกังวลแบบสเตท
แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)
3. ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลแบบสเตท
ภายหลังจากได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)
4. ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ มีความวิตกกังวลแบบสเตท ภายหลัง
ได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)
5. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน ใช้ยาแก้ปวดตลอด 5 วัน
หลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)
6. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน กับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ
มีจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาล ภายหลังจากการผ่าตัด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัย
สำคัญทางสถิติ ($P > .05$)
7. ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ภายหลังจากการผ่าตัด

Thesis Title Effects of Structured Information in
 Patients Undergoing Cholecystectomies

Author Chawee Magpume

Degree Master of Science (Nursing)

Nursing Specialty Acute Care Nursing

Institute Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital

Major Advisor Assistant Professor Emorn Dumronglert

Co-Advisor Assistant Professor Khannika Suwonnakote
 Assistant Professor Malee Lerdmaleewong

Date of Graduation June 9, 1987

ABSTRACT

The main purpose of this study was to assess the effects of structured information in patients undergoing cholecystectomies. The study was carried out in Ramathibodi Hospital. The subjects were selected by purposive sampling technique, which divided into 2 groups (15 each) : The control group was studied first and the experimental group was studied later. In the evening before undergoing surgery each subject was requested to complete the questionnaire that assessed patient's State and Trait Anxiety. The control group received routine information giving from the staff nurses, whereas the experimental group received individually structured information directly from the researcher about pre and postoperative care, and visited by the researcher everyday

4

until the day of discharge from hospital. On the day of discharge each subject was requested to complete the questionnaire that assessed patient's State Anxiety again. The researcher assessed the frequency of analgesics used by each patient and the complication incidence for 5 days continuously after surgery.

The results of the study were as follows :

1. Before receiving any information, the patients' State and Trait Anxiety of the experimental and the control group showed no statistical difference ($P > .05$).

2. After receiving information, the patients' State Anxiety of the experimental and the control group showed no statistical difference ($P > .05$).

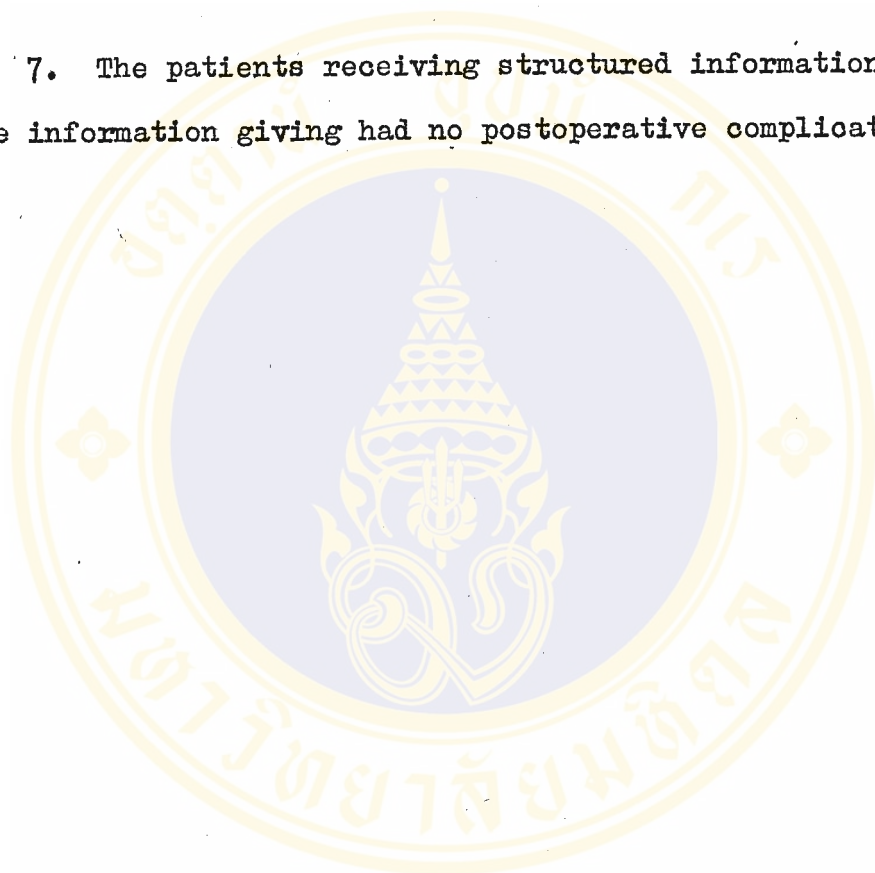
3. In the experimental group, the patients' State Anxiety decreased statistical significantly after receiving structured information ($P < .01$).

4. In the control group, the patients' State Anxiety decreased statistical significantly after receiving routine information giving ($P < .05$).

5. Total number of analgesics used by the patients having structured information was statistical significantly less than those the patients receiving routine information giving ($P < .01$).

6. The length of hospitalization between the patient groups having structured information and routine information giving showed no statistical difference ($P > .05$).

7. The patients receiving structured information and routine information giving had no postoperative complications.



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวฉวี มากพุ่ม
วัน เดือน ปีเกิด 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2490
สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษา ครุศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล)
สถานที่ศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปี พ.ศ. ที่สำเร็จ 2521

ประวัติการทำงาน

สถานที่ทำงาน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง อาจารย์ระดับ 5

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากหลายท่าน ผู้วิจัย
ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมอร คำรงค์เลิศ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
กรรณิการ์ สุวรรณโคต ผู้ช่วยศาสตราจารย์มาลี เลิศมาลีวงศ์ อาจารย์ผู้ควบคุม
วิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำและเอาใจใส่แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ
ตลอดจนให้กำลังใจอย่างดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์เอชชัย กาญจนพิทักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ลีโรจน์ กาญจนปัญญผล ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุจินต์
วิจิตรกาญจน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุนทรี ภานุทัต อาจารย์วิไล พงศ์กระวี
และอาจารย์สารินี สร้อยทอง ที่ได้ให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไข
ข้อมูลที่มีแบบแผนสำหรับผู้ป่วย ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิศยา
คชภักดี และขอขอบคุณ คุณชนันต์ สมประเสริฐ ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำในการใช้แบบ
ประเมินความวิตกกังวล

ขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่แผนกคัดกรอง โรงพยาบาล
รามคำแหง ที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
และบุคคลที่สำคัญยิ่งที่ทำให้การวิจัยสำเร็จลงด้วยดี คือ ผู้ป่วยทั้ง 30 รายที่ได้
ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ และท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณมูลนิธิรามาธิบดี และทุน
อาชีวศึกษา-ศิริวัฒน์ ที่กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนบางส่วนสนับสนุนการวิจัย จึงใคร่ขอขอบ
พระคุณมา ณ โอกาสนี้

ฉวี มากพุ่ม

สารบัญเนื้อเรื่อง

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฉ

บทที่

1	บทนำ	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์	4
	สมมติฐาน	5
	ขอบเขตของการวิจัย	6
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	6
	ข้อตกลงเบื้องต้น	7
	ข้อจำกัดของการวิจัย	7
	คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย	7

2	วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
	โรคนี้่วในถุงน้ำดี	10
	พยาธิกำเนิด	11
	ลักษณะนี้่วในถุงน้ำดี	13
	อุบัติการณ์เกิดนี้่วในถุงน้ำดี	15
	ผลเสียจากการเกิดนี้่วในถุงน้ำดี	15
	ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและการป้องกัน	16

สารบัญเนื้อเรื่อง (ต่อ)

หน้า

บทที่

2	การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน	19
	ความหมายของข้อมูล	19
	ลักษณะของข้อมูลที่ดี	19
	ทฤษฎีเกี่ยวกับข้อมูล	20
	วิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย	20
	ลักษณะของข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ	21
	ผลของการให้ข้อมูลต่อระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาล	
	ภายหลังการผ่าตัด	24
	แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับความวิตกกังวล	25
	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจ การให้ข้อมูล	
	และความวิตกกังวล	29
	ทฤษฎีอารมณ์เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ	29
	ทฤษฎีอารมณ์เกี่ยวกับข้อมูล	30
	แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวด	36
	การลดความเจ็บปวดและความรุนแรงของสิ่งที่มาคุกคาม..	39
3	วิธีดำเนินการวิจัย	
	ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	44
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
	ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล	47
	การวิเคราะห์ข้อมูล	49
4	ผลการวิจัย	
	ผลการวิเคราะห์	51
	การอภิปรายผล	62

สารบัญเนื้อเรื่อง (ต่อ)

หน้า

บทที่

5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
	สรุปผลการวิจัย	69
	ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์	71
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	72
	เอกสารอ้างอิง	74
	บรรณานุกรม	89
	ภาคผนวก	
ก	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	91
ข	ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูล	94
ค	รายนามผู้เชี่ยวชาญ	101
ง	ข้อมูลที่มีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดในอุ้งน้ำที่	102

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1	จำนวนร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ สมรรถนะทางการศึกษา รายได้ และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	52
2	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล แบบสเกลและแบบเทรท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนได้รับข้อมูล	55
3	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล แบบสเกลภายหลังได้รับข้อมูลระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน	56
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล แบบสเกลของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน ระหว่างก่อนกับหลังได้รับข้อมูล	58
5	ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการใช้ยาแก้ปวดในแต่ละวันภายหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน	60
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดตลอด 5 วัน ภายหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน	60
7	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาล ภายหลังการผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน	61

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
8	ข้อมูลแสดงคะแนนความวิตกกังวลแบบสเคทและแบบเทรท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	97
9	ข้อมูลแสดงจำนวนครั้งการไ้ยาแก้ปวด จำนวนวันที่อยู่ ในโรงพยาบาล	98
10	แสดงการใช้สารคัดหลั่งชีพ และจำนวนวันที่ไ้ของผู้ป่วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	99
11	เปรียบเทียบน้ำหนักตัวของบุคคลกับน้ำหนักมาตรฐาน โดย ใช้ความสูงของบุคคลเป็นเกณฑ์	100

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ภาพแสดงลักษณะของสารประกอบน้ำที่	11
2	ภาพแสดงพยาธิกำเนิดของกรรน้ำที่	12
3	กระบวนการเผชิญความเครียด	34

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังประสบปัญหาเรื่องการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายของโรงพยาบาล และไม่ได้รับข้อมูลที่ต้องการ ทั้งนี้เพราะบุคลากรทางการแพทย์มุ่งที่การหาสาเหตุของโรค และกำจัดโรคให้หมดไปมากกว่าที่จะคำนึงถึงความต้องการทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วย (A1±, 1966 : 76) โรงพยาบาลมักคำนึงถึงความต้องการการค้นร่างกายเป็นอันดับแรก และมุ่งดูแลที่อวัยวะนั้น รีบเร่งให้งานเสร็จทันเวลา จนลืมถึงสภาพจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นและความเห็นอกเห็นใจน้อยลง (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2523 : 5 ; ประคอง อินทรสมบัติ, 2522 : 4) การพยาบาลทางจิตวิทยาซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ จึงถูกละเลย (Barnett, 1978 : 29-30) แพทย์และพยาบาลควรมีความเข้าใจถึงความต้องการการรักษาพยาบาลทางจิตร่วมกับทางกายด้วยเสมอ (ธีระ ลิ้มศิลา, 2524 : 97)

ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ถูกควบคุมโดยการดำรงชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องการการประคับประคองทางจิตใจให้สามารถยอมรับ และปรับตัวต่อสภาพการเจ็บป่วย บทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวนับเป็นงานของพยาบาลโดยตรง ที่ต้องถือเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยไม่ต้องให้ใครสั่ง (พาริกา อิมราธิม, 2524 : 98) บทบาทของพยาบาลที่ควรเป็นจะรวมเอาบทบาทที่ไม่อิสระ ที่มุ่งการรักษาเยี่ยวยา และบทบาทอิสระที่มุ่งการสนองความต้องการของบุคคล โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการพยาบาลตามที่คาดหวังและได้รับการเยียวยารักษาพร้อมไปกับการประคับประคองจิตใจ (พาริกา อิมราธิม, 2526 : 231) การปฏิบัติดังกล่าวย่อมเป็นผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า การให้ความรู้และข้อมูลต่าง ๆ เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคน แต่จากการศึกษาของแพรท, ซิดิกแมน และริกเกอร์ โดยการสังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในคลินิกผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสดรหามข้อมูลน้อย มีส่วนร่วมในการปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ (Pratt, Seligman & Reader, 1957 : 1283) ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงกับความต้องการแท้จริง และผู้ป่วยไม่กล้าซักถามในสิ่งที่เขาต้องการ (Dodge, 1972 : 1852-1853) มีรายงานการศึกษาล่าสุดพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ ขาดการหายใจ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอ (Siedenberg et al., 1960 : 105) ผู้ป่วยไม่มีโอกาสซักถามรายละเอียดของการวินิจฉัยและรู้สึกยากลำบากในการปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ (Alpert et al., 1973 : 499-506) แพทย์ไม่ค่อยอธิบายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยให้ฟัง (Bellin & Geiger, 1972 : 224-239) สิ่งเหล่านี้ยังเป็นข้อเท็จจริงในปัจจุบัน แพทย์มีเวลาให้ผู้ป่วยน้อยเพราะต้องทำงานแข่งกับเวลา

สำหรับโรงพยาบาลรามารามภักดิ์ พยายามจัดเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการรับผิดชอบ เป็นผู้ให้ข้อมูล คำแนะนำปรึกษาหารือไปกับการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับการเตรียมตัวและการปฏิบัติตนในระยะหลังผ่าตัด การเตรียมผ่าตัดที่สมบูรณ์แบบจะต้องเตรียมพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพราะการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระยะหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง เช่น ผู้ที่มีรูปร่างอ้วน (Obesity) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัด และในระยะหลังการผ่าตัด สูงกว่าผู้ป่วยที่มีรูปร่างธรรมดา โรคแทรกซ้อนมักเกิดจากการไม่เคลื่อนไหว (Strauss & Wise, 1977 : 1053) และภาวะแทรกซ้อนทางปอดเป็นสาเหตุที่ทำให้อัตราการตายภายหลังการผ่าตัดสูงขึ้น (Bartlett et al., 1973 : 1017) ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่พบได้คือ เส้นเลือดดำอักเสบ ซึ่งพบได้บ่อยในคนอ้วน มีผู้ให้ความเห็นว่ามีความสัมพันธ์กับการไม่เคลื่อนไหว ทำให้มีเลือดคั่งอยู่บริเวณขา (Strauss & Wise, 1977 : 1056)

ผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำคีสส่วนใหญ่จะพบในผู้หญิงที่มีรูปร่างอ้วน อายุเกิน 40 ปี ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ถ้าได้รับการเตรียมตัวในระยะก่อนผ่าตัดไม่ดี และไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

การรักษาโดยการผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเล็กหรือใหญ่ ย่อมก่อให้เกิดความกลัวและวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ มีผู้ทำการศึกษาพบว่า การผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวลอย่างมาก แม้ในรายที่เคยได้รับการผ่าตัดมาแล้ว ความวิตกกังวลก็ไม่ไ้ลดลงตามประสบการณ์ (Carnevali, 1966 : 1538) เมื่อบุคคลตกอยู่ในความกลัวและวิตกกังวล ความกลัวจะเป็นแรงกระตุ้นสำคัญ ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อต่อสู้กับภาวะการณที่ก่อให้เกิดความกลัว ซึ่งมีทั้งผลดีและผลเสียต่อการปรับตัวของบุคคลในระหว่างที่ต้องต่อสู้กับภาวะการณที่คุกคามความรู้สึกของเขา (Johnson, Dabbs & Leventhal, 1970 : 18) ความกลัวและวิตกกังวลทำให้ความสามารถในการตัดสินใจของบุคคลลดลง การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย นอกจากจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม ยังสามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลและความหวาดกลัวของผู้ป่วยให้น้อยลง และจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในแผนการรักษาของแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (Lemaitre & Finnegan, 1975 : 50 ; Skipper, 1965 : 61-80)

จากประสบการณ์ของผู้วิจัย ได้พบเห็นบริการที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นการให้บริการตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้าของผู้ป่วย การให้ข้อมูลติดตามช่วยเหลือยังไม่มีแบบแผน ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินชีวิตและสนับสนุนให้กำลังใจน้อย เพราะการรับผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดมักเป็นช่วงเวลาเย็นก่อนผ่าตัดเพียงวันเดียว ผู้ป่วยบางรายจะชวนหาความรู้และข้อมูลต่าง ๆ จากผู้ป่วยด้วยกันเอง บางรายได้รับข้อมูลที่ผิด ๆ หรือไม่ถูกต้อง หรือบางรายเก็บความสงสัยไว้ไม่ได้ถามผู้ใด ทำให้เกิดความวิตกกังวลนอนไม่หลับ การการณสิ่งที่น่ากลัวไว้ล่วงหน้า ซึ่งเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างมาก ผู้วิจัยเชื่อว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนย่อมช่วยขจัดปัญหาต่าง ๆ ที่มีอยู่อันเป็นผลดีต่อผู้ป่วยและพยาบาล ในงานผู้ป่วยการได้รับข้อมูลที่เขาคงการทราบจะช่วยลดความ

วิตกกังวล ลักษณะเครียด (พรรณงาม พรรณเชษฐ์, 2525 : 61) ลดความเจ็บปวด และความรุนแรงของสิ่งที่มาคุกคาม (Staub & Kellet, 1972 : 198) สามารถเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาที่จะต้องเผชิญ (McHuge, Christman & Johnson, 1982 : 780) ผู้ป่วยย่อมเกิดความรู้สึกพหุภูมิใจในการมีสิทธิตัดสินใจดูแลตนเอง และมีส่วนร่วมในอันที่จะส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพตนเองภายหลังการผ่าตัด สำหรับพยาบาลจะมีโอกาสได้สร้างสัมพันธ์ภาพและใกล้ชิดกับผู้ป่วย ช่วยให้ทราบปัญหาที่แท้จริง มีโอกาสแนะแนวการแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น และได้มีส่วนในการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ในผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในดูน่าคิดว่าจะมีผลอย่างไรต่อความวิตกกังวล จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด และจำนวนวัน ของการอยู่ในโรงพยาบาล ภายหลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลแบบสเตท และแบบเทรท ก่อนได้รับข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลแบบสเตท ภายหลังได้รับข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลแบบสเตทของผู้ป่วย ก่อนกับหลังได้รับข้อมูลตามปกติ
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลแบบสเตทของผู้ป่วย ก่อนกับหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน

5. เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแต่ละวัน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดตลอด 5 วัน หลังผ่าตัดนี้ในผู้ป่วยที่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

6. เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาล หลังการผ่าตัดนี้ในผู้ป่วยที่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

7. เพื่อศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดนี้ในผู้ป่วยที่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ก่อนได้รับข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลตามปกติ มีความวิตกกังวลแบบสเทและแบบเทรทไม่แตกต่างกัน
2. ภายหลังการได้รับข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลแบบสเทต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ
3. ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ มีความวิตกกังวลแบบสเทก่อนกับหลังได้รับข้อมูลไม่แตกต่างกัน
4. ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลแบบสเท ภายหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูล
5. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีจำนวนครั้งการใช้ยาแก้ปวด ตลอด 5 วัน หลังผ่าตัดนี้ในผู้ป่วยที่ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ
6. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาล ภายหลังการผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งมุ่งศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับการให้ข้อมูลตามปกติ ในผู้ป่วยผ่าตัดในอุ้งน้ำที่ โดยเปรียบเทียบผลแตกต่างของความวิตกกังวลแบบสเตทและแบบเทรท จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด ระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาลและศึกษาค่าเฉลี่ย จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดในแต่ละวัน จำนวนผู้ป่วยที่ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลรามธิบดี ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 ราย
3. ระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2527 ถึงมกราคม พ.ศ.2528
4. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวล ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบสเตทและแบบเทรท ของสไปร์เบอร์เจอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1970 : 20-21)
5. ตัวแปรอิสระในการศึกษานี้ ได้แก่ การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และการให้ข้อมูลตามปกติ ตัวแปรตาม ได้แก่ ความวิตกกังวลแบบสเตท จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เป็นข้อมูลให้เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการให้ความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในอุ้งน้ำสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง เกิดความมั่นใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้บริหารการพยาบาล นำไปปรับปรุงบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. คำตอบที่ผู้ป่วยตอบในแบบประเมินความวิตกกังวล บ่งบอกถึงความรู้สึกของผู้ป่วยจริง

2. การบันทึกจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด จากเวชระเบียนของผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้

ข้อจำกัดของงานวิจัย

ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมการให้คำแนะนำหรือข้อมูลแก่ผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่อื่น ๆ อันอาจมีผลต่อความวิตกกังวล จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด ระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

หมายถึง การให้ข้อมูลที่ได้มีการเตรียมแผนไว้ล่วงหน้า ซึ่งประกอบด้วยลักษณะสำคัญ ได้แก่ ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร ที่ผู้ป่วยสามารถทบทวนด้วยตนเองได้และด้วยการสื่อสารทวิทางจาเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยมีการสาธิตให้ผู้ป่วยฝึกทดลองปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา และข้อสงสัยต่าง ๆ รวมถึงการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

ติดตามกระตุ้นช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทุกวัน
 คสอระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล เนื้อหา
 ของข้อมูลเน้นเฉพาะการปฏิบัติตนใน 3 ระยะ ได้แก่
 ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้าน

การให้ข้อมูลตามปกติ หมายถึง การให้ข้อมูลในงานประจำ โดยพยาบาลประจำการ
 ผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลหน่วยประสานงานระหว่างบ้าน
 และโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่น ๆ ตาม
 ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของแต่ละคน
 ที่ดำเนินการให้ข้อมูลตามปกติแก่ผู้ป่วย

ความวิตกกังวล หมายถึง ความวิตกกังวลแบบสเทตและแบบเทรท ความวิตกกังวล
 แบบสเทต (State Anxiety) เป็นความวิตกกังวล
 ในสถานการณ์ปัจจุบัน ประเมินได้โดยการตอบแบบทดสอบ
 ของผู้ป่วยในเครื่องมือวัด STAI Form X-I และ
 ความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait Anxiety) เป็น
 ความวิตกกังวล ซ่อนเร้น เป็นลักษณะเฉพาะประจำตัวบุคคล
 ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (Personality Trait)
 ประเมินได้โดยการตอบแบบทดสอบของผู้ป่วยในเครื่องมือวัด
 STAI Form X-II โดยกำหนดให้ระดับความวิตกกังวล
 ต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 20-40 คะแนน ระดับความวิตก
 กังวลปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 40-60 คะแนน ระดับ
 ความวิตกกังวลสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 60-80 คะแนน

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด หมายถึง ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดในอุ้งน้ำที่ ครอบคลุมการเกิดปอดอักเสบ ปอดแฟบ แผลติดเชื้อ ประเมินโดยการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ และประเมินจากอาการทางคลินิกที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนดังนี้

ปอดอักเสบ (Pneumonia) หมายถึง ภาวะที่มีการอักเสบของปอด มีไข้ ไอ หายใจหอบเร็ว ชีพจรเร็ว ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงผิดปกติ

ปอดแฟบ (Atelectasis) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีไข้สูงหลังวันที่ 2 ของการผ่าตัด มีอาการหายใจหอบ ผลการตรวจของแพทย์และการวินิจฉัยจากภาพเอกซเรย์ปอด พบว่าปอดขยายตัวได้น้อย

การติดเชื้อของแผลผ่าตัด หมายถึง การที่แผลผ่าตัดมีการอักเสบ บวมแดง มีหนองไหลจากแผลหรือขอบแผลแยกออกจากกัน

จำนวนครั้งของยาแก้ปวด หมายถึง จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในกลุ่มประเภทของยาแก้ปวด (Analgesics) หรือยาลดไข้ (Antipyretics) ตามที่แพทย์กำหนดไว้ในการรักษาที่ผู้ป่วยขอรับเมื่อรู้สึกปวดในแต่ละวัน ตลอดช่วง 5 วัน ชุ่มชื้นได้จากการลงบันทึก การให้ยาแก้ปวด โดยเจ้าหน้าที่ประจำในเวชระเบียนของผู้ป่วย การนับจำนวนครั้ง กำหนดให้การใช้ยาแก้ปวดทั้งชนิดฉีด หรือรับประทานในแต่ละครั้ง มีค่าเท่ากับ 1

จำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังผ่าตัด หมายถึง จำนวนวันตามปฏิทิน นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแก้ไขโรคในอุ้งน้ำที่จนถึงวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเรื่อง ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ผู้วิจัยจะนำเสนอเนื้อหา ที่ครอบคลุมรายละเอียดในหัวเรื่องต่อไปนี้

1. โรคนิ่วในถุงน้ำดี

พยาธิกำเนิด

ลักษณะนิ่วในถุงน้ำดี

อุบัติการณ์เกิดนิ่วในถุงน้ำดี

ผลเสียจากการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและการป้องกัน

2. การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

ความหมายของข้อมูล

ลักษณะของข้อมูลที่ดี

ทฤษฎีเกี่ยวกับข้อมูล

วิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ลักษณะของข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ

ผลของการให้ข้อมูลต่อระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาล

ภายหลังการผ่าตัด

3. แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจ การให้ข้อมูลและ

ความวิตกกังวล

ทฤษฎีอารมณ์เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ

ทฤษฎีอารมณ์เกี่ยวกับข้อมูล

4. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวด

ความหมายและกลไกการ เกิดความเจ็บปวด

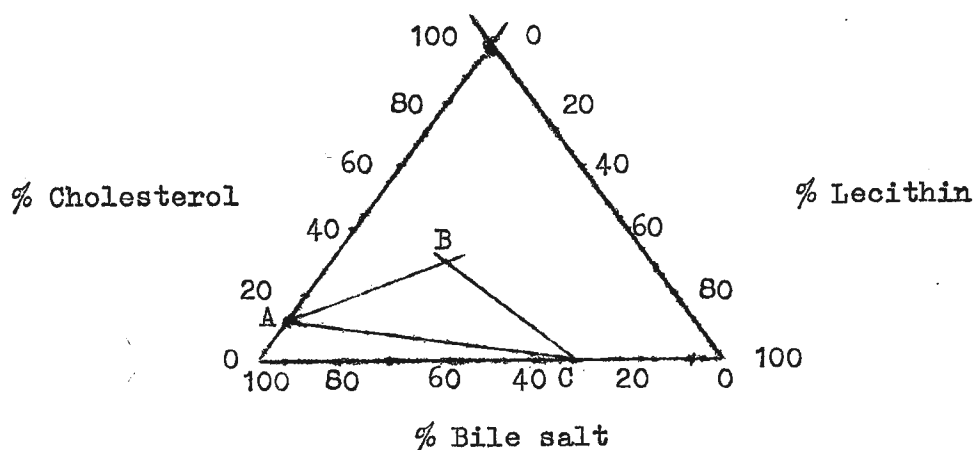
การลดความเจ็บปวดและความรุนแรงของสิ่งที่มาคุกคาม

โรคนิ่วในถุงน้ำดี (Gallstone)

พยาธิกำเนิด

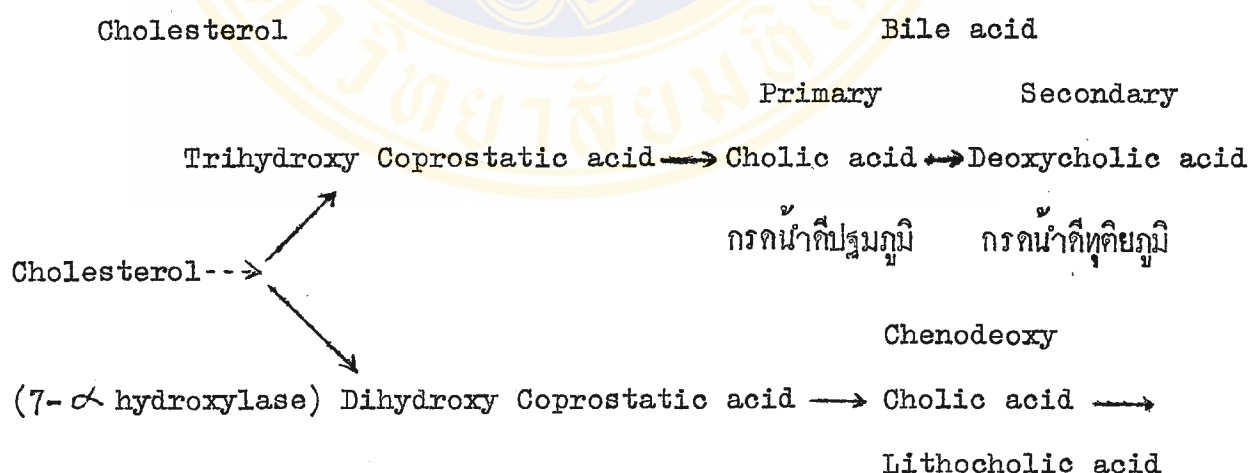
โรคนิ่วในถุงน้ำดี เป็นโรคที่พบได้บ่อยทั้งในต่างประเทศและทั่วทุกภาคของประเทศไทย เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีผลทำให้เกิดการอักเสบของถุงน้ำดีทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง และอาจทำให้เกิดฝีช้ำ หรือโรคแทรกซ้อนร้ายแรงอื่น ๆ รวมทั้งอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การเป็นมะเร็งของถุงน้ำดี (Sleisenger and Way, 1978 : 1294 ; Wenokert & Robertson, 1966 : 374)

นิ่วในถุงน้ำดีมีหลายชนิด และแต่ละชนิดมีพยาธิกำเนิดแตกต่างกัน การเกิดนิ่วในถุงน้ำดี เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของสาร 3 อย่างคือ เกลือน้ำดี (Bile salt) ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid) และคอเลสเตอรอล (Cholesterol) (รูปที่ 1) ปริมาณของสารทั้ง 3 อย่าง ถ้าอยู่ในรูปสามเหลี่ยมเล็ก ABC เป็นสัดส่วนของน้ำดีที่ไม่เกิดนิ่ว แต่สัดส่วนของน้ำดีที่อยู่นอกสามเหลี่ยมเล็ก ABC มีโอกาสเกิดนิ่วได้ง่าย



รูปที่ 1 สามเหลี่ยมแสดงสัดส่วนของสารประกอบในน้ำดี (อรุณ เมาส์วัสถ์,

เกิดน้ำดี เป็นสารที่ได้มาจากการเปลี่ยนแปลงของกรดน้ำดี ซึ่งสร้างจากโฆเลสเทอรอลภายในตับ โดยอาศัยเอนไซม์โฆเลสเทอรอล 7-แอลฟา-ไฮดรอกซีเลส (Cholesterol 7 - α hydroxylase) เป็นกรดน้ำดีปฐมภูมิ (Primary bile acid) ซึ่งได้แก่ กรดโคลิค (Cholic acid) และกรดทีโนดีออกซีโคลิค (Chenodeoxy cholic acid) จากนั้นมีการเชื่อมโยงกับสารไกลซีน (Glycine) หรือทอรีน (Taurine) แล้วขับออกจากตับไปตามทางเดินน้ำดีเข้าสู่ลำไส้ บางส่วนจะถูกขับออกไปกับอุจจาระ แต่ส่วนใหญ่จะถูกดูดซึมเข้าสู่ตับ (Enterohepatic circulation) แล้วหลั่งออกมาใหม่อีกครั้งหนึ่งในครั้งนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของกรดน้ำดีปฐมภูมิ โดยอาศัยเอนไซม์ 7-แอลฟา-ดีไฮดรอกซีเลส (7 - α Dehydroxylase) จากแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ทำให้เกิดเป็นกรดน้ำดีทุติยภูมิ (Secondary bile acid) ซึ่งได้แก่ กรดทีโนดีออกซีโคลิค (Deoxycholic acid) และกรดลิโธโคลิค (Lithocholic acid) (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 พยาธิกำเนิดของกรดน้ำดี (Redinger & Small, 1972: 618)

กรรน้ำที่เหล่านี้นั้นส่วนใหญ่จะถูกดูดซึมกลับเข้าสู่ตับอีกและจะเป็นตัวระงับการสร้างกรรน้ำที่ใหม่ โดยไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ โคลเอสเทอรอลจะหลั่งออกมามากกว่าฟอสโฟไลปิด ซึ่งทำให้เกิดการคั่งค้างของโคลเอสเทอรอลมากขึ้น

ลักษณะนิ่วในถุงน้ำดี

1. นิ่วชนิดโคลเอสเทอรอล (Cholesterol gallstone) นิ่วชนิดนี้มีโคลเอสเทอรอลเป็นองค์ประกอบส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 50-100) สารประกอบที่เหลือเป็นพวกกรรน้ำที่บิลิรูบินเนต (Bilirubinate) หรือแคลเซียม เนื่องจากแสงเอกซเรย์สามารถผ่านโคลเอสเทอรอลได้ก็ จากการถ่ายภาพรังสีบริเวณหน้าท้องแบบธรรมดาจะสามารถมองเห็นก้อนนิ่วชนิดนี้ได้เพียงร้อยละ 10 ถึง 15 เท่านั้น จากการศึกษามากมาย และคณะ (2523 : 55) พบว่าคนไทยมีนิ่วชนิดนี้น้อย นิ่วชนิดนี้เกิดขึ้นเนื่องจากมีโคลเอสเทอรอลในน้ำดีมากเกินไปการมีโคลเอสเทอรอลเพิ่มมากขึ้นหรือมีเกลือน้ำดีและเลซิทินลดลง จะทำให้เกิดการตกตะกอนของโคลเอสเทอรอลและเป็นนิ่วได้ง่ายขึ้น ซึ่งน้ำดีที่เกิดนิ่วได้ง่ายอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้

1.1 มีการสูญเสียเกลือน้ำดีมากกว่าปกติ ทำให้โคลเอสเทอรอลมีอัตราส่วนสูงขึ้น ได้แก่ การผ่าตัดลำไส้เล็กส่วนปลาย การอักเสบของลำไส้เล็ก หรือเป็นโรคตับรุนแรง

1.2 มีการตอบสนองต่อการควบคุมของกรรน้ำที่ไวเกินไป โดยปกติเมื่อกรรน้ำที่ไหลกลับเข้าสู่ตับลดลง ตับจะสร้างเกลือน้ำดีเพิ่มขึ้นจนถึงระดับคงที่อันหนึ่งก็จะหยุด แต่ในบางคนจะหยุดสร้างตั้งแต่ระดับกรรน้ำที่ยังไม่สูงพอ เช่นที่พบได้ในชาวยุโรปและอเมริกันที่ไม่อ้วน

1.3 มีการหลั่งโคลเอสเทอรอลมากเกินไปที่จะละลายได้หมดในไมเซลล์ จึงมีการตกตะกอนมาก ผู้ที่กินอาหารมีโคลเอสเทอรอลสูง การตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง และผู้ที่ให้ยาคุมกำเนิดฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ยาลดไขมันในเลือด (Clofibrate)

1.4 มีความไวผิดปกติในการตอบสนองต่อการควบคุมของกรทน้ำดี และมีการหลั่งโหลเตอรอดมากผิดปกติ

1.5 การไหลเวียนของเลือดน้ำดีในเลือดเร็วเกินไป ทำให้มีการขับเลือดน้ำดีออกจากร่างกายมาก และปริมาณในแหล่งที่เก็บลดลง

นอกจากนี้ยังพบว่า ตับก็มีส่วนในการทำให้ โหลเตอรอดเพิ่มสูงขึ้นได้ โดยมีการสร้างโหลเตอรอดเพิ่มมากขึ้น จากการเพิ่มความสามารถของเอนไซม์ ไฮดรอกซีเมทิลกลูตาไรล โค-เอ รีดักเตส (Hydroxy-methylglutaryl Co-A Reductase) และความสามารถของเอนไซม์ 7-แอลฟา-ไฮดรอกซีเลส ลดน้อยลง (Small & Rapo, 1970 : 53) พยาธิสภาพของถุงน้ำดีมีส่วนในการทำให้เกิดนิ่วได้เช่นเดียวกัน (La Morte et al., 1979 : 580) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อของถุงน้ำดีทำให้เกิดเซลล์ตายและกลายเป็นจุลกำเนิดของนิ่วได้เช่นเดียวกัน ในผู้ป่วยที่มีนิ่วในถุงน้ำดีชนิดนี้เมื่อผ่าถุงน้ำดีออกมาดูพบว่า มีตะกอนโหลเตอรอดอยู่ทุกราย (Sedaghat & Grundy, 1980 : 1274) ซึ่งเกิดจากการมีโหลเตอรอดในน้ำดีมากเกินไป และจะมีการรวมตัวของตะกอนจนกลายเป็นก้อนนิ่วโตขึ้นเรื่อย ๆ (Small, 1980 : 1305)

2. นิ่วชนิดมีสี (Pigmented stone) นิ่วชนิดนี้เกิดขึ้นโดยไม่เกี่ยวข้องกับความเข้มข้นของน้ำดี สารประกอบส่วนใหญ่เป็นจำพวกแคลเซียมบิลิรูบิน (Calcium bilirubinate) องค์ประกอบที่ทำให้เกิดนิ่วชนิดนี้ ได้แก่

2.1 ภาวะที่มีบิลิรูบินเพิ่มมากขึ้นเกินกว่าที่ตับจะขับออกหมด เช่น ในผู้ป่วยตับแข็ง โรคเลือดชนิดที่ทำให้เม็ดเลือดแดงแตกง่าย (Hemolytic jaundice)

2.2 การติดเชื้อจากแบคทีเรีย โดยเฉพาะเชื้อ อี โคไล (E. coli) ซึ่งให้เอนไซม์ เบต้า-กลูคูโรไนด์เอส (β - glucuronidase) ทำให้บิลิรูบินตกตะกอนและจับกับแคลเซียมได้ง่ายขึ้น

2.3 เกิดการอุดตันของท่อน้ำดี ทำให้มีการคั่งของบิลิรูบิน เช่น จากพยาธิตัวกลม (*Ascaris lumbricoids*) และพยาธิใบไม้ในตับ (*Clonorchis sinensis*)

2.4 อาหารบางอย่างที่มีแป้งสูง แต่โปรตีนและไขมันต่ำทำให้เกิดการเพิ่มแคลเซียมบิลิรูบินในตับได้

อุปการณเกิดโรคนี้ในถุงน้ำดี

โรคนี้ในถุงน้ำดีพบในผู้ใหญ่และสูงอายุ โดยไม่จำกัดเพศและฐานะทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (Stitnimankarn, 1973 : 349) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2 : 1 อายุที่พบมากที่สุด 50-59 ปี (อุทม โปษะกฤษณะ และอนันต์ คัตมุษยกุล, 2514 : 120) ซึ่งต่างจากรายงานที่พบในสหรัฐอเมริกา อัตราส่วนที่พบเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 4 : 1 อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ในวัยหนุ่มสาวพบน้อยมาก (สุจินต์ วิจิตรกาญจน์ และประทีป ศรีภักดิ์, 2523 : 214) ร้อยละ 30 เป็นในคนอายุสูงกว่า 65 ปี (William & Fish, 1969 : 1007) โดยมากกว่าร้อยละ 80 เป็นนิ่วชนิดโกลด์สเตอรอล สำหรับในคนไทยสภาพแวดล้อมและภาวะโภชนาการแตกต่างกันออกไป จึงพบว่านิ่วมักเป็นนิ่วชนิดมีสี (Pigmented stone) (ยุษฐิสติระ ภิรมย์ภักดี, 2527 : 156) และจากการวิเคราะห์ส่วนประกอบของนิ่วในถุงน้ำดี 100 ราย ในคนไทยและจีนพบว่า มีสารโกลด์สเตอรอลอย่างเดียว หรือมีโกลด์สเตอรอลเป็นองค์ประกอบสำคัญร้อยละ 75.7 (อุทม โปษะกฤษณะ และอนันต์ คัตมุษยกุล, 2514 : 130)

ผลเสียจากการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี

จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2516 พบว่าผู้ป่วยโรคนี้มีผลแทรกซ้อนทำให้เสียชีวิตไม่ต่ำกว่า 50 ราย การมีนิ่วในถุงน้ำดีก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมายอันได้แก่ การอักเสบของถุงน้ำดีทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง รวมทั้งอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดมะเร็งของถุงน้ำดี และทำให้เสียชีวิตได้ จึงมีผู้แนะนำ

ให้ผู้ป่วยที่เป็นนี้ทุกรายทำการผ่าตัด แต่เนื่องจากการผ่าตัดก็มีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้เช่นกัน ได้มีผู้พยายามหาทางใช้ยาละลายก้อนนิ่วแทนการผ่าตัด แต่พบว่าสามารถรักษาได้เพียงบางส่วนและราคาแพงมาก มีการนำเอากรณีนํ้าดีคือ คีโนดีออกซีโคลิกแอซิก (Chenodeoxycholic acid) ซึ่งเป็นยาชนิดรับประทาน การใช้ยานี้ในขนาดที่พอเหมาะสามารถละลายนิ่วในถุงน้ำดีที่เกิดจากโกลีสเทอรอลได้ (Thistle et al., 1971: 494) แต่การใช้นี้มีข้อเสียคือ ต้องใช้นาน 6 เดือนถึง 2 ปี และราคาแพงประมาณ 40,000 บาท (Watson, 1974: 406) นอกจากนี้ต้องหยุดยาประมาณ 3 ถึง 12 เดือน มีโอกาสกลับเป็นซ้ำอีก (Thistle et al., 1973: 655-659) ยานี้ยังไม่มีขายในประเทศไทย การรักษาโดยทั่วไปยังคงใช้วิธีการผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก ซึ่งเป็นวิธีการที่ประหยัดกว่าการรับประทานยาหลายเท่า

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและการป้องกัน

การทำผ่าตัดอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

1. ภาวะแทรกซ้อนทางปอดและการหายใจ ภาวะแทรกซ้อนทางปอดเป็นสาเหตุที่ทำให้อัตราการตายสูง (Bartlett et al., 1973: 1017) มีผู้ทำการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดสูงถึงร้อยละ 19 ถึง 42 (Latimer et al., 1971: 625) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดและการหายใจ ได้แก่

1.1 การไคยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของปอดในระยะหลังผ่าตัด ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยพบว่าการเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง ความจุของปอดลดลง ประมาณวันที่ 3 ถึง 4 หลังผ่าตัดจะเห็นลักษณะของปอดแฟบจากภาพรังสีปอด (Bartlett et al., 1973: 1017) การหายใจขึ้นในระยะหลังผ่าตัดทำให้หลอดลมเล็กปิดก่อนเวลาอันสมควร และการหายใจลึกเป็นระยะ (Sighing) ลดลงหรือแทบไม่มีเลย นอกจากนี้กลไกในการป้องกันเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอม ไม่ให้หลุดเข้าสู่ถุงลมเสียไปด้วย (ประภี วาทีสาธกิจ

และคณะ, 2523 : 17, 18) มีผลการทดลองพบว่า การหายใจสั้นสม่ำเสมอโดยไม่มีการสลับด้วยการหายใจลึก จะทำให้ถุงลมปอดแฟบได้ (Bartlett et al., 1973 : 1017) ซึ่งตามปกติจะมีการหายใจลึกสลับทุก 5-10 นาที

1.2 ชนิดของการผ่าตัดที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดและการหายใจ มีผู้พบว่าหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนบนของช่องท้อง มีภาวะแทรกซ้อนทางปอดสูงถึงร้อยละ 21 ถึง 63 (ประกิจ วาทีสาธกิจ และคณะ, 2523 : 19) การผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีก็เช่นเดียวกัน ตามปกติจะทำการผ่าตัดบริเวณใต้ชายโครงขวา (Right subcostal region) จัดอยู่ในการผ่าตัดช่องท้องส่วนบน จึงเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.3 ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากแผลผ่าตัดอยู่บริเวณแนวเฉียงใต้ชายโครงขวา หรือส่วนบนของช่องท้อง เป็นอุปสรรคต่อการขยายตัวของปอด และการหายใจเต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวด ผู้ป่วยจึงมักหายใจสั้น ๆ หายใจถี่ เลี้ยงการไอ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดและการหายใจเพิ่มมากขึ้น จากรายงานการศึกษาผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดี จำนวน 343 ราย พบว่าการฝึกให้ผู้ป่วยหายใจลึกในระยะหลังผ่าตัดเพียงอย่างเดียวถึงร้อยละ 15 และมีภาวะปอดแฟบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 30 (Thoren, 1968 : 62-67)

1.4 ลักษณะรูปร่างของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่อ้วนมากมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดมากกว่าคนที่มีรูปร่างธรรมดา คนอ้วนใช้เวลาในการไต่ยาระงับความรู้สึกยาวนาน ความต้องการยาระงับความรู้สึกเพื่อให้หลับในระหว่างการผ่าตัดจะมากกว่า และมีความยุ่งยากในการควบคุมอาการระหว่างการผ่าตัด อีกทั้งเนื้อเยื่อไขมันของผู้ป่วยที่อ้วนจะถูกซึมเก็บสะสมฤทธิ์ของยาไว้มาก ทำให้การปลุกให้ตื่นหรือทำให้ฟื้นใช้เวลามากกว่าผู้ป่วยที่มีรูปร่างธรรมดา (Vain, 1972 : 87; Warner & Garrett, 1968 : 92) ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ในถุงน้ำดีเช่นกัน มักพบในเพศหญิงที่มีรูปร่างอ้วน

2. การเกิดเส้นเลือดดำอักเสบภายหลังการผ่าตัด (Postoperative thrombophlebitis) พบได้บ่อยในคนอ้วน การเกิดมีความสัมพันธ์กับการไม่เคลื่อนไหว ทำให้มีเลือดคั่งอยู่บริเวณขา (Strauss & Wise, 1977 : 1056)

ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำผ่าตัด พยาบาลจะต้องตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะต้องประกอบไปด้วยสิ่งสำคัญ

3 ประการคือ (Dripps & Water, 1941: 530-534)

1. ผู้ป่วยจะต้องได้รับการพลิกตะแคง
2. ผู้ป่วยต้องไอ
3. ต้องมีการแลกเปลี่ยนอากาศในปอดอย่างเพียงพอด้วยการหายใจลึก

ถ้าผู้ป่วยเฉื่อยชาไม่เคลื่อนไหว จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอด ภายหลังการผ่าตัด และเกิดการอุดตันในเส้นเลือดจากการมีเลือดคั่ง (Warner & Garrett, 1968 : 92-93) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดภายหลังการผ่าตัดแปรผันกว้างมากและสูงสุดในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดของท้องส่วนบน ดังนั้นการให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด จึงเป็นการสร้างประสบการณ์ที่มีค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยที่ขึ้นมีผลเกี่ยวเนื่องโดยตรงกับชนิดและจำนวนของคำแนะนำ รวมทั้งการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ (Levine & Fiedler, 1970 : 26-28)

ทั้งเช่นการศึกษาของโทเรน (Thoren, 1968 : 62-67) พบว่าอุบัติการณ์เกิดปอดแฟบที่เห็นได้จากภาพรังสีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำที่ กลุ่มควบคุม เท่ากับร้อยละ 42 และในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนฝึกหายใจลึก ในระยะหลังผ่าตัดเท่ากับร้อยละ 27 ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนให้ฝึกหายใจลึกในระยะก่อน และหลังผ่าตัดมีอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดร้อยละ 12 จากผลงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการลดภาวะแทรกซ้อนทางปอดให้น้อยที่สุดได้นั้น จำเป็นต้องมีการสอน แนะนำ กระตุ้นเตือน และติดตามผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ฮิลลีย์ (Healy, 1968 : 67) ทำการศึกษาเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการแนะนำเรื่องการหายใจลึก การไอ การพลิกตัว การออกกำลังแขนขา การลุกนั่ง การยืน การเดิน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำ

ก่อนผ่าตัด ผลพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับการคำแนะนำน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการคำแนะนำ โดยพบว่าการแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือปอดอักเสบเพียง 2 ราย และแผลแยก 1 ราย จากกลุ่มตัวอย่าง 181 ราย ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการแนะนำพบภาวะแทรกซ้อนทางปอด 4 ราย หลอดโลหิตดำอักเสบ 7 ราย ลำไส้หยุกการเคลื่อนไหว 5 ราย จากกลุ่มตัวอย่าง 140 ราย และจากการศึกษาของ สมพร ชินโนรส (2525: 59) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่ได้รับการสอนเกิดภาวะแทรกซ้อนเพียง 5 ราย ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 13 ราย

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

ความหมายของข้อมูล

ในทางสังคมวิทยาและจิตวิทยา ข้อมูล หมายถึง รายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งที่เราต้องการศึกษา (ปธานุกรมฉบับหลวง, 2524 : 524) ข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับเมื่อนำเอาข้อมูลนั้นไปใช้ประกอบการตัดสินใจและวางแผนเพื่อให้สามารถปรับเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ (มะเกื้อ เสมา, 2527 : 19) ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง รายละเอียดหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและการกระทำ ผลที่คาดหวังจะได้รับการรักษาและการบริการพยาบาล รวมทั้งรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง (Perry, 1981 : 34)

ลักษณะของข้อมูลที่ดี

ข้อมูลที่ดีต้องมีความถูกต้อง เที่ยงตรงและมีประโยชน์ มาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เป็นข้อมูลที่ทันสมัยและครอบคลุมเนื้อหาต่าง ๆ อย่างสมบูรณ์ ข้อมูลที่ดีจะกลายเป็นรากฐานที่ถูกต้องในการปฏิบัติต่อไป ส่วนข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้รับ

ข้อมูลเกิดความเข้าใจและความรู้สึกผิด ๆ เมื่อนำมาใช้จะเกิดอันตรายมากกว่าการปล่อยไว้ไม่ได้รับข้อมูลอะไรเลย (คมเพชร ฉัตรศุภกุล, 2522 : 4-17)

ทฤษฎีเกี่ยวกับข้อมูล (Information Theory)

ขบวนการให้ข้อมูลประยุกต์มาจากทฤษฎีของการติดต่อสื่อสาร ซึ่งหมายถึงการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ทราบว่าจะมีสิ่งใดเกิดขึ้น มีสิ่งกระตุ้นที่แน่นอนและมีการตอบสนอง คุณภาพของการให้ข้อมูลไม่ได้ขึ้นกับสิ่งกระตุ้นเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับประสบการณ์ในอดีตของบุคคลนั้นด้วย นักทฤษฎีหลายท่านให้ความเห็นว่าการที่บุคคลมีความผิดปกติทางจิตสำนึกหรือจิตสำนึกอาจเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลมากเกินไปและเกินความสามารถที่บุคคลจะรับได้ (Cited in Harold I. Kaplan & Benjamin J. Sadock, 1985 : 157-177)

วิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

การให้ข้อมูลควรผสมผสานไปพร้อมกับการปฏิบัติพยาบาล ให้ในระบะที่ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับรู้และกำลังมีความสงสัยอยากรู้ อยากเห็นว่ามิอะไร เกิดขึ้นกับคนบ้าง ไม่ควรให้ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤต เพราะความสามารถในการรับรู้และการคิดอย่างมีเหตุผลของผู้ป่วยจะลดลง (Scott, 1983 : 27) การให้ข้อมูลควรกระทำดังนี้

1. ต้องประเมินผู้รับข้อมูลว่ามีปัญหาในการเห็นหรือการได้ยินตลอดจนภาวะจิตใจและอารมณ์มีการแปรปรวนหรือไม่ เพราะการแปรปรวนทางจิตจิตใจและอารมณ์จะมีผลต่อความตั้งใจและทำให้ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลลดลง

2. ต้องให้ในเวลาที่เหมาะสม ได้แก่ ก่อนการผ่าตัด แต่ถ้าให้ก่อนการผ่าตัดไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจไม่พร้อมที่จะฟัง และถ้าให้นานเกินไปอาจลืมได้

(Luckman & Sorensen, 1974 : 318) การให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้ (Whaley & Wong, 1979 : 909) ควรให้ในช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดความวิตกกังวล

3. ต้องเสนอข้อมูลในลักษณะที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้หลาย ๆ ด้าน อาจใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ หรือใช้วิธีอธิบายพร้อมกับการสาธิต

4. ต้องเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคยแล้วเสริมแนวความคิดและทักษะใหม่ในภายหลัง

5. การให้ข้อมูลต้องมีขั้นตอนไม่สับสน พูกรู้ช้าและชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ระยะห่างระหว่างผู้ให้และผู้รับต้องห่างกันพอสมควร เพื่อจัดสิ่งรบกวนอื่น ๆ ช่วยให้การเห็นและการได้ยินชัดเจน การเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้และผู้รับเป็นวิธีการที่ดี (Perry, 1981 : 26)

ผู้ให้ข้อมูลไม่ควรกระทำดังนี้

1. ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ จะทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจและเกิดความกังวล
2. พูกรวดเร็ว รีบร้อน ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ให้ข่าวสารข้อมูลด้วยความเบื่อบ่น พูทวนสั้น ตอบคำถามรวบรัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ ส่วนผู้ให้ข้อมูลจะตีความหมายของการตั้งคำถามว่า เป็นสิ่งที่คุกคามตน (Personal threat) (Veninga, 1973 : 321)

ลักษณะของข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ

ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์และองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ในระยะแรกที่เข้ารับการรักษา ต้องการทราบเกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติขณะเจ็บป่วย ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์โดยตรงกับการรักษาพยาบาล รวมทั้งข้อมูลที่จะตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งจะส่งเสริมให้คลายความวิตกกังวลและความเครียดขณะพักอยู่ในโรงพยาบาล (Ingles, 1960 : 651) จากการศึกษาของเชาวลัดภณ ฤทธิสรไกร (2522 : 139) เกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม นรีเวชกรรม และออโรโทบิกส์ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 240 คน พบว่า 1-2 วันแรกผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค สาเหตุของความเจ็บป่วย ระดับอาการและระยะเวลาที่ต้องพักในโรงพยาบาล ซึ่งได้แสดงออกต้อง

กับการศึกษาของคอดจ์ (Dodge, 1969 : 505) ส่วนการศึกษาของพอร์ทเตอร์ และคณะ (Porter et al., 1977 : 113) พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการใน ระยะ 24 ชั่วโมงแรกที่มีความสำคัญที่สุดคือ ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล รองลงมาได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ซึ่งหมายถึงสถานที่ เช่น ห้องน้ำ ห้องส้วม และบุคคลที่ผู้ป่วยจะต้องติดต่อสัมพันธ์ด้วย จากรายงานผล งานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม มีความต้องการสูงเกี่ยวกับรายละเอียดของการ ผ่าตัดและการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ (Dodge, 1969 : 509 ; เชาวลักษณะ ฤทธิสรไกร, 2522 : 100) รวมทั้งวิธีปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันขณะพักอยู่ในโรงพยาบาล และข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย (Hay & Anderson, 1963 : 97)

ส่วนข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบในระยะก่อนออกจากโรงพยาบาล คือ ข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติตน การตรวจรักษาต่อเนื่อง ระยะเวลาและกิจกรรมที่ต้องจำกั ก ในระยะพักฟื้น (Dodge, 1969 : 505 ; เชาวลักษณะ ฤทธิสรไกร, 2522 : 139) แอลท์ (Alt, 1966 : 76) ได้ทำการวิจัยโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่กำลังจะจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล จำนวน 450 คน เป็นผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม 130 คน ศัลยกรรม 250 คน สูติกรรม 52 คน ผู้ป่วยพิเศษ 18 คน พบว่าร้อยละ 49 ของ ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น และมีคำถามเพิ่มเติมคือ ต้องการทราบผล การวินิจฉัยโรค คำอธิบายเกี่ยวกับอาการของความเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค คำแนะนำเกี่ยวกับผลของยา วิธีใช้ยา อนามัยส่วนบุคคล การควบคุมอาการและ ร้อยละ 51 ของผู้ป่วยไม่มีคำถามเพราะเกรงใจและคิดว่าแพทย์คงจะบอกเองโดยไม่ ต้องถาม บางคนไม่ทราบว่าถามอะไร จากการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender, 1974 : 262-267) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่กำลังจะออกจากโรงพยาบาล จำนวน 138 คน เป็นผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม พบว่าผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และการส่งเสริมสุขภาพขณะพักอยู่บ้าน ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อ กิจกรรมประจำวัน โดยต้องการทราบว่ากิจกรรมใดบ้างที่จะต้องงดปฏิบัติชั่วคราว อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันความเจ็บป่วยในอนาคต นอกเหนือจาก คำถามดังกล่าว ไลง์ฮาน (Linehan, 1966 : 1068) ได้ทำการศึกษาโดยการ

สัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 450 คน ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องการถามแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับโรคที่เป็นคืออะไร จะหายหรือไม่ ต้องการพักอีกนานเท่าไร แพทย์คัดอะไรออกไปบ้าง จะมีอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหรือจิตใจหรือไม่ เมื่อไรจึงจะหายและทำงานได้ตามปกติ การมีความสัมพันธ์ทางเพศจะเกิดขึ้นหรือไม่ จะต้องรับประทานยาไปอีกนานเท่าไร จากการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดหัวใจ โดยไวเลอร์ (Weiler, 1968 : 1465) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้นภายหลังการผ่าตัดจำนวน 100 คน พบว่าร้อยละ 83 ของผู้ป่วยพอใจในคำแนะนำที่ได้รับก่อนการผ่าตัดและเห็นว่ามีค่าสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งคำอธิบายเกี่ยวกับการหายใจลึก การไอและเหตุผลที่ต้องหายใจลึก ข้อมูลดังกล่าวเป็นประโยชน์และช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมาก คำแนะนำด้านร่างกายมีค่าพอเพียงแล้ว สิ่งที่คุณป่วยต้องการเพิ่มเติมคือ ความรู้เกี่ยวกับทางานจิตใจที่เกิดขึ้นก่อนหมดความรู้สึก รวมทั้งคำบอกเล่าให้ทราบเกี่ยวกับความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัด

ข้อมูลที่คุณป่วยต้องการขณะพักอยู่ในโรงพยาบาล มีความแตกต่างกันตามระยะเวลา โดยในระยะแรกต้องการทราบเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎระเบียบของโรงพยาบาล อาการและการวินิจฉัยโรค ตลอดจนแผนการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลในระยะต่อมาเป็นข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา ผลการผ่าตัด การปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัด การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนและโอกาสที่จะหายจากโรค ส่วนข้อมูลที่คุณป่วยต้องการก่อนกลับบ้านเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมที่ต้องจำกัดชั่วคราว การตรวจรักษาครั้งต่อไป การให้ข้อมูลจะสัมฤทธิ์ผลได้เมื่อผู้ป่วยและพยาบาลมีความเห็นตรงกันว่าสิ่งนั้นคือสิ่งที่คุณป่วยจำเป็นต้องรู้ แค่ว่าทั้งสองฝ่ายมีความเห็นไม่ตรงกันการให้ข้อมูลนั้นจะประสบความสำเร็จหรือไม่ ฉะนั้นในการให้ข้อมูลนอกจากจะพิจารณาให้เหมาะสมตามระยะเวลา ยังจำเป็นต้องพิจารณาตามความต้องการของคุณป่วยด้วย เพื่อให้ได้รับข้อมูลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี สามารถเข้าใจเนื้อหาข้อมูลนำไปประกอบการตัดสินใจวางแผนปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้หรือไม่นั้น จำเป็นต้องพิจารณาเรื่องการรับรู้ของคนซึ่งแตกต่างกันตามพื้นฐานของประสบการณ์เดิม (มะเคือ เสมอ, 2527 : 10)

ผลของการให้ข้อมูลต่อระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัด

เกี่ยวกับระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัด มีรายงานการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมีผลทำให้ระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาล และระยะเวลาของการพักฟื้นสั้นลง (McHuge et al., 1982 : 780-782 ; Ziemer, 1983 : 282) ข้อมูลที่ให้ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ได้แก่ การฝึกหายใจ การไอ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนในระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน จากการศึกษาของฮิลลีย์ (Healy, 1968 : 67) ทำการศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำกลับบ้านได้เร็วกว่ากำหนด 3 ถึง 4 วัน ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำมีเพียง 3 รายเท่านั้น ที่กลับบ้านได้เร็วกว่ากำหนด สมิทท์และวูล์ดริจ (Schmitt & Wooldridge, 1973 : 108-115) พบว่าการเตรียมจิตใจก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มทดลองใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.7 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมใช้เวลาเฉลี่ย 11.4 วัน ต่อมาจอห์นสันและคณะ (Johnson & Colleagues, 1978 : 111-121) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดในในอุ้งน้ำดี จำนวน 81 ราย และใส่เลื้อนจำนวน 68 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เนื้อหาของข้อมูลให้เกี่ยวข้องกับเรื่องการหายใจลึก การไอ การบริหารแขนขา การพลิกตัว การลุกจากเตียง ผลพบว่าการให้ข้อมูลในลักษณะบอกความรู้สึกมีระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาลสั้นกว่าการให้ข้อมูลในลักษณะบอกวิธีการ และได้มีการศึกษาซ้ำในผู้ป่วยที่เป็นในในอุ้งน้ำดีและใส่เลื้อน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเพศชาย 68 คน ทำผ่าตัดในในอุ้งน้ำดี และหญิง 57 คน ทำผ่าตัดใส่เลื้อน ผลการศึกษาสนับสนุนการศึกษากลับครั้งแรก (Johnson et al., 1978 : 4-17) รายงานการศึกษาของผู้อื่นมีผลในทางองเดียวกันคือ การสอนผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนทำให้ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลภายหลังผ่าตัด สั้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน (Lindeman, 1972 : 209 ; สมพร ชินโนรส, 2525 : 63)

แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล คือ อารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้น (Carter, 1976 : 184) ความวิตกกังวลมีสภาพคล้ายและสัมพันธ์กับความกลัวอย่างมาก เป็นความกลัวในสิ่งไม่มีตัวตนและมองไม่เห็น เป็นสภาพที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สบายใจถึงเครียด (Hilgard, 1975 : 346-347) ฟรอยด์ (Freud) เชื่อว่าความวิตกกังวลมีรากกำเนิดมาตั้งแต่วัยทารก ความวิตกกังวลกับความกลัวสามารถแยกออกจากกันได้ เนื่องจากความกลัวสามารถบอกได้ว่ากลัวอะไร ในขณะที่ความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่คลุมเครือไม่เฉพาะเจาะจง ความกลัวจะกลายเป็นความวิตกกังวลได้เมื่อบุคคลแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้ และความวิตกกังวลจะกลายเป็นความกลัวได้เมื่อบุคคลเริ่มรู้สึกว่าตนไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Cited in May, 1950 : 51-55) ตามแนวคิดของ ซัลลิแวน (Sullivan) เชื่อว่าความวิตกกังวลมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสถานการณ์ การรับรู้ และบุคลิกภาพซึ่งพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก วิลล์ (Will) กล่าวว่าการนับถือคุณค่าของตนเองในแต่ละบุคคลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล บุคคลที่มองคุณค่าของตนเองต่ำเกิดความวิตกกังวลได้ง่าย นักทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์บางท่านกล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นผลมาจากการเกิดความคับข้องใจซึ่งอาจเกิดจากความเครียดภายในหรือภายนอกก็ได้ที่มีผลยับยั้งความพยายามของบุคคลเพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวังได้ (Cited in Stuart & Sundeen, 1983 : 209-210)

ความวิตกกังวลในคนปกติและคนป่วย จำแนกเป็น 3 ชนิด (สุรนีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2521 : 15-29)

1. ความวิตกกังวลแบบปกติ (Normal anxiety) ได้แก่ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเป็นแหล่งของพลังงานที่กระตุ้นให้เรา มีพลังในการต่อสู้เพื่อดำรงชีวิต เป็นตัวกระตุ้นให้คิดวางแผนเพื่อหาทางเอาชนะอุปสรรคเพื่อความอยู่รอดของชีวิต

2. ความวิตกกังวลในโรคประสาท (Neurotic anxiety) ภาวะความวิตกกังวลเกิดขึ้นไม่ได้สัดส่วนกับตัวกระตุ้น มีการตอบสนองเกินขอบเขต

3. ความวิตกกังวลที่เป็นพยาธิสภาพ หรือความวิตกกังวลเรื้อรัง (Pathologic or chronic anxiety) เกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุเด่นชัด มีลักษณะเรื้อรัง ทำให้บุคคลนั้นอยู่ในภาวะตึงเครียดตลอดเวลา

ความวิตกกังวลแบ่งได้เป็น 4 ระดับคือ (Carter, 1981 : 133-134 ; Shives, 1986 : 233-238 ; กรรณิการ์ สุวรรณโคต, 2527 : 424)

1. ความวิตกกังวลในระดับต่ำ บุคคลมีความตื่นตัวสูงกว่าปกติต่อภาวะเครียดที่เผชิญ สามารถสังเกตสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของตนได้อย่างละเอียดรอบรู้ สิ่งแวดล้อมภายนอกอย่างกว้างขวางแต่สามารถปรับจุดสนใจให้จ้องต่อเหตุการณ์เฉพาะเรื่องได้ มีแรงจูงใจต่อการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น ชี้อความสามารถในการเรียนรู้สูงขึ้น อาจแสดงพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งและแสวงหาข้อมูล ถามคำถามซ้ำ ๆ ต้องการความสนใจจากผู้อื่น มีความอยากรู้อยากให้อื่นให้ความมั่นใจ ขณะเดียวกันอาจรู้สึกหงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ หงุดหงิดในสิ่งที่ทำให้วิตกกังวล

2. ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง การรับรู้แคบลง แต่ยังตื่นตัวต่อสิ่งเร้าสูงและมุ่งจ้องต่อสิ่งที่สนใจ ทำให้ไม่สามารถรับรู้ในสิ่งที่ยื่นออกจากรูสนใจ พยายาม มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้น

3. ความวิตกกังวลในระดับสูง การรับรู้แคบลงมากสนใจในเรื่องปลีกย่อย หงุดหงิดเฉพาะความรู้สึกเป็นทุกข์ของตัวเอง ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ความสามารถและสติปัญญาลดลง

4. ความวิตกกังวลในระดับสูงสุด การตื่นตัวและความตั้งใจลดน้อยลง ไม่สามารถรับรู้หรือมุ่งจ้องสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความคิดสับสนวุ่นวาย ไม่สามารถแก้ไขปัญหเฉพาะหน้า อารมณ์และสติปัญญาเปลี่ยนแปลงไป

สไปร์เบอร์เกอร์ กอร์ซัคและลูชัน แบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภท (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970 : 3) คือ

1. ความวิตกกังวลแบบสเทท (State anxiety หรือ Situational anxiety หรือ Acute anxiety) เป็นความวิตกกังวลซึ่งเกิดกับบุคคลโดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ขณะนั้น ทำให้มีความรู้สึกถึงเครียด กระวนกระวาย มีการแสดงออกชัดเจน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ความรุนแรงขึ้นอยู่กับสิ่งเร้า ความวิตกกังวลแบบสเททจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา เมื่อเกิดแล้วคงอยู่ในช่วงเวลาอันสั้น "เป็นผลตามมาจากมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ทำให้บุคคลควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้" (Shives, 1986 : 234) "มีโนติของความวิตกกังวลแบบสเททหมายถึงความถึง พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงขึ้น ฯลฯ สามารถเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว" (Allport, Eysenck & Cattell, 1979 : 262) เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นแบบไม่ถาวรหรือเป็นความรู้สึกซึ่งมีลักษณะสภาวะ (Subjective) เป็นความรู้สึกกระวนกระวายใจ ถึงเครียด มีการรบกวนระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) ความวิตกกังวลแบบนี้มีความรุนแรงไม่แน่นอน มักผันแปรไปตามเวลา การวัดระดับความวิตกกังวล คะแนนที่วัดได้ค่าหมายถึงมีความสงบราบรื่น ถ้าคะแนนปานกลางบ่งบอกถึงการมีความถึงเครียดและกระวนกระวายใจในระดับปานกลาง คะแนนสูงบ่งบอกถึงความตื่นกลัวสุดขีดเทียบได้กับความวิตกกังวลในระดับสูงที่สุด (Panic) (Levi, 1975 : 719-720)

2. ความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait anxiety) เป็นความวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคล มักเกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจนเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกลักษณะ (Personality trait) "ความวิตกกังวลแบบเทรทสามารถวัดได้โดยการวัดพฤติกรรมความรู้ความเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ" (Shives, 1986 : 234) "ซึ่งมีความโน้มเอียงเกิดจากอารมณ์ที่มีต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่มาคุกคาม ความแตกต่างของแต่ละบุคคล ปฏิกริยาการตอบสนองจะขึ้นกับความรุนแรงและความสำคัญของสิ่งเร้า" (Levi, 1975 : 725)

แคทเทล (Cattell) กล่าวว่าแบบแผนในการควบคุมพฤติกรรมเกี่ยวกับเวลาและสถานการณ์อาจเหมือนและอาจแตกต่างกันได้ในแต่ละบุคคล พฤติกรรมของบุคคลมีกฎเกณฑ์และแรงขับภายใน มีผู้ให้ความเห็นไว้แตกต่างกันโดยกล่าวว่าพฤติกรรมมีผลมาจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม แรงจูงใจ และอารมณ์ ลักษณะทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลเป็นโรคประสาท (Neurosis) ผู้ที่เป็นโรคประสาทจะมีพฤติกรรมแสดงให้เห็นว่ามีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (Moderately high degree) บุคคลบางประเภทมีลักษณะประจำเป็นคนที่มีความวิตกกังวลสูงในขณะที่บางคนไม่มีความวิตกกังวลหรือความวิตกกังวลที่มีอยู่ไ้ขนาดที่พอเหมาะ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลมักเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้และวุฒิภาวะ (Maturation) ตามแนวคิดของแคทเทล (Cattell) การเปลี่ยนแปลงไม่มีผลต่อพฤติกรรมเฉพาะแต่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนของบุคคลทั้งหมด บุคลิกภาพซึ่งคงที่ไม่ว่าเวลาหรือสถานการณ์จะผ่านไป ลักษณะนี้เรียกว่า "Personality trait" (Cited in Lawrence A. Pervin, 1979: 231-272)

ระดับของความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัย 2 ประการคือ (กรรณิการ์ สุวรรณโคต, 2527 : 418)

1. ธรรมชาติของสิ่งกระตุ้นมีความหมายและความสำคัญมากน้อยเพียงใด การรับรู้ขนาดและปริมาณของสิ่งกระตุ้น ระยะเวลาที่เผชิญสิ่งกระตุ้น สิ่งกระตุ้นนั้นรู้ล่วงหน้าหรือเกิดขึ้นทันทีทันใด สิ่งกระตุ้นนั้นเคยประสบมาก่อนหรือไม่ สิ่งกระตุ้นนั้นมีจริงหรือไม่จริง สิ่งกระตุ้นที่ไม่ปรากฏให้รับรู้ได้จริง ประเมินสถานการณ์หรือควบคุมไม่ได้ สิ่งกระตุ้นนั้นชัดเจนหรือไม่

2. ธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทั้งในอดีตและปัจจุบันมีผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อการปรับตัว เช่น ปฏิกริยาการเรียนรู้ การพัฒนาการระดับอายุหรือกลุ่มอายุ วุฒิภาวะทางอารมณ์ แบบแผนการดำเนินชีวิตและความมั่นคงของชีวิตและความรู้สึกของบุคคลนั้นต่อการสูญเสียหรืออันตรายที่กำลังประสบ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจ การให้ข้อมูลและความวิตกกังวล

ทฤษฎีอารมณ์เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (Cognitive theory of emotion)

ริชาร์ด ลาซารัส (Richard Lazarus) ได้เสนอทฤษฎีอารมณ์เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ โดยได้อธิบายพัฒนาการของความรู้ความเข้าใจเรื่องอารมณ์ซึ่งผันแปรไปตามประสบการณ์ในอดีตระดับสติปัญญา ขนบธรรมเนียม ประเพณีหรือวัฒนธรรม การรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นและความรู้ความเข้าใจ ซึ่งจะนำไปสู่การประเมินทางค่านามความรู้ความเข้าใจอย่างเฉพาะเจาะจง การประเมินสถานการณ์เครียด (Appraisal) และการประเมินสถานการณ์เครียดซ้ำ (Reappraisal) และกลไกการเผชิญภาวะเครียด (Coping mechanism) แต่ละปฏิกิริยาของอารมณ์เป็นหน้าที่ของความรู้ความเข้าใจที่เฉพาะเจาะจงกับอารมณ์นั้น ๆ ความรู้ความเข้าใจเป็นตัวกรองข้อมูลที่เป็นสิ่งเร้าและทำให้เกิดการประเมินซึ่งกำหนดพิจารณาว่ามีความสำคัญที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับหรือเป็นภาวะคุกคามต่อบุคคล การประเมินนี้ครอบคลุมถึงการประเมินทางเลือกในวิธีการเผชิญกับภาวะเครียดเพื่อแก้ไขปัญหาคาตามศักยภาพที่มีอยู่และแนวโน้มของการปฏิบัติต่อไป กระบวนการความรู้ความเข้าใจก่อให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ ความโกรธ ความกลัว / ความเศร้าโศก

ปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์จะไม่คงที่ มีการปรับเปลี่ยนได้ อาจขึ้นหรือลงหรือปรับเปลี่ยนคุณภาพของอารมณ์ได้ สถานการณ์เครียดบางอย่างได้รับการปฏิเสธและบางอย่างได้รับการยอมรับ ในการประเมินสถานการณ์เครียดและการประเมินซ้ำอาศัยพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับเพิ่มเติมหรือใช้กระบวนการเผชิญกับภาวะเครียดที่ใช้ปฏิกิริยาโดยตรง การทำงานของระบบความรู้ความเข้าใจที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในการประเมินสถานการณ์ครั้งแรกและการประเมินสถานการณ์ซ้ำเมื่อได้รับข้อมูลเพิ่ม หรือเมื่อได้เผชิญสถานการณ์แล้วมีการปรับตัวเกิดขึ้น (Lazarus, Averill & Opton, 1970: 217-221)

ทฤษฎีอารมณ์เกี่ยวกับข้อมูล (The Information Theory of Emotion)

อารมณ์ของมนุษย์และสัตว์มีโคขึ้นอยู่กับความพึงพอใจที่มีชีวิตอยู่โดยมีอาหารรับประทาน มีน้ำดื่มและไม่มีอันตรายเกิดขึ้นกับตนเองเท่านั้น ยังต้องการเคลื่อนไหวและหยุดนิ่ง รวมทั้งได้รับความพึงพอใจจากการตอบสนองโดยไม่ก่อให้เกิดอารมณ์เครียดขึ้น สิ่งกระตุ้นอย่างหนึ่งอาจก่อให้เกิดอารมณ์ที่ต่างกันขึ้นกับสถานการณ์ในขณะนั้น (Simonov, 1966 cited in Magda M. Arnold, 1970: 145) อารมณ์จึงเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้น ไม่ว่าจะเป็นสิ่งเร้าภายในคือ ความต้องการหรือแรงขับ หรือสิ่งเร้าภายนอกในระยะเวลาหนึ่งแล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์ที่เกิดขึ้นมี 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ (กมลรัตน์ หล้าสูงเนิน, 2524 : 224, 233)

1. อารมณ์ทางบวกหรืออารมณ์ในทางดีมีแนวโน้มจะเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี
2. อารมณ์ทางลบหรืออารมณ์ในทางไม่ดี ไม่มีความพร้อมที่จะรับรู้

การตอบสนองของอารมณ์จะออกมาในรูปของปฏิกิริยารวมโดยเป็นผลจากการผสมผสานภายในตนเอง (Intrapersonal) และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) สิ่งซึ่งต้องมีอยู่ด้วยเสมอคือ กระบวนการเผชิญภาวะเครียด (Coping process) ศูนย์ควบคุมอารมณ์อยู่ที่สมองและมีการเชื่อมโยงขบวนการรับรู้ที่ฮิบโปแคมปัส (Laria, 1966; Pribram, 1961; Adley, 1961 In Magda M. Arnold, 1970: 145-149) ซึ่งเมื่อพิจารณาทางด้านสรีรวิทยาจะเห็นว่าอารมณ์ถูกสร้างขึ้นจากกลไกทางระบบประสาทอย่างเฉพาะเจาะจงก่อให้เกิดการปรับตัวเพื่อการมีชีวิตที่ดีขึ้นในสถานการณ์นั้น ๆ ถ้าข้อมูลที่ได้ไม่พออารมณ์ในทางบวกจะเร้าให้เกิดความต้องการข้อมูลใหม่และเกิดแรงขับเพื่อให้ไปสู่เป้าหมาย

ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์เครียด มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถลดความกลัวและความวิตกกังวล กระทำได้ดังนี้คือ

1. ให้ข้อมูลแนะนำขั้นตอนต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษาพยาบาล อย่างถูกต้องเหมาะสม เพราะการรักษาพยาบาลใดก็ตามที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยไม่ อธิบายหรือเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าย่อมก่อให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลต่อตนเอง การให้ข้อมูลจึงเป็นผลที่ต่อผู้ป่วยทั้ง เช่นจากการศึกษาของ พนารัตน์ โพธิาเจริญ (2514 : 31) ทำการศึกษาโดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามลักษณะงานประจำของหอผู้ป่วย กลุ่มทดลองได้รับการ แนะนำอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย โดยเน้นให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของความวิตกกังวล และผลที่จะมีต่อการผ่าตัด จากการประเมินผลในเย็นวันก่อนผ่าตัดและเช้าวันผ่าตัด พบว่ากลุ่มที่ได้รับการแนะนำมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการแนะนำ ซึ่งตรงกับผลการวิจัยของ ณวีวรรณ สิทธิเวช (2520 : 64) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้อง กับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการข้อมูลมีความ วิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจาก การศึกษาของ ซิเกลและพีเตอร์สัน (Siegel & Peterson, 1980 : 785-787) พบว่าคะแนนความวิตกกังวลและความไม่สุขสบายของกลุ่มที่ได้รับการข้อมูลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างพอเหมาะมีผลต่อการลด ความวิตกกังวล (Janis, 1958 : 49-62)

2. การเตรียมพร้อมทางจิตใจในระยะก่อนผ่าตัด กระทำได้โดยการให้ ข้อมูลช่วยการนอนอย่างมีแบบแผน ดังเช่นมีการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเตรียม พร้อมทางทางจิตใจในระยะก่อนผ่าตัด โดยการนอนอย่างมีแบบแผนในเรื่องการปฏิบัติตน ก่อนและหลังผ่าตัด มีความกลัวและวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนตามปกติ (Schmitt & Wooldridge, 1973 : 108-115) นอกจากนี้มีการศึกษาในกลุ่ม ตัวอย่าง 30 ราย พบว่าการเย็บเย็บของพยาบาลห้องผ่าตัดเย็นวันก่อนผ่าตัด มีผลทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการเย็บเย็บ (Peterson & Bullerman, 1971 : 72) การเย็บเย็บทักทายให้ความเป็นกันเองกับผู้ป่วยเป็น ประจำทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย สบายใจ มีความเชื่อมั่นมากขึ้น ผู้ป่วย

จะมีความรู้สึกว่ามีสิ่งเขาจะพึ่งพาและให้ความไว้วางใจได้ (Hamilton & Kelley, 1979 : 19) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะลดลงเมื่อได้รับการตอบสนองทางจิตใจ ได้แก่ การยอมรับในตัวผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพให้มีความมั่นใจ สนใจว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลหนึ่งและเต็มใจรับฟังปัญหา ตลอดจนช่วยขจัดสิ่งที่ผู้ป่วยไม่รู้ (Carnevali, 1966 : 1536)

ไทม์ผู้ทำการศึกษเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 24 ชั่วโมง จำนวน 382 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 163 ราย และผู้ป่วยหญิง 199 ราย พบว่าร้อยละ 73 ของผู้ป่วยกลัวการผ่าตัด และร้อยละ 62 ของผู้ป่วยกลัวการดมยาสลบ (Ramsey, 1972 : 396-402) การผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นผ่าตัดเล็กหรือผ่าตัดใหญ่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เช่นกัน (Carnevali, 1966 : 1538) มีรายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดจะมีผลสะท้อนให้ชีพจรและความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นเหนือระดับปกติเกินกว่า 10 ครั้งก่อนที่ และ 10 มิลลิเมตรปรอท (ฉวีวรรณ สิทธิเวช, 2520 : 51-52) ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (Boore, 1977 : 410) ไทม์ผู้ทำการศึกษาเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล โดยศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดอวัยวะของท้องและอวัยวะสืบพันธุ์ในแผนกศัลยกรรม จำนวน 70 ราย พบว่าสาเหตุอันดับแรกที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและกลัวมาก คือกลัวตาย กลัวการดมยาสลบ รองลงมาคือกลัวการเป็นมะเร็ง (Graham & Conley, 1971 : 119-120) นอกจากนี้สาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลพบว่า เนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เขากำลังเผชิญอยู่ (จันทร์เพ็ญ กวีเวช, 2514 : 33)

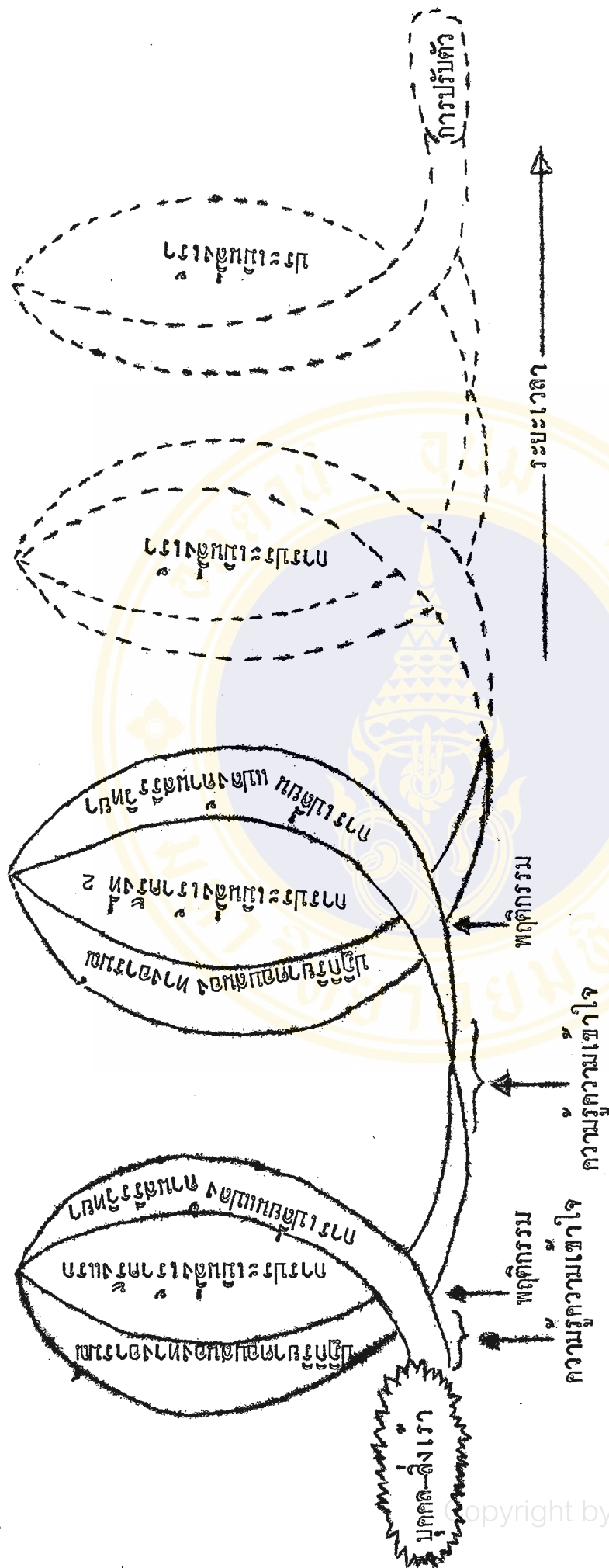
3. การลงปฏิริยาสนองตอบทางอารมณ์ด้วยการเรียนรู้จากการให้ข้อมูล การให้ข้อมูลมีผลต่อการลดความรุนแรงของปฏิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ใหญ่ และเด็กเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์อันตรายหรือความตึงเครียด (Johnson, 1972 : 499 ; Kinney, 1977 : 49 ; Ziemer, 1983 : 282) ผู้ที่ได้รับข้อมูลสามารถนำกระบวนการความรู้ความเข้าใจมาลดการตอบสนองทางอารมณ์จากสิ่งเร้าต่าง ๆ ไปสู่



สำนักหอสมุด

การประเมินสถานการณ์เครียดโดยใช้ประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้ ความรู้ความเข้าใจ ขบวนการเรียนรู้เพิ่มเติมและสิ่งแวดล้อม มาเป็นแนวทางในการนำพฤติกรรมไปสู่เป้าหมาย จะเห็นว่า "คุณค่าของการให้ข้อมูลอยู่ที่การทำให้บุคคลสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเผชิญโดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์ที่น่ากลัวว่าเป็นอันตราย และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้" (Staub & Kellest, 1972 : 198)

สกอตและคณะ (Scott et al., 1980 : 17-21) ได้ศึกษาและสร้างรูปแบบของภาวะเครียดและการเผชิญกับภาวะเครียด โดยอาศัยแนวคิดจากทฤษฎีภาวะเครียดของเซลเย (Selye) และลาซารัส (Lazarus) ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจของเพียเจต์ (Piaget) และพลูทซิก (Plutchik) สรุปความสัมพันธ์ของกระบวนการความรู้ความเข้าใจต่อการเกิดภาวะเครียดและความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเครียดทั้งนี้ การเผชิญภาวะเครียดของบุคคลแสดงถึงการเคลื่อนไหวที่น้อยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ถึงเป้าหมายของการปรับตัวได้โดยสูญเสียหน้าที่ของร่างกายน้อยที่สุด เกิดความสมดุลของความตึงเครียดและความสามารถที่มีอยู่ โดยบุคคลประเมินสิ่งเร้า (Appraise) ว่าก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่เพียงไร โดยการกระตุ้นความรู้ความเข้าใจแล้วเกิดปฏิกิริยาตอบสนองด้านอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา แสดงออกมาให้เห็นเป็นพฤติกรรมและการประเมินสิ่งเร้าซ้ำ (Reappraisal) จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกันไปจนกว่าบุคคลจะสามารถปรับตัวได้ (ภาพที่ 3)



การประเมินสิ่งเร้าครั้งแรก = Primary appraisal ; การประเมินสิ่งเร้าครั้งที่ 2 = Secondary appraisal
 ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ = Affective response ; การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา = Physiological response
 ความรู้ความเข้าใจ = Cognition ; พฤติกรรม = Behavioral response

ภาพที่ 3 กระบวนการเผชิญความเครียด

ที่มา "Scott, et al., A Stress coping model, Advances in Nursing Science, 1980,2,21".

4. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedure information)

เนื้อหาของข้อมูลที่ให้ควรเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับข้อมูลสามารถจัดลำดับและเชื่อมโยงประสบการณ์ เข้าใจเกี่ยวกับเวลาและสามารถมองเหตุการณ์ตั้งแต่เริ่มต้นจนจบ ข้อมูลที่อธิบายการกระทำเป็นขั้นตอนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจ (Cognitive control) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การปรับตัว (Behavioral control) ว่าควรปฏิบัติตนอย่างไร ในการเพิ่มความสบายและลดภาวะเครียดได้ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (Behavioral control) และการให้ข้อมูลอธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การรับรู้ สัมผัส กลิ่น เสียง และมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการกระทำหรือภาวะเครียด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนอง การให้ข้อมูลหลาย ๆ ชนิดรวมกันอาจไม่ช่วยเพิ่มความสามารถควบคุมได้มากขึ้น และการให้ความรู้มากเกินไปอาจนำไปสู่การเพิ่มความรู้สึกเครียดให้แก่ผู้ป่วยได้ (Padilla, Grant, Rains, Hansen, Bergstrom, Wong, Hanson & Kubo, 1981: 375-376)

จอห์นสันและลีเวนทาล (Johnson & Leventhal, 1970: 710-712)

ได้ศึกษาเรื่องผลของการคาดการณ์อย่างถูกต้องและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมต่อปฏิกิริยาระหว่างการตรวจทางการแพทย์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ซึ่งได้แก่การตรวจส่องกล้องดูอวัยวะภายใน (Endoscopic examination) ในผู้ป่วย 48 คนพบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมซึ่งเป็นการสอนผู้ป่วยว่าควรปฏิบัติตนอย่างไร และควรทำเมื่อใด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสถานการณ์ที่อันตรายได้ ต่อมาจอห์นสัน (Johnson, 1972: 499-503) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการเจ็บปวดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงที่แขนเมื่อรั้งกายผ้าพันแขน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและอีกกลุ่มหนึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนวิธีการทำ ผลปรากฏว่าทั้งสองกลุ่มให้คะแนนความเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นไม่แตกต่างกันแต่กลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกเกิดความเครียดที่รุนแรงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาพบว่า เด็กที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทักษะการเผชิญความเครียด และเด็กที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกร่วมกับวิธีการ มีความวิตกกังวลต่อการหาฟันไม่แตกต่างกัน คล้ายคลึงกับผลการศึกษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้ผลว่าข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการร่วมกับความรู้สึกและข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการอย่างเดียวหรือข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการร่วมกับความรู้สึก ให้ผลการปรับตัวไม่แตกต่างกัน (Siegel & Peterson, 1980 : 786 ; Ziemer, 1983 : 285-286)

แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวด

ความหมายและกลไกการเกิดความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความสลับซับซ้อน มีผู้อภิปรายความหมายไว้ดังนี้คือ "เป็นความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจ อันเนื่องมาจากร่างกายได้รับอันตรายหรือจากการที่จิตใจได้รับการคุกคาม" (Engel, 1959 : 899-918) "ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกทุกขทรมาน เกิดเนื่องจากสิ่งกระตุ้นไปทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อ มีรูปแบบการตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต" (Jacox, 1977 : 57, 111-114) "เป็นกลไกการป้องกันร่างกายอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลายแล้วเกิดการหลั่งสารเคมีไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดเป็นสาเหตุทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาเพื่อขจัดสิ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น" (Guyton, 1981 : 119)

กลไกการเกิดความเจ็บปวด การเกิดความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางจิตใจ อารมณ์และร่างกายอย่างลึกซึ้ง ได้มีการศึกษาค้นคว้าเป็นเวลานานกว่าร้อยปีจนถึงปัจจุบัน มีทฤษฎีหลายทฤษฎีพยายามอธิบายกลไกการเกิดความเจ็บปวดพอสรุปได้ดังนี้ (สุพร พลยานันท์, 2528 : 22-35)

1. ทฤษฎีจำเพาะ (Specificity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามีการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดเฉพาะ และส่งต่อทอดจนไปยังศูนย์ประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดในสมอง กล่าวคือปลายประสาทที่ทำหน้าที่รับความรู้สึกเจ็บปวดจะส่ง

พลังประสาทไปตามใยประสาท เอ-เทลตา และใยประสาทซี แล้วจึงนำส่งขึ้นไปตาม Lateral spinothalamic tract ในไขสันหลังขึ้นไปยังศูนย์ประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดในทาลามัส (Thalamus)

2. ทฤษฎีไม่จำเพาะ (Non specificity theory) ทฤษฎีนี้ตรงกันข้ามกับทฤษฎีจำเพาะ และเชื่อว่าไม่มีเครื่องรับและใยประสาทสำหรับความรู้สึกเจ็บปวดเฉพาะ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นที่รุนแรงพอที่จะทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดได้ ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายเกี่ยวกับการกระตุ้นเครื่องรับความรู้สึกอื่น ๆ ที่ไม่ใช่รับความรู้สึกเจ็บปวดก็เกิดความรู้สึกเจ็บปวดได้ แต่ไม่สามารถอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บปวดและเหตุแตกต่าง ๆ ได้อย่างครอบคลุม

3. ทฤษฎีรวมตัว (Summation theory) ทฤษฎีนี้เน้นเกี่ยวกับความแรงของตัวกระตุ้น และการนำพลังประสาทไปรวมกันที่ส่วนกลาง เป็นจุดเริ่มของความเจ็บปวด กล่าวคือ เมื่อมีการกระตุ้นที่รุนแรง พอจะส่งพลังประสาทเข้าไขสันหลังบริเวณคอซัลฮอร์น (Dorsal horn) เพื่อทำปฏิกิริยาซึ่งกันและกัน เมื่อรวมกันแล้วจึงจะส่งไปยังสมองที่รับความรู้สึกเจ็บปวด

4. ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ทฤษฎีนี้อธิบายกลไกการเกิดความรู้สึกเจ็บปวด โดยเน้นถึงพลังประสาทนำเข้าจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จะถูกปรับสัญญาณในระดับไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดในระดับสมอง

5. ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogenous pain control theory) ภายในร่างกายมีขบวนการควบคุมความเจ็บปวดอยู่และทำหน้าที่โดยสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน กล่าวคือ สารเคมีนี้ออกฤทธิ์ระงับการหลั่งสารสื่อประสาทของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด

ความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัดเป็นสิ่งปกติที่พบได้เสมอ เป็นผลจากการที่เนื้อเยื่อได้รับอันตราย การกระตุ้นดังกล่าวทำให้เกิดการหลั่งสารเคมีไปกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกก่อให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น มีการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 1220 ราย พบว่าตำแหน่งที่ทำผ่าตัดมีผลต่อความต้องการยาแก้ปวดในระยะหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดส่วนบนของช่องท้องมีความต้องการยาแก้ปวดสูงเป็นอันดับ 1 คือต้องการยาร้อยละ 63 ส่วนอันดับ 1 ได้แก่ การผ่าตัดทรวงอกต้องการยาร้อยละ 74 (Loan & Dundee, 1967) และจากการศึกษาที่ผ่านมาโดยแลมเบรชต์และซิมป์สัน (Lambrechts & Simpson, 1961) พบว่าผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 1000 รายมีความต้องการยาแก้ปวดแตกต่างกันตามตำแหน่งที่ทำผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารและถุงน้ำดีมีความต้องการยาแก้ปวดสูงเป็นอันดับ 1 เท่ากับร้อยละ 95 และการผ่าตัดของท้องส่วนบนมีความต้องการยาแก้ปวดร้อยละ 82 (Lambrechts & Simpson, 1961 Cited in Loan & Morrison, 1975: 260) ความเจ็บปวดนับได้ว่าเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย เพราะการเคลื่อนไหว การหายใจแรงโดยการกระทำที่ไม่ถูกวิธีจะเป็นการกระตุ้นทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น นอกจากจะมีสิ่งกระตุ้นโดยตรงจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายแล้ว เกี่ยวกับความเจ็บปวดทั้งทางการแพทย์และนักวิจัยมีความเห็นสอดคล้องกันว่า ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological) และวัฒนธรรมสังคม (Social cultural) มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ความเจ็บปวดของมนุษย์ ความเจ็บปวดเป็นความนึกคิดซึ่งเป็นนามธรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกส่วนตัวต่อสิ่งกระตุ้นที่มีอันตราย (Luckmann & Sorrensen, 1980: 386) แมคมาฮอนและมิลเลอร์ (McMahon & Miller, 1978: 60-64) กล่าวว่าความรู้สึกเจ็บปวดไม่เพียงแต่เป็นปรากฏการณ์ของร่างกายที่มีต่อสิ่งกระตุ้นเท่านั้น ความรู้สึกและความรุนแรงของความเจ็บปวดของแต่ละบุคคลยังขึ้นกับพื้นฐานทางอารมณ์ของบุคคลนั้นด้วย นอกจากนี้ความรุนแรงของความเจ็บปวดยังขึ้นกับบุคลิกภาพ อายุ เพศ ความกลัว การอาเจียน ความไม่สุขสบายจากท้องอืด ความเมื่อยล้าหรือจากการมีท่อระบายจากแผลผ่าตัด (Simpson & Parkhouse, 1961 Cited in Loan & Morrison, 1975: 260)

การลดความเจ็บปวดและความรุนแรงของสิ่งที่มาคุกคาม

พยายามเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วย จึงควรมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยและบรรเทาทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยได้ตั้งแต่เริ่มแรก เพราะถ้าปล่อยให้ความเจ็บปวดรุนแรงมากและระยะเจ็บปวดยาวนานจะไปเร่งการทำงานของประสาทพาราซิมพาติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว ผู้ป่วยเกิดอาการช็อคได้ นอกจากนี้จะมีผลต่อปฏิกิริยาทางจิตใจ โดยความรู้สึกทุกข์ทรมานจะไปเร่งให้เกิดอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้าและความโกรธ อารมณ์ที่ถูกเร่งนี้จะไปกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลางไปปิดประตูในระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลัง ทำให้รู้สึกเจ็บปวดรุนแรงขึ้นและส่งต่อไปเพิ่มปฏิกิริยาทางจิต ทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้นอีกเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป นอกจากนี้ความเจ็บปวดยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอารมณ์ ไม่มีสมาธิ จดจำข้อมูลไม่ค่อยได้ (สพร พลายพันธ์, 2528 : 40-45 ; Boss, 1983 : 1396-1414)

การลดหรือควบคุมความเจ็บปวด ควรยึดหลักของความรู้จากกลไกการเกิดความเจ็บปวดมาใช้ โดยเปลี่ยนแปลงการรับรู้ในระดับสมอง เพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้อง ลดการเร้าทางอารมณ์อันก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และเปลี่ยนแปลงการปรับสัญญาณความเจ็บปวดในระดับไขสันหลัง โดยลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก เพิ่มการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ซึ่งกระทำได้หลายวิธี เช่น การบำบัดด้วยยา การบำบัดทางจิต การบำบัดทางกายภาพ การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า การใช้ยาสะกดกั้นประสาท การทำศัลยกรรมประสาท การฝังเข็ม เป็นต้น

การบำบัดด้วยยาระงับปวด (Analgesic drug) ออกฤทธิ์ลดความเจ็บปวดได้โดยมีผลไปรบกวนการนำพาดังประสาทที่เกิดจากการกระตุ้นประสาทส่วนปลายโดยตรงและหรือในระบบประสาทส่วนกลาง เปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเจ็บปวดโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกสบายใจขึ้น รู้สึกสงบ ไม่กระวนกระวาย

การบำบัดทางจิต กระทำได้โดยลดการเร้าทางอารมณ์ในสมอง ซึ่งจะส่งผลลงมาควบคุมในไขสันหลัง ดังเช่น การให้ยาเทียม (Placebo) ยาไม่มีฤทธิ์ระงับปวดในทางเภสัชวิทยา แต่การให้ยาเทียมมีผลทางด้านจิตใจ โดยไปช่วยลดความวิตกกังวล ความกระวนกระวาย เกิดความสบายใจขึ้น มีผลทำให้ร่างกายหลั่งสารคล้ายมอร์ฟีนมาควบคุมความเจ็บปวดภายในร่างกายไว้ (Levine et al., 1978 : 654-657 ; Tamsen et al., 1980 : 769-770) ความรู้สึกเจ็บปวดจึงบรรเทาลง วิธีอื่นซึ่งได้ผลเช่นเดียวกันได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจและการส่งเสริมให้มีการผ่อนคลาย (Relaxation) ซึ่งมีผลต่อการลดความเจ็บปวดโดยการผ่อนคลายเป็นการลดวงจรต่อเนื่องของวงจรความเจ็บปวด (Pain-Anxiety-Tension Cycle) ทำให้ความเจ็บปวดลดลง (Sweeney, 1978 : 247 ; Sherman, 1979 : 47-55)

นอกจากนี้การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับพยาธิสภาพ ความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยจะต้องประสบหรือกำลังประสบ วิธีการรักษาหรือบรรเทา การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จะช่วยให้มีความมั่นใจในสิ่งที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงจะช่วยให้ความเจ็บปวดลดลงได้ มีการศึกษาให้ผลสนับสนุนว่าการให้ข้อมูลแก่บุคคลที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีผลคุกคามต่อชีวิต เมื่อบุคคลนั้นได้มีโอกาสรับรู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น และจะรู้สึกต่อการกระทำนั้นอย่างไร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่าอีกกลุ่มหนึ่ง (Staub & Kellet, 1972 : 201 ; Johnson, 1973 : 261-275)

ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดให้มีโอกาสได้รับรู้วิธีการและสภาพการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ เช่น เปิดโอกาสให้ได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับความให้ความมั่นใจว่า ความเจ็บปวดเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย วิธีการกึ่งกลางจะช่วยลดความต้องการยาแก้ปวดได้ถึงครึ่งหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบอกเล่าใด ๆ ทั้งที่เอกซเบอร์ก และคณะ (Egbert et al., 1964 : 825-827) ทำการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 97 คน ซึ่งเข้ารับการรักษาค้นหาการผ่าตัดภายในช่องท้อง

พบว่าการบอกเล่าถึงความต้องการยาแก้ปวดได้ถึงครึ่งหนึ่ง และจากการศึกษาของ เฮย์วาร์ด (Hayward, 1976 : 72) พบว่าผู้ป่วยจิตใจดีกว่า มีการใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การให้ข้อมูลอาจกระทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น การสอนหรือการให้คำแนะนำ ดังเช่นการศึกษาของฮิลลีย์ (Healy, 1968 : 67) พบว่าการให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทำให้การใช้ยาแก้ปวดในระยะหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการแนะนำ โดยกลุ่มที่ได้รับการแนะนำจำนวน 160 ใน 180 คน ได้รับยาแก้ปวด จนถึงวันที่ 4 หลังผ่าตัดและหยุดยาได้ทุกรายในวันที่ 6 หลังผ่าตัด ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำจำนวน 140 คน มีจำนวน 127 คนได้รับยาแก้ปวดจนถึงวันที่ 6 และวันที่ 7 และมีอยู่ 13 คน ได้รับยาแก้ปวดจนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การศึกษาในทำนองเดียวกันโดย สุนันทา คำพอง (2524 : 43) และสมพร ชินโนรส (2525 : 49) สนับสนุนว่าการใช้ยาแก้ปวดในกลุ่มที่ได้รับการสอนในระยะก่อนและหลังผ่าตัดอย่างมีแบบแผนใช้ยาแก้ปวดภายหลังการผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการสอนตามปกติ

มีงานวิจัยบางรายงานพบว่า การใช้ยาแก้ปวดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนและไม่ได้รับการสอนไม่แตกต่างกัน (Lindeman & Aernam, 1971 : 319-322 ; Dzurbejkko & Larkin, 1978 : 1892-1894) ทั้งนี้จะมีองค์ประกอบอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังเช่นการศึกษาของแมคไบรด์ (McBride, 1967 : 337-341) พบว่าการใช้หลักคำสอนจิตวิทยาในเรื่องความเจ็บปวดมีผลมากกว่าการใช้ยาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด จากรายงานการศึกษาของมอสส์และเบอร์ตัน (Moss & Burton, 1966 : 303-306) พบว่าการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับมีผลต่อการบรรเทาความเจ็บปวดได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบอชแนคและคณะ (Bochnack et al., 1962 : 5-11) นอกจากนี้จากการศึกษาของฮิลฟร เซว่นเมซากิจ (2522 : 69) พบว่าการพยาบาลแบบเน้นความต้องการทางจิตใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบเน้นความต้องการทางจิตใจตอบสนองต่อ

ความเจ็บปวด และต้องการจำนวนครั้งของยาระงับปวดภายหลังผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรประจำวัน และจากการศึกษาของสมศรี รัตนปริยานุช (2525 : 56) โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของท้องส่วนบน จำนวน 40 ราย ให้ลูกนั่งแบบตะแคงและแบบนอนหงาย ผลพบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยรู้สึกเจ็บแผลผ่าตัด เนื่องจากการลูกนั่งแบบตะแคงน้อยกว่าการลูกนั่งแบบหงาย การเจ็บแผลผ่าตัดมีส่วนสัมพันธ์กับวิธีการลูกนั่ง

จากการศึกษากังกล่าวจะเห็นได้ว่า แนวทางในการป้องกันความเจ็บปวด ภายหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งซึ่งพยาบาลจะมีส่วนช่วยผู้ป่วยได้อย่างกว้างขวาง เป็นบทบาทที่อิสระทั้งเช่นการสร้างสัมพันธภาพการให้ข้อมูลและคำแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเขาจะมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพได้กับวิธีใด นอกจากนี้จะต้องทราบถึงระดับความวิตกกังวล และการใช้กลไกการตอบสนองทางจิตใจ (Quimby, 1968 : 73-80) ปฏิบัติการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในอดีต เพื่อจะได้นำสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายและพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เป็นระยะที่มีความยุ่งยากที่สุด ผู้ป่วยมักต้องการยาแก้ปวดในระยะนี้อาการปวดจะค่อย ๆ บรรเทาหลังจากพ้น 24 ชั่วโมงไปแล้ว (Keats, 1956 : 73) สำหรับแนวทางในการประเมินความเจ็บปวดประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงของชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต อาการคลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก ชนลุก ร่วมกับการประเมินทางจิต-สรีร เช่น ร้องครวญคราง หน้ามืดวิงเวียน กระสับกระส่าย หรือไม่เคลื่อนไหวร่างกายเลย นอกจากนี้จะต้องประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น ไม่มีสมาธิ กระสับกระส่าย หงุดหงิด โมโหง่าย การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำหรือสอนผู้ป่วยในระยะที่ผู้ป่วยกำลังประสบความเจ็บปวดยอมไม่เกิดผลดี จึงควรวางแผนและเริ่มให้การพยาบาลทันทีเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวดหรือระยะก่อนประสบความเจ็บปวด เช่น การสอนและฝึกการบริหารการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย ทางด้านคัลยกรรมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (สุพรพลยานันท์, 2528 : 75-76)

ผลสรุปจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดนั้นในดุน้ำก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งเช่นภาวะแทรกซ้อนทางปอดและการหายใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นยังมีผลต่อระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัด การป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าวกระทำได้โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจน มีขั้นตอนสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละระยะมีการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพราะการเตรียมด้านจิตใจให้พร้อมจะส่งผลต่อการลดความวิตกกังวล ลดความเจ็บปวดและความรุนแรงของสิ่งที่มาคุกคาม นอกจากนี้ในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญปัญหาได้นั้นควรมีความเข้าใจในเรื่องของความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ กระบวนการความรู้ความเข้าใจในการประเมินสถานการณ์เครียด การช่วยลดความวิตกกังวลด้วยการให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญกับสถานการณ์ที่น่ากลัวได้ การปรับความรู้ความเข้าใจโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถลดความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ได้ โดยช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจเหตุการณ์ได้ ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงความเหมาะสมในเรื่องลักษณะเนื้อหาของข้อมูล ประสิทธิภาพในการให้ข้อมูล ลักษณะของผู้รับข้อมูล ตลอดจนเวลาที่ให้ข้อมูล เพราะการให้ข้อมูลที่ไม่ว่างเหมาะสมอาจเพิ่มความวิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการให้ข้อมูล มีรายงานการศึกษาว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการให้ลดความวิตกกังวลและการปรับตัวไม่แตกต่างกัน ทั้งการศึกษาของไซเกลและปีเตอร์สันและไซเมอร์ อย่างไรก็ตามในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ข้อมูลจัดกระทำในระยะก่อนผ่าตัดหรือก่อนการเผชิญภาวะเครียดและวิกฤตของการให้ข้อมูลในระยะก่อนเผชิญหรือขณะกำลังเผชิญภาวะเครียดในเช้าวันผ่าตัด และยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบผลในระยะยาว ซึ่งเป็นผลของการให้ข้อมูลตลอดระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนถึงวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาประเภทสามัญและพิเศษ ในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลรามารับคิ และได้รับการผ่าตัดท่อน้ำดีในถุงน้ำดี ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2527 ถึงมกราคม พ.ศ.2528 จำนวน 30 คน และมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุระหว่าง 20-59 ปี
2. เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะฉุกเฉิน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นนิ่วในถุงน้ำดี และจะรักษาโดยการผ่าตัด เข้าอยู่ในโรงพยาบาลก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน
3. รู้สึกตัวดี ไม่มีปัญหาโรคจิตและโรคทางระบบประสาท
4. อ่านออกเขียนได้และหรือฟังภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
5. ไม่มีโรคอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ การหายใจล้มเหลว หรืออยู่ในภาวะวิกฤตอื่น ๆ

การกำหนดผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลอง กระทำโดยกำหนดระยะเวลาทำวิจัย ได้แก่ ผู้วิจัยเริ่มต้นทำการศึกษากับกลุ่มควบคุมในช่วงระยะเวลาแรกจนครบ 15 ราย แล้วจึงทำการศึกษากับกลุ่มทดลองจนครบ 15 ราย กลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว ครอบคลุมลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับภายหลังจากการผ่าตัด
 2. ข้อมูลที่มีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดในอุ้งน้ำดี เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดในอุ้งน้ำดี ผู้วิจัยได้รวบรวมจากตำรา เอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ เนื้อหาของข้อมูลที่สร้างขึ้น ครอบคลุมถึงสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยควรทราบและปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัดในอุ้งน้ำดี ได้แก่
 - 2.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด การรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ได้แก่ การเตรียมความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด การงดอาหารและน้ำดื่ม การปฏิบัติตนเมื่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมารับ สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด ความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัด
 - 2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด ได้แก่ การหายใจลึก การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคง การลุกนั่ง ยืน เดิน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด
 - 2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การมาตรวจตามแพทย์นัด การรับประทานยาและอาหาร และการพักผ่อนที่บ้าน
- ข้อมูลที่มีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดในอุ้งน้ำดี ก่อนนำข้อมูลนี้ไปใช้ ผู้วิจัยได้เสนอให้ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 4 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงอย่างผิวเผิน (Face Validity) หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อมูลที่มีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง แล้วนำไปทดลองให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในอุ้งน้ำดีเป็นรายบุคคล จำนวน 5 ราย ผลปรากฏว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจเนื้อหาต่าง ๆ ได้ดี

3. แบบประเมินความวิตกกังวล เป็นแบบสอบถามให้ตอบคำถามด้วยตัวเอง (Self-report questionnaire) ซึ่งสร้างขึ้นโดยสไปร์เบอร์กเกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1970 : 20-21) ชื่อว่า The State Trait Anxiety Inventory แบบทดสอบประกอบด้วย 2 ตอนคือ

ตอนแรกเรียกว่า STAI Form X-I เป็นการวัดความวิตกกังวลแบบสแตต มีทั้งหมด 20 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะทำแบบทดสอบ เครื่องมือใช้มาตรวัดเป็น 4 อันกับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบ้างค่อนข้างมาก และมากที่สุด

ตอนที่สองเรียกว่า STAI Form X-II เป็นการวัดความวิตกกังวลแบบเทรต มีทั้งหมด 20 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป มีระดับต่าง ๆ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางครั้ง มีบ่อย ๆ และมีเสมอ

การให้คะแนนแบบทดสอบทั้งสองตอน เป็นแบบสอบถามแบบประเมินค่า ไม่เลยหรือไม่มีเลย = 1, มีบ้างหรือบางครั้ง = 2, ค่อนข้างมากหรือมีบ่อย ๆ = 3, มากที่สุดหรือมีเสมอ = 4 คะแนนรวมค่าสุด 20 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 80 คะแนนในแต่ละแบบทดสอบ ผู้ที่ได้คะแนนที่มีค่าสูงแสดงว่า มีระดับความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำ

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินความวิตกกังวลแบบสแตตและแบบเทรต (The State Trait Anxiety Inventory) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยนิตยา คชภักดี, สายฤทธิวรกิจโกศาทร และมาลี นิสสัยสุข (อัครสำเนา, 2526) ก่อนนำแบบประเมินความวิตกกังวลไปใช้ ผู้วิจัยได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในตึกผู้ป่วย จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา

ความวัดของ กรอนบาค (Gronbach) (ประกอบ กรรณสูตร, 2524 : 61-63)
 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความวิตกกังวลแบบสเตท (STAI Form X-I)
 เท่ากับ 0.90 และแบบประเมินความวิตกกังวลแบบเทรท (STAI Form X-II)
 เท่ากับ 0.76

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ใน
 อุ้งน้ำทิ จากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยรับใหม่ทุกวัน ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์ และ
 จากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยผ่าตัดของแผนกศัลยศาสตร์ เมื่อได้รายชื่อผู้ป่วยแล้วทำการคัด
 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและบันทึกข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับลักษณะโดยทั่วไป
 ของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว
2. ผู้วิจัยแจกแบบประเมินความวิตกกังวลแบบสเตทและแบบเทรท ให้แก่
 ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในเย็นวันก่อนผ่าตัด ให้เวลาในการตอบคนละ 10-20 นาที
 โดยผู้ป่วยตอบคำถามด้วยตนเอง และหรือผู้วิจัยอ่านคำถามแต่ละข้อให้ผู้ป่วยฟังและผู้ป่วย
 ตัดสินใจเลือกข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่เริ่มต้นทำในระยะแรก ได้รับข้อมูล
 ตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำการในช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยแจกแบบ
 ประเมินความวิตกกังวลแบบสเตทให้ทำอีกครั้งหนึ่ง ในวันที่จำหน่ายผู้ป่วย ใช้เวลา
 คนละ 10-20 นาที
4. ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการให้ข้อมูลอย่างมี
 แบบแผนภายหลังการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมได้สิ้นสุดลง โดยผู้วิจัยให้การจัดกระทำ
 ตั้งแต่วันแรกก่อนผ่าตัด ถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังมีขั้นตอนรายละเอียด
 ของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนดังต่อไปนี้

4.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยตั้งแต่เป็นวันก่อนทำผ่าตัด โดยการแนะนำตนเอง ชักถามความรู้สึกและรับฟังปัญหาของผู้ป่วยทุกวัน ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล เมื่อพบปัญหาผู้วิจัยให้ข้อมูลและตอบสนอง ให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

4.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยด้วยวาจาเป็นรายบุคคลในวันแรกของการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ใช้เวลาคนละ 60 นาที และมอบเอกสารข้อมูลให้เนื้อหาของข้อมูลครอบคลุมหัวข้อดังนี้

4.2.1 การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

4.2.2 การรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ได้แก่ การเตรียมความสะอาดบริเวณที่จะทำผ่าตัด การงดอาหารและน้ำดื่ม

4.2.3 ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด

4.2.4 การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการหายใจลึก การไอ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง ยืน เดิน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

4.2.5 การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

หลังจากนั้นฝึกให้ผู้ป่วยหายใจลึกและไอ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ระบายปัญหา และมอบเอกสารข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยเพื่ออ่านทบทวน

4.3 ตอนเช้าของวันผ่าตัด เวลา 6.30-8.30 น. ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่ชัดเจนตอบข้อซักถาม และช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้วิจัยจะมาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

4.4 ในระยะหลังผ่าตัดนี้วันในดุน้ำก็ ผู้วิจัยติดตามกระตุ้นช่วยเหลือผู้ป่วยโดย

ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด เวลา 8.00-9.00 น. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และร่วมให้การพยาบาลตามกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยได้รับอยู่ขณะเยี่ยม กระตุ้นให้ลูกนั่ง หายใจลึก และไอเอาเสมหะออก

ในวันที่ 2 หลังผ่าตัดเป็นต้นไปถึงวันกลับบ้าน ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน วันละประมาณ 30 นาที เพื่อประเมินปัญหาให้ข้อมูลและให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

วันที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยให้ข้อมูลซ้ำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลแบบสเตท ใช้เวลาคนละ 10-20 นาที และเก็บข้อมูลที่มีมอบให้ในช่วงก่อนผ่าตัดกลับคืน

5. การบันทึกจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเป็นรายวัน ตลอดระยะเวลา 5 วันหลังผ่าตัด

6. การบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเป็นรายวัน ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล จากการประเมินอาการแสดงของผู้ป่วยซึ่งมีบันทึกไว้ในรายงานของแพทย์และพยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การจ่ายการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย วิเคราะห์หาจำนวนและร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทและแบบเทรท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ คือ

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทและแบบเทรท ก่อนได้รับข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ โดยใช้สถิติ t -test

2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทภายหลังได้รับข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ โดยใช้สถิติ t -test

2.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตท ก่อนกับหลังได้รับข้อมูลตามปกติ โดยใช้สถิติ Paired t -test

2.4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตท ก่อนกับหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยใช้สถิติ Paired t -test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด โดยใช้สถิติ t -test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล ภายหลังการผ่าตัด ใช้สถิติ t -test

5. จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยจำนวนและร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เป็นเพศหญิงมากที่สุด คือร้อยละ 93.33
 ช่วงอายุ 50-59 ปี พบมีจำนวนสูงสุกร้อยละ 40 พบน้อยที่สุดคืออายุ 20-29 ปี
 ร้อยละ 13.33 สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 66.67 สถานภาพสมรส
 โสดและสถานภาพสมรสหย่า และแยกกันอยู่มีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 16.67
 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4
 ร้อยละ 56.67 น้อยที่สุดคือ ระดับประถมศึกษาปีที่ 5-7 ร้อยละ 6.67
 อาชีพแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 33.33 น้อยที่สุดคือ อาชีพทํานา ทําสวน ทําไร่
 ร้อยละ 3.33 รายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท มีมากที่สุดร้อยละ 56.67
 น้อยที่สุดมีรายได้อยู่ระหว่าง 2,001 - 3,000 บาท, 3,001 - 4,000 บาท
 และรายได้ไม่แน่นอน ซึ่งมีจำนวนเท่ากันคือ 3.33 การจ่ายค่ารักษาพยาบาล
 สามารถเบิกได้ทั้งหมด มีมากที่สุดร้อยละ 63.33 (ตารางที่ 1) และกลุ่ม
 ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญกลุ่มละ 12 ราย ผู้ป่วยพิเศษ
 กลุ่มละ 3 ราย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	จำนวน	ร้อยละ
รวมจำนวนทั้งหมด		15	15	30	100.00
เพศ	ชาย	1	1	2	6.67
	หญิง	14	14	28	93.33
อายุ	20-29 ปี	2	2	4	13.33
	30-39 ปี	4	4	8	26.67
	40-49 ปี	3	3	6	20.00
	50-59 ปี	6	6	12	40.00
สถานภาพสมรส					
	โสด	3	2	5	16.67
	คู่	9	11	20	66.67
	หม้าย หย่า แยก	3	2	5	16.67
ระดับการศึกษา					
	ประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมปีที่ 4	10	7	17	56.67
	ประถมศึกษาปีที่ 5-7	0	2	2	6.67
	มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	2	2	4	13.33
	มัธยมศึกษาปีที่ 4-5	2	2	4	13.33
	อุดมศึกษา	1	2	3	10.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	จำนวน	ร้อยละ
รวมจำนวนทั้งหมด	15	15	30	100.00
อาชีพ				
แม่บ้าน	3	7	10	33.33
ทํานา ทําสวน ทําไร่	0	1	1	3.33
รับจ้าง	5	0	5	16.67
ค้าขาย	4	2	6	20.00
รับราชการ	3	5	8	26.67
รายได้ต่อเดือน				
ไม่แน่นอน	0	1	1	3.33
ต่ำกว่า 1,000 บาท	1	1	2	6.67
1,001-2,000 บาท	2	2	4	13.33
2,001-3,000 บาท	1	0	1	3.33
3,001-4,000 บาท	0	1	1	3.33
4,001-5,000 บาท	3	1	4	13.33
มากกว่า 5,000 บาท	8	9	17	56.67
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล				
จ่ายเองได้ทั้งหมด	6	4	10	33.33
เบิกได้ทั้งหมด	9	10	19	63.33
สังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือ	0	1	1	3.33

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลแบบสเคท และแบบเทรระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน ก่อนได้รับข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเคทของผู้ป่วย ทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลในวันแรกที่รับเข้าโรงพยาบาล ในระดับใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมีบ้างถึงค่อนข้างมากในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ ความวิตกกังวลที่วัดโดยแบบสเคท พบว่ามีคะแนนอยู่ในช่วง 27-57 คะแนน ส่วนกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนอยู่ในช่วง 34-62 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเคทก่อนได้รับข้อมูลของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนเท่ากับ 41.33 และ 42.87 ตามลำดับ ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล กลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

ในวันแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ มีความวิตกกังวลที่วัดโดยแบบเทร มีคะแนนอยู่ในช่วง 31-55 คะแนน ส่วนกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน พบว่า มีคะแนนอยู่ในช่วง 28-58 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบเทรทก่อนได้รับข้อมูลของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนเท่ากับ 43.73 และ 38.73 ตามลำดับ ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

ผลการศึกษาคอบสนองสมมติฐานข้อ 1 กล่าวคือ ก่อนได้รับข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลแบบสเคทและแบบเทรไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความวิตกกังวลแบบสเตรและแบบเทรท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน ในช่วงก่อนได้รับข้อมูล

ชนิดของความวิตกกังวล	คะแนนความวิตกกังวลในช่วงก่อนได้รับข้อมูล						t-test
	กลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ			กลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน			
	(n = 15)			(n = 15)			
	Range	$\bar{X}$	SD	Range	$\bar{X}$	SD	
ความวิตกกังวลแบบสเตร	27-57	41.33	9.24	34-62	42.87	8.47	0.5022 ^{NS}
ความวิตกกังวลแบบเทรท	31-55	43.73	8.18	28-58	38.73	8.64	1.63 ^{NS}

$P > .05$

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลแบบสเคทระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนภายหลังได้รับข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเคทภายหลังได้รับข้อมูลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มีความวิตกกังวลในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมีบ้างถึงค่อนข้างมาก ในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ พบว่ามีคะแนนอยู่ในช่วง 22-61 คะแนน และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน อยู่ในช่วง 25-51 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ เท่ากับ 35.40 กลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน เท่ากับ 34.67 ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ว่า ภายหลังได้รับข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลแบบสเคทต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเคทระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนภายหลังได้รับข้อมูล

กลุ่ม	คะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับข้อมูล			t-test
	Range	$\bar{X}$	SD	
กลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ (N = 15)	22-61	35.40	9.70	-0.2378 ^{NS}
กลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน (N = 15)	25-51	34.67	6.99	

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลแบบสเททของ กลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติก่อนกับหลังได้รับข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเททของ
ที่ได้รับข้อมูลตามปกติในวันแรกที่รับเข้าโรงพยาบาล และวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
มีคะแนนอยู่ในช่วง 27-57 คะแนน และ 22-61 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตก
กังวลเท่ากับ 41.33 และ 35.40 ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยก่อนกับหลังได้รับ
ข้อมูลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าคะแนนความวิตกกังวล
ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่ำกว่าวันแรกรับเข้าโรงพยาบาล ไม่สนองสมมติ
ฐานข้อ 3 ที่ว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติมีความวิตกกังวลแบบสเททก่อนกับหลัง
ได้รับข้อมูลไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

5. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลแบบสเททของ กลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนกับหลังได้รับข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเททของ
กลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนในวันแรกที่รับเข้าโรงพยาบาล และวันจำหน่ายออก
จากโรงพยาบาล มีคะแนนอยู่ในช่วง 34-62 คะแนน และ 25-51 คะแนน ค่าเฉลี่ย
คะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 42.87 และ 34.67 ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย
ก่อนกับหลังได้รับข้อมูลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าคะแนน
ความวิตกกังวลในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่ำกว่าวันแรกรับเข้าโรงพยาบาล
ซึ่งสนองสมมติฐานข้อที่ 4 กล่าวคือ ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความ
วิตกกังวลแบบสเททภายหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูล (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความวิตกกังวลแบบสเตท
ของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน
ระหว่างก่อนกับหลังได้รับข้อมูล

กลุ่ม	คะแนนความวิตกกังวล ก่อนได้รับข้อมูล			คะแนนความวิตกกังวล หลังได้รับข้อมูล			t-test
	Range	$\bar{X}$	SD	Range	$\bar{X}$	SD	
กลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ (N = 15)	27-57	41.33	8.24	22-61	35.40	9.70	2.61*
กลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน (N = 15)	34-62	42.87	8.47	25-51	34.67	6.99	3.66**

*p < .05 , **p < .01

6. เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดตลอด 5 วัน หลังผ่าตัดในอุ้งน้ำดี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

ผลการศึกษานี้จำนวนครั้งการใช้ยาแก้ปวดโดยเฉลี่ยในแต่ละวันหลังผ่าตัดพบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติมีการใช้ยาแก้ปวดมากที่สุดหลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 2 เท่ากับ 1.73 ครั้งเท่ากัน จำนวนการใช้ยาลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่งในวันที่ 3 และวันที่ 4 เท่ากับ 0.67 ครั้ง และต่ำที่สุดในวันที่ 5 เท่ากับ 0.40 ครั้ง ส่วนกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีการใช้ยาแก้ปวดโดยเฉลี่ยมากที่สุดหลังผ่าตัดวันที่ 1 เท่ากับ 1.40 ครั้ง และลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่งในวันที่ 2 ส่วนในวันที่ 3 และ 4 เท่ากับ 0.40 และ 0.33 ตามลำดับ และไม่มีการใช้ยาแก้ปวดในวันที่ 5 (ตารางที่ 5)

เมื่อนำค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดตลอด 5 วันหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาทดสอบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องสมมติฐานที่ 5 กล่าวคือ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีจำนวนครั้งการใช้ยาแก้ปวดตลอด 5 วันหลังผ่าตัดในอุ้งน้ำดี ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดในแต่ละวันหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน

วันที่หลังผ่าตัด	จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด			
	กลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ		กลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1	1.73	0.70	1.40	0.74
2	1.73	1.09	0.67	0.81
3	0.67	0.72	0.40	0.63
4	0.67	0.97	0.33	0.62
5	0.40	0.73	0.00	0.00
รวม	5.20	2.83	2.8	1.82

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดตลอด 5 วันภายหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน

กลุ่ม	ค่าสถิติ	Range	$\bar{X}$	SD	t-test
กลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ (N = 15)		2-10	5.2	2.83	
กลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน (N = 15)		0-6	2.8	1.82	-2.76 **

**P < .01

7. เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดในอุ้งน้ำดี ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน เท่ากับ 8.06 และ 7.2 วัน เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่สนองสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน

กลุ่ม	ค่าสถิติ	Range	$\bar{X}$	SD	t-test
กลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ (N = 15)		5-13	8.06	2.19	
กลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน (N = 15)		5-10	7.20	1.93	-1.14 ^{NS}

$P > .05$

8. จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้ำในดวงน้ำทิ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ภายหลังการผ่าตัด

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาในเรื่องความวิตกกังวลแบบสเตทของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนในระยะก่อนได้รับข้อมูล มีระดับความวิตกกังวลใกล้เคียงกันมาก และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในสภาพเดียวกันคือ สภาวะโรคที่ต้องเข้ารับการรักษาทดด้วยการผ่าตัด ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าจะมีสิ่งใดเกิดขึ้น (Skilling, 1977 : 263) จากการศึกษาของ แรมเซย์ (Ramsey, 1972 : 396-402) แกรแฮมและคอนเลย์ (Graham & Conley, 1971 : 119-120) พบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเกิดความวิตกกังวล กลัวตาย และกลัวการดมยาสลบ นอกจากนี้แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ขาดอิสระ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและต้องเผชิญกับการผ่าตัดในลักษณะเดียวกัน จึงทำให้เกิดความรู้สึกถึงเครียด และควบคุมตนเองไม่ได้เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ปัจจัยอื่น ๆ ที่นำมาผลต่อความวิตกกังวล เช่น อายุ พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีจำนวนเท่า ๆ กันในช่วงอายุเดียวกัน

ผลการศึกษาความวิตกกังวลแบบเทรทของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนในระยะก่อนได้รับข้อมูล มีระดับความวิตกกังวลแบบเทรทใกล้เคียงกันมาก และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีช่วงอายุใกล้เคียงกันโดยบังเอิญ พบว่าช่วงอายุ 20-29 ปี, 30-39 ปี, 40-49 ปี และ 50-59 ปี

มีจำนวนกลุ่มละเท่า ๆ กันคือ 2, 4, 3 และ 6 คนตามลำดับ (ดูตารางที่ 1 หน้า 52) อันอาจมีผลให้การตอบสนองต่อความเครียดไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะปัจจัยทางกายอายุเป็นธรรมชาติของบุคคลซึ่งมีผลต่อความเครียดที่เกิดขึ้น (Saxton & Hayland, 1979 : 6) บุคคลที่อยู่ในวัยต่างกันมีประสบการณ์ชีวิต การเรียนรู้และระดับการพัฒนาการต่างกัน ซึ่งมีผลทำให้การรับรู้และการตอบสนองต่อความเครียดในระดับที่แตกต่างกัน (Jasemin & Trygtad, 1979 : 62 ; Luckmann & Sorrensen, 1980 : 55) ภูมิภาคมีผลต่อบุคลิกประจำตัวบุคคล ซึ่งลักษณะบุคลิกประจำตัวบุคคลอาจเหมือนหรือแตกต่างกันไ้ขึ้นอยู่กับอารมณ์ สิ่งแวดล้อม และแรงจูงใจ (Allport, Eysenck & Cattell, 1979 : 236) เมื่อมีสิ่งกระตุ้นจะเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ ออกมาในรูปของปฏิกิริยารวมโดยเป็นผลจากการผสมผสานภายในตนเอง สิ่งแวดล้อม และขบวนการที่ใช้ในการแก้ปัญหา (กมลรัตน์ หล้าสูงเนิน, 2524 : 224) ความวิตกกังวลแบบเทรตเป็นความวิตกกังวลซึ่งมีความโน้มเอียงเกิดจากการรับรู้เหตุการณ์ที่มาคุกคาม (Levi, 1975 : 720) ดังนั้นเมื่อการรับรู้ต่อสิ่งที่มาคุกคามเป็นสิ่งที่เดียวกัน กอปรกับภูมิภาค ช่วงอายุ สิ่งแวดล้อม ใกล้เคียงกันการตอบสนองที่ออกมาในรูปของความวิตกกังวลแบบเทรตจึงไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทภายหลังได้รับข้อมูลระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดูตารางที่ 3 หน้า 56) ซึ่งต่างจากการศึกษาของผู้อื่นที่รายงานไว้ว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมีผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูล (ฉวีวรรณ สิทธิเวช, 2520 : 64) และการให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการแนะนำ (พนารัตน์ โพชาเจริญ, 2514 : 31) และต่างจากการศึกษาของชิมโก (Shimko, 1981 : 318) ซึ่งพบว่า การให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำให้ความวิตกกังวลแบบสเตทลดลง ทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจากการวัดระดับความวิตกกังวลแบบสเตทครั้งที่สองของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกระทำในวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ซึ่งเป็นระยะที่พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างก็ลดลงจากสถานการณ์รุนแรงที่ต้องเผชิญกับความกลัวตาย กลัวการดมยาสลบ ไ้ผ่านพ้นและคลี่คลายไปในทางที่ดี ส่วนการศึกษาของผู้อื่นที่กล่าวมาไว้ผลความวิตกกังวลครั้งที่สองจัดกระทำในระบะก่อนที่ผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเป็นระยะที่กำลังจะเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีผลคุกคามต่อชีวิต ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยในระยะก่อนกลับบ้านเป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับเป็นอิสระ และผ่านพ้นสภาวะที่มีผลคุกคามต่อชีวิตแล้ว ดังนั้นจึงพบว่าคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่วัดได้ในระยะนี้มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (ตารางที่ 4 หน้า 58) ซึ่งจะส่งผลต่อการเรียนรู้และการปรับตัว ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ได้ดีขึ้น (อ้างถึงใน ขมชื่น สมประเสริฐ, 2526 : 52) และมีความตื่นตัว ในการเผชิญปัญหา มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น (กรรณิการ์ สุวรรณโคต, 2527 : 424)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลประจำการ จำนวน 7 คนจาก 15 คน คือผู้ป่วยรายที่ 2, 7 และ 12 มีญาติเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล คือแพทย์และพยาบาล และผู้ป่วยรายที่ 5 และ 8 มีพยาบาลพิเศษดูแลระยะหลังผ่าตัด ซึ่งทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลและการพยาบาลในลักษณะใกล้ชิดกับผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และผู้ป่วย 2 รายคือ รายที่ 6 และ 8 สถานะภาพในครอบครัวอบอุ่น ประสบความสำเร็จในชีวิตครอบครัว ผักเฝ้ในพุทธศาสนา ประเมินความเจ็บป่วยและการผ่าตัดไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว เชื่อว่าเป็นเรื่องกฎแห่งกรรมทำให้เผชิญปัญหาและปรับตัวต่อสิ่งที่มาคุกคามได้ดี บุคคลแวดล้อมในสังคม สภาวะทางอารมณ์ที่ดีมีผลมาจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม จากการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว (Vanfossen, 1981 : 141) มีผลต่อการลดความเครียด (Turner, 1981 : 357) ได้ ในทำนองเดียวกัน การลดความวิตกกังวลโดยการให้ข้อมูลและการพยาบาลต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มเข้าอยู่โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้านของผู้วิจัย คะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทของกลุ่มควบคุมเมื่อนำมาเฉลี่ยจึงไม่แตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาเรื่องความต้องการยาแก้ปวด พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดตลอด 5 วันภายหลังจากการผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 6 หน้า 60) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมอสส์และเมย์เยอร์ ซึ่งพบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยสามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดได้ (Moss & Meyer, 1966 : 303) และปฏิสัมพันธ์ของพยาบาลต่อผู้ป่วยมีผลลดความเครียด ความไม่สุขสบาย (Anderson & Leonard, 1964 : 890 ; Mahaffy, 1965 : 12) การเตรียมทางจิตใจให้พร้อมย่อมส่งผลต่อการแสดงออกถึงความเจ็บปวด ทำให้การตอบสนองต่อความเครียดและความต้องการยาแก้ปวดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรประจำวัน (Chulepon, 1979 : 62) และทำให้ช่วงเวลาที่ต้องการยาแก้ปวดในระยะหลังผ่าตัดยาวกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (สมศรี เจริญหล้า, 2525 : 152) การสอนหรือแนะนำผู้ป่วยทำให้การใช้ยาแก้ปวดในระยะหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนหรือแนะนำ (Egbert et al., 1964 : 825 ; Hayward, 1976 : 73 ; Healy, 1968 : 62 ; Quimby, 1968 : 73) ทั้งนี้จะเป็นผลจากการได้รับข้อมูลที่จำเพาะเจาะจง ทำให้ความรุนแรงของสิ่งที่มาคุกคาม ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานและความเครียดลดลง รวมทั้งสามารถจัดการกับปัญหาที่มาคุกคามได้ (Johnson, 1973 : 267 ; Johnson et al., 1975 : 404 ; Seigel & Peterson, 1980 : 785 ; Staub & Kelleltt, 1972 : 198) นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีโอกาสดำเนินการได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน ได้ระบายความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล ได้รับการแก้ไขความเชื่อที่ผิด ตลอดจนรับรู้ว่าการเจ็บปวดเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินการสนับสนุนให้กำลังใจเป็นผลให้เกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น ความคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดเป็นไปในทางบวกมากกว่าทางลบ ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินการวิธีการดูหนัง การไอ การเคลื่อนไหว ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ความเจ็บปวดน้อยลง สามารถเผชิญกับปัญหาความเจ็บปวดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลตามปกติ (Clark, 1974 : 273 ; Claves & Barber, 1975 : 235)

การที่วันแรกมีการใช้ยาแก้ปวดจำนวนมากในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เนื่องจากการรักษาด้วยการผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลาย ซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น (McMahon & Miller, 1978 : 58 ; Weisenberg, 1975 : 1) กล่าวคือ ปลายประสาทที่รับรู้ความรู้สึกจะส่งสัญญาณไปสู่ไขสันหลังและสมอง (Luckmann & Sorrensen, 1980 : 907) ตามปกติอาการปวดจะทุเลาลงหลังจากผ่านไป 24 ชั่วโมง (Keats, 1956 : 75) ถึงแม้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมมีการใช้ยาแก้ปวดในวันที่ 2 มากเท่ากับใน 24 ชั่วโมงแรก และใช้ยาวนานกว่า

ผลการศึกษารื่องจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดูตารางที่ 7 หน้า 61) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ได้มีผู้ศึกษาไว้ ซึ่งพบว่าการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็วกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ (Healy, 1966 : 67; Lindeman & Aernam, 1972 : 209 ; Putt, 1970 : 485 ; สมพร ชินโนรส, 2525 : 63) งานวิจัยอื่นที่พบว่าการสอนผู้ป่วยแบบเป็นกลุ่มและการสอนผู้ป่วยทั้งครอบครัว มีผลช่วยย่นระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดสั้นลง (Schmitt & Wooldridge, 1973 : 108 ; Dziurbejko & Larkin, 1978 : 1892) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมีผลทำให้ระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง (McHuge et al., 1983 : 780 ; Ziemer, 1983 : 282)

ในการศึกษารั้งนี้ พบว่าจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดทำให้แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยได้เร็ว คือผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนจำนวน 8 ราย และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ จำนวน 3 ราย รวม 11 ราย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านโดยมีญาติคอยในภายหลัง โดยมีจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลเท่ากับ 5-10 วัน และ 5-13 วัน ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยพิเศษกลุ่มละ 3 ราย มีจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน คือทุกรายได้รับการตัดไหมเรียบร้อยแล้วจึงกลับบ้าน

การทําวินิจฉัยครั้งนี้พบปัญหาบางประการคือ นโยบายในการรับและจำหน่ายผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับแพทย์เจ้าของไข้แต่ละรายและความต้องการเตียงเพื่อรับผู้ป่วยใหม่ จากข้อมูล พบว่าผู้ป่วยสามัญจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วกว่าผู้ป่วยพิเศษ ทั้งนี้เพราะ จำนวนผู้ป่วยสามัญที่รอเข้ารับการรักษามีมาก ฉะนั้นจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาล จึงไม่เป็นตัวบ่งชี้ที่ดีในการวัดผลของการให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

ผลการศึกษาเรื่องภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของผู้อื่น ซึ่งพบว่า การให้ คำแนะนำก่อนผ่าตัดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ คำแนะนำ (Healy, 1968 : 67; Thoren, 1968 : 62 ; อภรณ์ ธรรมานุรักษ์, 2519 : 31 ; สมพร ชินโนรส, 2525 : 59) อาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีโอกาส ได้รับการสอนให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัดอยู่แล้วในงานประจำ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยบางรายมีโอกาสได้รับการดูแลจากพยาบาลพิเศษ จากนักศึกษาพยาบาล แม่ชอมูลหรือการสอนที่บุคคลดังกล่าวได้จัดกระทำกับผู้ป่วยจะไม่มีแบบแผนแต่ในขั้นตอน ของการพยาบาลจะต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจึงอาจจะได้รับการ กระตุ้นให้มีการไอ การลุกนั่ง ยืน เดิน และการออกกำลังกาย นอกจากนี้จะเป็น ผลจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้สารต้านจุลชีพกลุ่มละ 13 คน (ดูตารางที่ 12 ภาคผนวก ก.) โดยได้รับสารต้านจุลชีพตั้งแต่เข้าวันผ่าตัดและให้ต่อไปในระยะ 1-10 วัน สารดังกล่าว จึงมีผลต่อการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจและระบบอื่น ๆ ด้วย สารต้านจุลชีพที่ผู้ป่วยได้รับมีประสิทธิภาพดีในการรักษาโรคติดเชื้อ จากการสำรวจการใช้สารต้านจุลชีพในโรงพยาบาลรามธิบดี พบว่ามีอัตราการใช้ในผู้ป่วยศัลยกรรมถึง ร้อยละ 57-60 (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา และคณะ, 2524 : 201) สารต้านจุลชีพที่ ผู้ป่วยได้รับให้ผลที่ต่อเชื้อกรัมบวกในอัตรากว่าร้อยละ 90 นอกจากนี้ยังมีการใช้สาร ต้านจุลชีพในกลุ่มอะมิโนไกลโคไซด์ (Aminoglycoside) ซึ่งมีประสิทธิภาพได้ ผลดีกับเชื้อทั้งกรัมบวกและกรัมลบ (พนิตา ชัยเนตร และมาลัย วรจิตร, 2525 : 191)

ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีรูปร่างผอมและน้ำหนักส่วนใหญ่น้อยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (ดูตารางที่ 13 ภาคผนวก ข.) มีเพียง 3 รายเท่านั้นที่จัดอยู่ในประเภทอ้วน (Obesity) อายุอยู่ในวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน (อายุ 20–59 ปี) (ดูตารางที่ 1 หน้า 52) จึงมีความกระตือรือร้นที่จะให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เพราะภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดมักเกิดในคนอ้วน และคนสูงอายุ (Luckmann & Sorensen, 1980: 421) และน่าจะเป็นผลจากโรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นสถานที่สำหรับการศึกษาและฝึกปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ จึงมีบุคลากรในทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม 4 ราย กลุ่มทดลอง 3 ราย มีพยาบาลพิเศษเฝ้าในระยะ 3 วันหลังผ่าตัด นับว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยอาจได้รับการสอนแนะนำ รวมทั้งมีโอกาสซักถามข้อสงสัย ทำให้สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ปัจจุบันต่าง ๆ ที่กล่าวมาจึงมีอิทธิพลต่อการทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี โดยประเมินความวิตกกังวล จำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวด จำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ข้อมูลที่นำมาศึกษา ได้จากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี ณ.หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารักษ์ ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2527 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2528 โดยศึกษาในกลุ่มประชากร จำนวน 30 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆละ 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลแบบสเตทและแบบเทรท ของสไปรเบอร์เจอร์ และคณะ

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินความวิตกกังวลในแบบทดสอบ ให้ตอบคำถามด้วยตนเอง และหรือผู้วิจัยอ่านคำถามแต่ละข้อให้ผู้ป่วยฟัง และผู้ป่วยตัดสินใจเลือกข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย 2 ครั้ง ครั้งแรกในเย็นวันก่อนผ่าตัด ครั้งที่ 2 ในวันที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลครั้งที่ 1 ในเย็นวันก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด การรักษาพยาบาลที่จะได้รับโดยการสื่อสารด้วยวาจา และแจกเอกสารประกอบ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ระบายปัญหา ฝึกปฏิบัติการไอ การหายใจลึก เข้าวันผ่าตัดผู้วิจัยเข้าเยี่ยมเยียนผู้ป่วยกลุ่มทดลองเพื่อให้ซักถามข้อข้องใจ ภายหลังการผ่าตัดผู้วิจัยเข้าเยี่ยมให้การพยาบาล ติดตามช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามที่ได้แนะนำ ในวันที่ 1 หลังผ่าตัดผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะหลังผ่าตัด

ซ้ำอีกครึ่งหนึ่ง และเยี่ยมเยียนผู้ป่วยทุกวัน จนถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับ ข้อมูลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนครั้ง ของการไ้ยาแก้ปวด จำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การแจกแจงจำนวน ร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t -test

ผลการวิจัยพบว่า

1. ก่อนได้รับข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน กับผู้ป่วยกลุ่ม ที่ได้รับข้อมูลตามปกติ มีความวิตกกังวลแบบสเทและแบบ เทรตแตกต่างกันอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภายหลังการได้รับข้อมูลในวันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ ข้อมูลอย่างมีแบบแผน กับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ มีความวิตกกังวลแบบสเท แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ มีความวิตกกังวลแบบสเทภายหลัง ได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลแบบสเท ภายหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
5. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนไ้ยาแก้ปวดตลอด 5 วันหลังผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ มีจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ภายหลังการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการพยาบาล

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมีความจำเป็นและให้ประโยชน์ต่อการลดความวิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดโดยจะให้เป็นรูปแบบใดก็ได้ แต่การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนโดยมีการติดตามการฝึกปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วย มีผลทำให้การใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยลดลง ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยควรตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการให้ข้อมูล ความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสม พยาบาลควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทุกรายที่จะทำการผ่าตัด ข้อมูลที่ให้ควรครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงเนื้อหาและเวลาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละระยะของการผ่าตัด กล่าวคือครั้งแรกควรให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน เรื่องการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดอีกครั้ง ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด จะต้องติดตามประเมินผลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และควรให้ข้อมูลครั้งสุดท้ายก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง การปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดกับผู้ป่วย และก่อให้เกิดความเข้าใจ ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์และพยาบาลได้ นอกจากนี้ควรจัดให้มีการวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเฉพาะโรคไว้ เพื่อเป็นหลักในการพยาบาลผู้ป่วยโรคนั้น ๆ ใ้ได้อย่างครอบคลุมและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการศึกษาพยาบาล

ครูพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการสอนให้นักศึกษาพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งคน คือดูแลทั้งทางกาย ร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่มุ่งสอนเฉพาะวิธีการพยาบาลทางกายเท่านั้น แต่จะต้องให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างครอบคลุม มีความรับผิดชอบที่จะดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายอย่างต่อเนื่อง รู้จักสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีส่วนช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ เป็นการเตรียมนักศึกษาให้มีความตระหนักถึงหน้าที่ซึ่งต้องกระทำต่อไปในอนาคต โดยเริ่มปลูกฝังตั้งแต่มิใช่เป็นนักศึกษา ช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถอันจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ในการศึกษาวิจัยควรทำการศึกษาในโรงพยาบาลอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่สถานที่สำหรับการศึกษาและฝึกปฏิบัติงานบุคลากรทางการแพทย์ เพราะพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำปกติ สามารถให้การสอนผู้ป่วยที่ใช้ในกลุ่มควบคุมได้ดี ทำให้ไม่เห็นความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เกินชัด

2. การศึกษาวิจัยผลของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในท่านอนนี้

2.1 การเก็บข้อมูล ควรควบคุมตัวแปรภายนอก เช่น อายุใกล้เคียงกัน เป็นผู้ป่วยประเภทสามัญ ไม่มีญาติเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และใช้ยาแก้ปวดชนิดเดียวกัน ซึ่งจะช่วยให้ผลงานวิจัยเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น

2.2 การวัดความวิตกกังวล ระยะเวลาเมื่อใดที่สมควรประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยยังคงเป็นปัญหาอยู่ การประเมินผู้ป่วยในวันก่อนกลับบ้านโดยระยะเวลาห่างระหว่างการประเมินก่อนและหลังของผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากันนี้ ยังไม่เหมาะสม ควรไต่ถามการเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวลเป็นช่วง ๆ ของระยะเวลาที่แตกต่างกัน เช่น

ระยะก่อนให้ข้อมูล ระยะหลังให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และระยะหลังให้ข้อมูลหลังผ่าตัด
คะแนนความวิตกกังวลที่วัดได้จะบ่งชี้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ถูกต้องกว่าระยะ
ก่อนกลับบ้าน

2.3 ระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลและการเกิดภาวะแทรกซ้อน
หลังผ่าตัด ไม่อาจนำมาเป็นเครื่องบ่งชี้ผลของการให้ข้อมูลได้ ถ้าประเมินว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ มากกว่า และไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยและ
การใช้จ่ายเงิน

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบหาประสิทธิภาพของวิธีการลดความวิตกกังวล
ในรูปแบบอื่น ๆ เพื่อการนำไปใช้ในสถานการณ์อื่น ๆ ได้กว้างขวางขึ้น เช่น การให้
ข้อมูลแบบบอกความรู้สึก (Sensory information) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ
(Procedure information) หรือการให้ข้อมูลทั้งสองวิธีรวมกัน หรือใช้เทคนิค
ของการลดความเครียดและวิตกกังวลโดยการสัมผัส (Touch) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย
(Relaxation)

เอกสารอ้างอิง

กรรณิการ์ สุวรรณโคต. "การพยาบาลกับพฤติกรรมของบุคคล" เอกสารประกอบการสอนชุดวิชามโนคติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ : หนึ่งใจจัดการพิมพ์, 2527.

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ภูมิภาควิทยาลัย, 2524.

คมเพชร ฉัตรศุภกุล. บริการสนเทศ. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2522.

จรัญ จันทลักษณ์ และอนันต์ชัย เชื้อนธรรม. สถิติเบื้องต้นประยุกต์. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2523.

จันทร์เพ็ญ กาวีเวท. ความรู้สึกล่วงหน้าของผู้ป่วยระบบอวัยวะสืบพันธุ์และศัลยกรรม วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต แผนกวิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2514.

ฉวีวรรณ สิทธิเวช. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้องกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท แผนกวิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2520.

ชนชื่น สมประเสริฐ. ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

เชาวลัดภณ ฤทธิสรไกร. ข้อมูลผู้ป่วยต่อการทราบแนวปฏิบัติตัวอยู่ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.

ธีระ ลิมศิลา. เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้. แพทยสภา
สาร, 2524, 10, 98.

ปธานุกรมฉบับหลวง. กรุงเทพมหานคร : ประจักษ์การพิมพ์, 2524.

ประภิต วาทีสาธกิจ, พูนเกษม เจริญพันธ์ และสุมาลี เกียรติบุญศรี. ภาวะ
แทรกซ้อนทางปอดในผู้ป่วยศัลยกรรม. แพทยสารทหารอากาศ, 2523, 26,
17-22.

ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. ภาควิชาวิจัยการศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

ประคอง อินทรสมบัติ. ความเครียดของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.
ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 3.
พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พระจันทร์, 2522.

พนารัตน์ โพธาเจริญ. การแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องเพื่อลดความ
วิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาบัณฑิต แผนกวิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2514.

พนิตา ชัยเนตร และมาลัย วรจิตร. การใช้ห้องปฏิบัติในการเลือกยารักษาโรค
ติ๊กเชื้อ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พิเศษ, 2525.

พรรณงาม พรรณเพชร. ผลของการพยาบาลเมื่อแรกรับอย่างมีแบบแผนต่อการลด
ภาวะเครียดในผู้ป่วยทางศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

พวงรัตน์ บุญญารักษ์. การวางแผนการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
รุ่งเรืองธรรม, 2523.

พาริกา อิบราฮิม. รูปแบบการรักษาและการพยาบาลที่สนองความต้องการของสังคม.
แพทยสาส์น. 2526, 12, 231.

พาริกา อิบราฮิม. การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้. แพทย
สาส์น. 2524, 10, 98.

มะเห็ล เสมา. เทคนิคการให้บริการสนเทศ. วารสารแนะแนว. 2527, 18,
231.

มุขวิมลดิระ ภิรมย์ภักดี. การผ่าตัดรักษาในโรคถุงน้ำดีอักเสบ. แพทยสารทหาร
อากาศ. 2527, 30, 151.

มุขที ภาษา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา, วิไล ลีสุวรรณ,
พรรณวดี พุทธิชนะ และรุจิเรศ ชนุรักษ์. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2526.

วิชัย ตันไพจิตร. โภชนาการกับโรคต่าง ๆ และแนวทางโภชนบำบัด. ใน บันทึก
รวารวิทย์ (บรรณาธิการ), โภชนาการเล่ม 2. 2521.

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, บรรจง รัตนอุบล และประนอม มานู. การใช้ยาต้านจุลชีพ
ในโรงพยาบาลรามาธิบดี. รามาธิบดีเวชสาร. 2524, 4, 201.

สมพร ชินโนรส. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในไต.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

สมศรี รัตนปริยานุช. ศึกษาวิธีการลงนั่งที่สัมพันธ์กับการเจ็บแผลในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

สุจินต์ วิจิตรกาญจน์ และประทีป ศรีกลีพันธ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคทางเดินอาหาร. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรพัฒนา, 2523.

สุนันทา คำพอ. เปรียบเทียบการสอนอย่างมีแบบแผนและการสอนตามปกติแก่ผู้ป่วยต่อกระเจกที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรามารักษ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต พยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.

สุพร พลยานันท์. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการความเจ็บปวด. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสำนักพิมพ์แม็คจำกัด, 2528.

สุวณีย์ ตันติพัฒนานนท์. "Anxiety" ในเอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพยาบาลจิตเวช. ระหว่าง 10 กรกฎาคม 2521 - 18 สิงหาคม 2521 (อัครสำเนา), หน้า 15-19.

อาภรณ์ ชรรมานุรักษ์. การฝึกปฏิบัติของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหน้าท้องเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบขับถ่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรบัณฑิต แผนกวิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2519.

อุทุม ไปะกะณะ และอนันต์ ตันมุษยกุล. การศึกษาโรคนี้หน้าที 100 ราย. สารศิริราช. 2514, 23, 120-135.

อุทุม เมาส์สวัสดิ์, ส่วนประกอบของนี้หน้าทีในไทย. ใน กิจจา สินธวานนท์, ทองดีชัยพานิช (บรรณาธิการ), คัลยศาสตร์วิวัฒน์ 1. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร, 2523, 55-64.

Alt, R.E. Patient education program answers many unanswered questions, Hospitals, 1966, 40, 76.

Anderson, B.J. & Leonard, R.C. The nurse's role in individualizing the admission process in a psychiatric hospital, American Journal Psychiatry, 1964, 120, 890-893.

Alpert, J.J. et al. Attitudes and Satisfaction of Low-income families Receiving Comprehensive Pediatric Care, American Journal of Public Health, 1973, 60:499-506.

Barnett, J.W. In hospital : Patients' feeling and opinions, Nursing Times, 1978, 74, 29-30.

Bartlett, R.H. Gazzaniga, A.B. & Geraghty, T.R. Respiratory manenvers to prevent post operative pulmonary complication, Journal of American Medical Association, 1973, 224, 1017.

Bellin, Seymour S. & Geiger, Jack H. The impact of neighborhood health center on patients behavior and attitudes relating to health care : A study of a low-income housing project, Medical Care, 1972, 10, 224-239.

Benoliel, J.Q. & Crowley, D.M. The patient in pain : new concept, Nursing Digest, 1977, 5, 41-42.

Boore, Jennifer. Preoperative care of patients, Nursing Times, 1977, 73, 409-411.

Boss, B.J. & Goloshow, J.W. Nursing assessment and role in management : Pain. In : Lewis S.M. & Collier I.C. (Eds.), Medical and Surgical Nursing : Assessment and Management of Clinical Problems. New York : McGraw Hill Book Co., 1983 : 1389-1414.

Carnevali, Doris L. Preoperative anxiety, American Journal of Nursing, 1966, 66, 1538.

Carter, Frances Monet. Psychosocial Nursing. (2nd ed.).

New York : Macmillan Publishing Co., Inc., 1976.

Chawmathagit, C. Effect of Preoperative psychological approach on the postoperative pain response in surgical patient,
Unpublished Master of Science Degree Thesis, The Faculty
of Graduate Studies Mahidol University, 1979.

Clark, G.W. Pain sensitivity and report of pain, Anesthesiology,
1974, 40, 273-286.

Claves, J.F. & Barber, T.X. Hypnotism and surgical pain.
In M. Weisenberg (Eds.), In Pain : Clinical and Experimental Perspectives. Saint Louis : The C.V. Mosby Co.,
1975.

Dodge, J.S. Factors related to patients' perception of their
cognitive needs, Nursing Research, 1969, 18, 502-512.

Dripps, R.D. & Waters, R.M. Nursing care of surgical patients:
Part 1 The Stir-Up. American Journal of Nursing, 1941,
41, 530-534.

Dziurbejko, M.M. & Larkin, R.M. Including the family in
preoperative teaching, American Journal of Nursing,
1978, 78, 1892-1894.

Egbert, L.D., Battit, G.E., Welch, C.E. & Bartlett M.K.,
Reduction of postoperative pain by encouragement and
instruction of patients, New England Journal Medicine,
1964, 270, 825-827.

- Engel, G.L. Psychogenic pain and the pain prone patient, American Journal Medicine, 1959, 26, 899-918.
- Guyton, A.C. Basic Human Neurophysiology. (3rd ed.). Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1981, 119.
- Graham, L.E. & Conley, E.M. Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients, Nursing Research, 1971, 20, 113-122.
- Hamilton, A. & Kelley, P. An education program for hysterectomy patients, Supervisor Nurse, 1979, 10, 19.
- Hay, S.I. & Anderson, H.C. Are nurses meeting patients' needs ? American Journal of Nursing, 1963, 63, 97.
- Hayward, J. Information - A prescription against pain, Nursing Mirror, 1976, 142, 72.
- Healy, K.M. Does preoperative instruction make a difference ? American Journal of Nursing, 1968, 68, 62-67.
- Hilgard, Ernest R. Introduction to Psychology. New York : Harcourt Brance and Co., 1975.
- Ingles, T. Do patients feel lost in General Hospital ? American Journal of Nursing, 1960, 60, 651.
- Janis, I.L. Psychological Stress. New York : John Wiley and Sons, 1958.

Jacox, A.K. Assessing Pain. American Journal of Nursing, 1979, 79, 895-900.

Johnson, J.E. Effect of accurate expectations about sensations on the sensory and distress components of pain, Journal of Personality and Social Psychology, 1973, 27, 261-275.

Johnson, J.E. Dabbs, J.M. & Leventhal, H. Psychosocial factors in the welfare of surgical patients. Nursing Research, 1970, 19, 23-24.

Johnson, J.E. & Leventhal, H. Effects of accurate expectation and behavioral instruction on reactions during a noxious medical examination, Journal of Personality and Social Psychology, 1974, 29, 710-718.

Johnson, J.E. et al. Alterating patients' response to surgery: and extension and replication, Research Nursing Health, 1978, 1, 111-121.

Kaplan, Harold I. & Sadock, Benjamin J. Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV. Fourth edition. London : Williams & Wilkins, 1985.

Keats, A.S. Postoperative pain : Research and Treatment, Journal of Chronic Disease, 1956, 4, 72-73.

Kinney, L.M. Ventilation and ventilatory failure in manual of preoperative and postoperative. (2nd ed.). Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1971, 172.

- Lazarus, R.S. Averill, J.R. & Opton, E.M. Toward a cognitive theory of emotion. In M.B. Arnold (Ed.), Feeling and Emotions. New York : Academic Press, 1970, 217-221.
- La Morte W.W., Schoetz, D.J. Jr, Birkett, D.H. & Williams, L.F. Jr, The role of the gallbladder in the pathogenesis of cholesterol gallstones. Gastroenterology, 1979, 77, 580-592.
- Latimer, R.G. Latimer, R.G., Dickman, M. Day, W.C., Gunn, M.L., Ventilatory pattern and pulmonary complications after abdominal surgery determined by computerized spirometry and blood gas analysis, American Journal Surgery, 1971, 122, 622-632.
- Le Maitre, G.D. & Finnegan, J.A. The Patient in Surgery : a guide for Nurses. (3rd ed.). Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1975.
- Levi, L. Emotions. New York : Raven Press, Publisher, 1975.
- Levine, D.C. & Fiedler, J.P. Fear, Facts and Fantasies about Pre and Postoperative Care. Nursing Outlook, 1970, 18, 26-28.
- Levine, J.D., Gordon, N.C. & Fields, H.L. The mechanism of placebo analgesic, Lancet, 1978, 2, 654-657.
- Lindeman, C.A. Nursing intervention with the presurgical patient effectiveness and efficiency of group and individual preoperative teaching Phase Two, Nursing Research, 1972, 21, 196-209.

Linehan, D.T. What does the patient want to know ? American Journal of Nursing, 1966, 66, 1068.

Loan, W.B. & Morison, J.D. The incidence and severity of postoperative pain (Eds.), M. Weisenberg. Pain : Clinical and experimental perspectives. Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1975, 286-290.

Luckmann, J. & Sorrensen, K.C. Medical-Surgical Nursing A Psychophysiologic Approaches. (2nd ed.). Philadelphia : W.B. Saunders Co., © 1980.

Mahaffy Jr, P.R. The effects of hospitalization on children admitted for tonsillectomy and adenoidectomy, Nursing Research, 1965, 14, 12-19.

McBride, Mary Angella B. Nursing approach, pain and relief ; An exploratory experiment, Nursing Research, 1967, 16, 337-341.

McHuge, N.G. & Johnson, J.E. Preparatory what helps and why, American Journal of Nursing, 1982, 82, 780-782.

McMahon, M.A. & Miller, P. Pain response : the influence of psychosocial-cultural factors, Nursing Forum, 1978, 17, 58-71.

Moss, F.T. & Meyers, B. Effect of nursing interaction upon pain relief in patients, Nursing Research, 1966, 15, 303-306.

- Padilla, G.V. Grant, M.M. Rains, B.L. Hansen, B.C. Bergstrom, N. Wong, H.L. Hanson, R. & Kubo, W. Distress reduction and the effects of preparatory teaching films and patient control, Research in Nursing and Health, 1981, 4, 375-387.
- Pender, N.J. Patient identification of health information receiving during hospitalization, Nursing Research, 1974, 23, 262-267.
- Perry, E. Communication 3 : taking the simple route, Nursing Mirror, 1981, 152, 24-26.
- Perry, E. Communication 4 : On a personal level, Nursing Mirror, 1981, 152, 34-35.
- Pervin, Lawrence A. Personality : Theory, Assessment and Research. 3rd ed. New York : John Wiley & Sons, 1979, 231
- Peterson, C. & Bullerman, L. Preoperative visits for little people, AORN Journal, 1971, 14, 72.
- Porter, A. et al. Patient need on admission, American Journal of Nursing, 1977, 77, 113.
- Pratt, L. Seligman, A. & Reader, G. Physicians' views on the level of medical information among patients, American Journal of Public Health, 1957, 47, 1283.
- Quimby, C.W. Preoperative prophylaxis of postoperative pain, Medical Clinics of North America, 1968, 52, 73-80.

Ramsey, M.A.E. A survey of Preoperative fear, Anesthesia, 1972, 27, 396-402.

Saxton, Dolores F. and Hyland, Patricia A Planning and Implementing Nursing Intervention : Stress and Adaptation Applied to Patient Care. 2nd ed. Sti Louis : The C.V. Mosby Company, 1979.

Redinger, R.N. & Small, D.N. Bile composition : bile salt metabolism and gallstones. Archives Internal Medicine, 1972, 130, 618-630.

Schmitt, F.E. & Wooldridge, P.J. Psychological preparation of surgical patients, Nursing Research, 1973, 22, 108-116.

Scott, D.W. Anxiety, critical thinking and information processing during and after breast biopsy, Nursing Research, 1983, 32, 24-28.

Scott, D.W., Oberst, M.T. & Dropkin, M.J. A stress coping model. Advances in Nursing Science, 1980, 2, 1-20.

Sedeghat, A. & Grundy, S.M. Cholesterol crystals and formation of cholesterol gallstones. New England Journal Medicine, 1980, 302, 1274-1277.

Seidenberg, B. et al. How patient feel about hospitalization, The Modern Hospital, 1960, 95, 102-105.

- Seigel, L.J. & Peterson, L. Stress reduction in young dental patients through coping skills and sensory information, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1980, 48, 785-787.
- Shimko, C. The effect of preoperative instruction on state anxiety, Journal of Neurological Nursing, 1981, 13, 318.
- Shives, L.R. Basic concepts of Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1986.
- Skipper, J.K. & Leonard, R.C. In Social Interaction and Patient Care. Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1965.
- Sleisenger, M.H. & Way, L.W. Cholelithiasis and cholecystitis, Gastrointestinal Disease. (2nd ed.). Philadelphia : W.B. Saunders, 1978.
- Small, D.M. Cholesterol nucleation and growth in gallstone formation, New England Journal Medicine, 1980, 302, 1305-1307.
- Small, D.M. & Rapo, S. The source of abnormal bile in patients with cholesterol gallstone. New England Journal Medicine, 1970, 284, 534-57.
- Speilberger, C.D. Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. STAI Manual. California : Consulting Psychologists Press, 1970.
- Staub, E. & Kellet, D.S. Increasing pain tolerance by information about aversive stimuli, Journal of Personality and Social Psychology, 1972, 21, 198-203.

Stitnimankarn, T. The necropsy incident of gallstones in Thailand, American Journal of Medical Science, 1960, 240, 349-352.

Strauss R.J. & Wise, L. Operative risk of obese patient : nursing care, AORN Journal, 1977, 25, 1056.

Stuart, G.W. & Sandra, S. Principle and Practice of Psychiatric Nursing. 2nd ed. St. Louis : The C.V. Mosby Co., 1983.

Strealtzer, J. & Leigh, H. Psychological preoperative of survey : The usefulness of a preoperative psychotherapeutic interview, U.S.A. Hawii Med. J. 1978, 37, 139-142 (Abstract).

Sweeny, S.S. Relaxation In Carlson C.E., Blackwell B. eds. Behavioral concept and nursing intervention. 2nd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1978 : 247.

Tamsen, A. Hartvig, P. & Dahlstrom A. Endorphins on demand pain relief. Lancet, 1980, 1, 769-770.

Thistle, J.L. et al. Induced alteration in composition of bile of person having cholelithiasis, Gastroenterology, 1971, 61, 488-496.

Thistle, J.L. et al. Efficacy and specificity of chenodeoxycholic acid therapy for dissolving gallstone. New England Journal of Medicine, 1973, 289, 655-659.

- Thoren, L. Postoperative Pulmonary Complications : Observation on their prevention by means of physiotherapy. Acta. Chir. Scand. Cited in Bartlett, JAMA, 1973, 224, 1020.
- Vain, E.H. Obesity in Surgery, AORN Journal, 1972, 16, 87.
- Veninga, R. Communications : a patients' eye view, American Journal of Nursing, 1973, 73, 320-322.
- Warner, W.A. & Garrett, L.P. The obese patient and anaesthesia, Journal of American Medical Association, 1968, 205, 92-93.
- Watson, W.C. Chenodeoxycholic acid : cost, New England Journal of Medicine, 1974, 290, 406.
- Weiler, C.M. Postoperative patients evaluate preoperative instruction, American Journal of Nursing, 1968, 68, 1465-1467.
- Weisenberg, M. Pain : Clinical and experimental perspectives. Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1975.
- William, R.D. & Fish, J.C. Diseases of the gallbladder and the extrahepatic bile ducts. In L. Schiff (Ed.), Disease of the Liver, (3rd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott, 1969.
- Whaley, L.F. & Wong, D.L. Nursing Care of infants and Children. Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1979.
- Ziemer, M.M. Effect of information on postsurgical coping, Nursing Research, 1983, 32, 282-287.

บรรณานุกรม

- Arnold, M.B. Feeling and Emotions. New York : Academic Press, 1970.
- Harcus, A.W. et al. Pain : New Perspectives in Measurement and Management. Edinburgh and London : Churchill Living Stone, 1977.
- Hedlin, A. & Dostrovsky, J. Understand the physiology of pain, Canadian Nurse, 1979, 75, 28-30.
- Kinney, M.R. Effects of preoperative teaching upon patients with differing modes of response to threatening stimuli, International Journal of Nursing Study, 1977, 14, 49.
- Kornfeld, Donald S. The hospital environment : Its impact on the patient, "Stress and Survival." (Edited by Charles A. Garfield). Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1979, 155.
- Kristine, B. Flawed Perceptions About Pain, American Journal of Nursing, 1982, 82, 302-304.
- Lazarus, R.S. Psychological stress and the coping process. New York : McGraw-Hill Book Co., 1966.
- Lazarus, R. Cognitive and coping processes in emotion, In Monat A. Lazarus R. (eds) : Stress and Coping. An Anthology. New York : Columbia Univ. Press, 1977, pp.145-158.

Lindeman, C.A. & Stetzer, S.L. Effects of preoperative visits by operating room nurses, Nursing Research, 1973, 22, 4-14.

Lindeman, C.A. & Aernam, B.V. Nursing intervention with presurgical patient the effect of structured and unstructured preoperative teaching, Nursing Research, 1971, 20, 319-322.

Mandell, A.J. & Mandell, M.P. What can nursing learn from behavioral sciences, American Journal of Nursing, 1963, 63, 104-107.

May, R. The Meaning of Anxiety. New York : The Ronald Press, 1950.

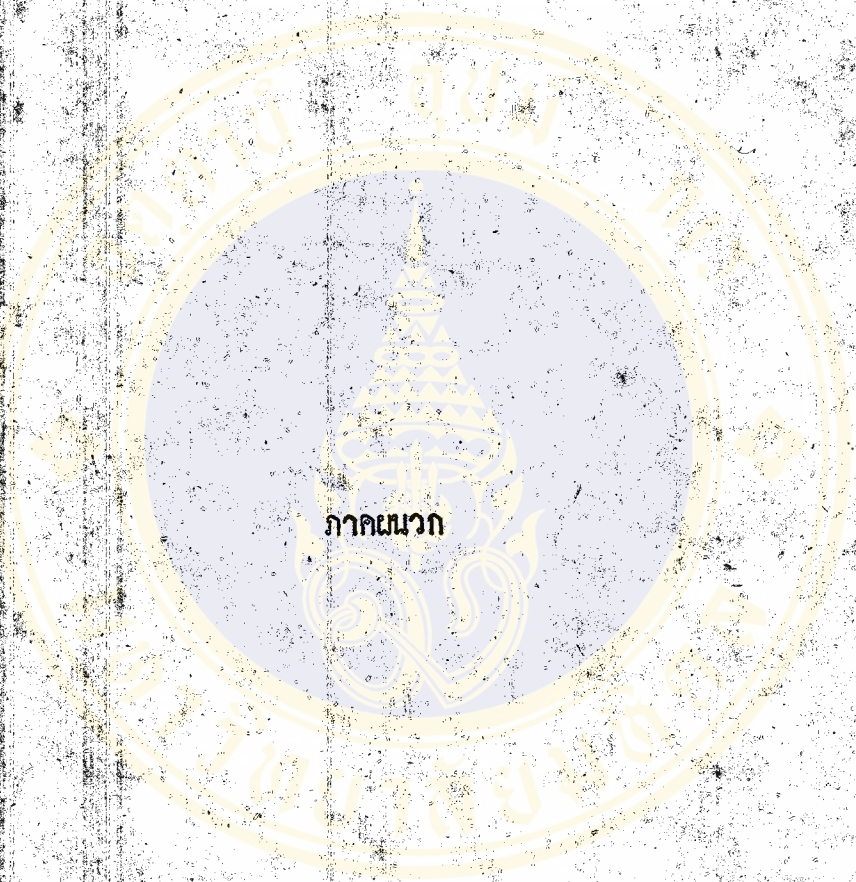
McCaffery, M. Nursing management of the patient with pain. Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1972.

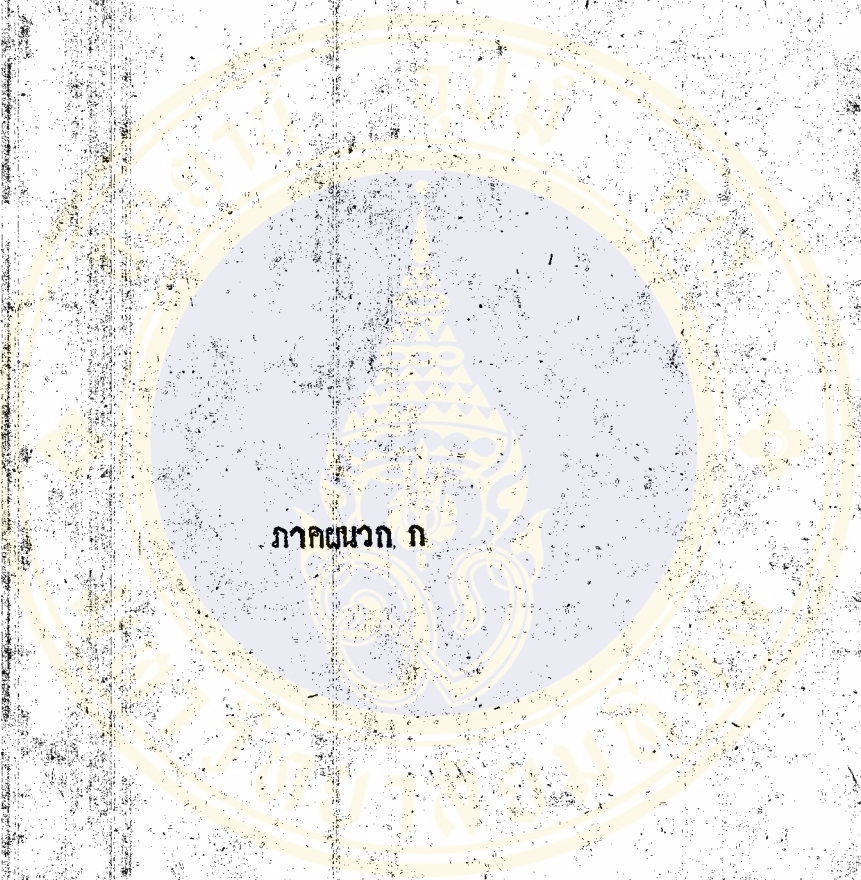
Mersky, H. & Spear, F.G. Pain : Psychological and Psychiatric Aspects. Baltimore : The William & Wilkins Co., 1967.

Meyers, M.E. The effects of types of communication on patient's reaction to stress, Nursing Research, 1964, 13, 126-131.

Putt, A.M. One experiment in nursing adults with peptic ulcers, Nursing Research, 1970, 19, 485.

Sherman, R.A., Gall N., & Gromly J. Treatment of phantom limbs with muscular relaxation training to disrupt the pain-anxiety tension cycle. PAIN. 1979, 6 : 47-55.





มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การหาค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

$$\begin{aligned}\bar{X} &= \text{ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่คำนวณได้} \\ \sum X &= \text{ผลรวมของคะแนนที่คำนวณได้} \\ n &= \text{จำนวนผู้ปวย}\end{aligned}$$

(เจริญ จันทักขณา และอนันต์ชัย เขื่อนธรรม, 2523 : 33-34)

2. การหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับคะแนนที่ไม่ได้แจกแจงความถี่ ใช้สูตร

$$SD = \sqrt{\frac{\sum X^2 - (\sum X)^2/n}{n-1}}$$

(ประคอง กรรณสูต, 2517 : 51)

3. การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มเดียวกัน ใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{D} - D_0}{S_D / \sqrt{n}}$$

- t = อัตราส่วนวิกฤตที่คำนวณได้
 $\bar{D}$ = ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างตัวอย่างแต่ละคู่
 D_o = ค่าความแตกต่างตามสมมติฐาน
 S_D = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างระหว่างตัวอย่างแต่ละคู่
 n = จำนวนคู่ของตัวอย่าง

เปิดตาราง t ด้วย $df = n-1$

(บุวดี ภาษา และคณะ, 2526 : 268-269)

$$S_D = \sqrt{\frac{\sum D_i^2 - (\sum D)^2/n}{n-1}}$$

- เมื่อ $\sum D_i^2$ = ผลรวมของความแตกต่างยกกำลังสอง
 $\sum D$ = ผลรวมของความแตกต่าง
 df = ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (จำนวนคู่ - 1)

(ประคอง กรรณสูต, 2524 : 118)

4. เปรียบเทียบคะแนนต่างกลุ่ม เมื่อทราบว่าประชากรมีความแปรปรวนเท่ากัน

$(\sigma_1^2 = \sigma_2^2)$ ใช้สูตร

$$t = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{S_p \sqrt{(1/n_1) + (1/n_2)}}$$

s_p^2 (Pooled variance) = ค่าความแปรปรวนร่วม ซึ่งได้จากสูตร

$$s_p^2 = \frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1)}$$

เมื่อ $\bar{X}_1, \bar{X}_2$ = ค่าเฉลี่ยของตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 2
 μ_1, μ_2 = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากรที่ 1 และ 2
 n_1, n_2 = ขนาดของตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 2
 df = $n_1 + n_2 - 2$

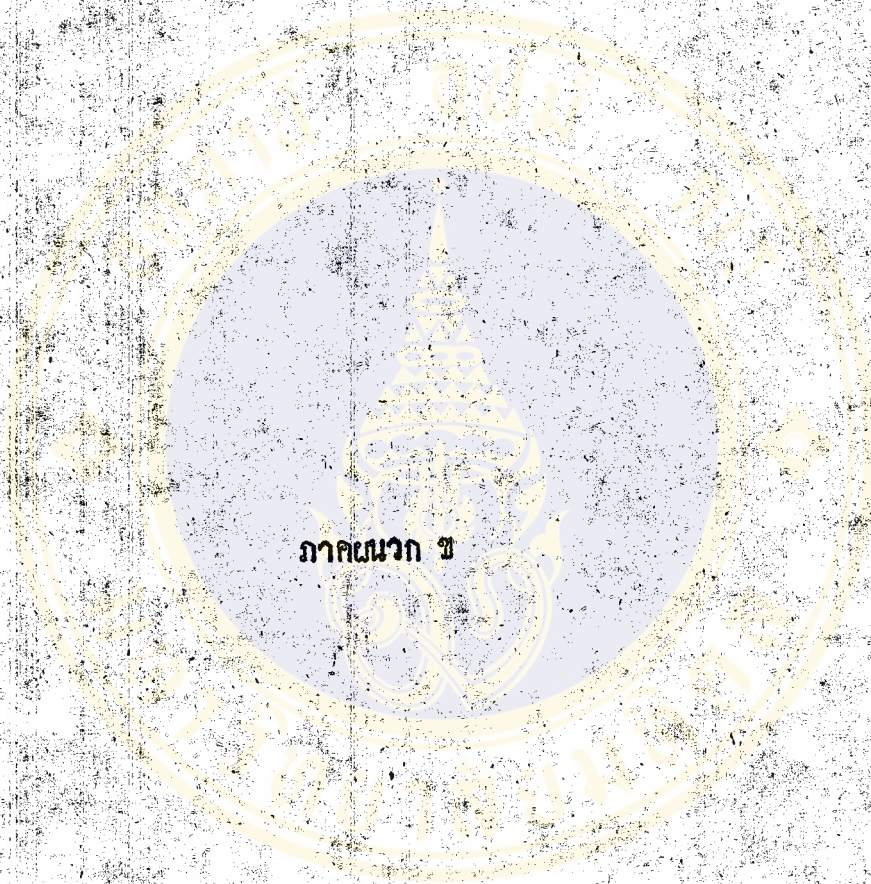
(บุรกี ภาชา และคณะ, 2526 : 273-276)

5. การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความวิตกกังวล ใช้สูตร

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_x^2} \right]$$

α = ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์
 n = จำนวนข้อสอบ
 s_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
 (Variance of a single item)
 s_x^2 = ความแปรปรวนของคะแนนของผู้รับการทดสอบทั้งหมด

(ประคอง กรรณสูตร, 2524 : 61-63)



ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่ทั่วไป.....

อายุ.....ปี น้ำหนัก..... ส่วนสูง..... ตึก.....

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....

วันที่ทำผ่าตัด.....

วันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้.....

รวมเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล (วันที่ทำผ่าตัด-วันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน)
.....วัน

เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

สถานภาพสมรส

☐ โสด

☐ คู่

☐ หม้าย

☐ หย่า

☐ แยก

ระดับการศึกษา

☐ ประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4

☐ ประถมปีที่ 5 - ประถมปีที่ 7 (มัธยมศึกษาปีที่ 1-3)

☐ มัธยมศึกษาปีที่ 1-3 (มัธยมศึกษาปีที่ 4-6)

☐ มัธยมศึกษาปีที่ 4-5 (มัธยมศึกษาปีที่ 7-8)

☐ อุดมศึกษา

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

อาชีพปัจจุบัน

☐ แม่บ้าน

☐ ทำนา ทำสวน ทำไร่

☐ รับจ้าง

☐ ค้าขาย

☐ รับราชการ

รายได้ต่อเดือน

- ☐ ต่ำกว่า 1,000 บาท
- ☐ 1,001 – 2,000 บาท
- ☐ 2,001 – 3,000 บาท
- ☐ 3,001 – 4,000 บาท
- ☐ 4,001 – 5,000 บาท
- ☐ มากกว่า 5,000 บาท

การรักษาพยาบาล

- ☐ จ่ายตัวเองทั้งหมด
- ☐ เบิกได้ทั้งหมด
- ☐ เบิกได้ครึ่งหนึ่ง
- ☐ สังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือ

2. จำนวนยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับภายหลังจากการทำผ่าตัด

วันที่	ยาฉีด	ยารับประทาน	รวม
1			
2			
3			
4			
5			

3. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

ปัญหา	ไม่มี	ถ้ามีเกิดวันที่							
		1	2	3	4	5	6	7	8
ปอดอักเสบ									
ปอดแฟบ									
การอักเสบของเส้นเลือดดำ									
แผลติดเชื้อและแผลแยก									
รวม									

ตารางที่ 8 ข้อมูลแสดงคะแนนความวิตกกังวลแบบสเตทและแบบเทรทของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คนที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	คะแนนความวิตกกังวล			คะแนนความวิตกกังวล		
	แบบสเตท		แบบเทรท	แบบสเตท		แบบเทรท
	ก่อนได้รับ ข้อมูล	หลังได้รับ ข้อมูล	ก่อนได้รับ ข้อมูล	ก่อนได้รับ ข้อมูล	หลังได้รับ ข้อมูล	ก่อนได้รับ ข้อมูล
1	43	25	28	42	34	45
2	40	39	41	45	38	46
3	37	36	43	38	36	31
4	62	51	58	57	61	55
5	58	40	38	32	28	32
6	40	42	28	27	22	42
7	39	28	29	42	30	41
8	39	28	38	57	30	54
9	53	29	50	42	43	40
10	37	33	44	46	29	38
11	35	39	32	38	31	40
12	42	29	34	40	28	55
13	47	31	47	42	49	54
14	34	31	33	41	37	35
15	37	39	38	31	35	48
คะแนนต่ำสุด- คะแนนสูงสุด	34-62	25-51	28-58	27-57	22-61	31-55
ผลรวม	643	520	581	620	531	656

ตารางที่ 9 ข้อมูลแสดงจำนวนการใช้ยาแก้ปวด จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล

คนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวนครั้งการใช้ยาแก้ปวด	จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล	จำนวนครั้งการใช้ยาแก้ปวด	จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล
1	4	10	4	7
2	6	9	6	8
3	3	6	2	12
4	3	8	2	9
5	1	7	2	13
6	0	6	2	6
7	1	5	8	8
8	3	10	4	5
9	4	8	7	8
10	1	5	5	8
11	3	6	9	7
12	1	5	3	8
13	4	10	10	5
14	6	8	9	9
15	2	5	5	8
คะแนนค่าสุก- คะแนนสูงสุก	0-6	5-10	2-10	5-13
เฉลี่ยรวม	42	108	78	121
คะแนนเฉลี่ย	2.8	7.2	5.2	8.06

ตารางที่ 10 แสดงการใช้สารต้านจุลชีพและจำนวนวันที่ใช้ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

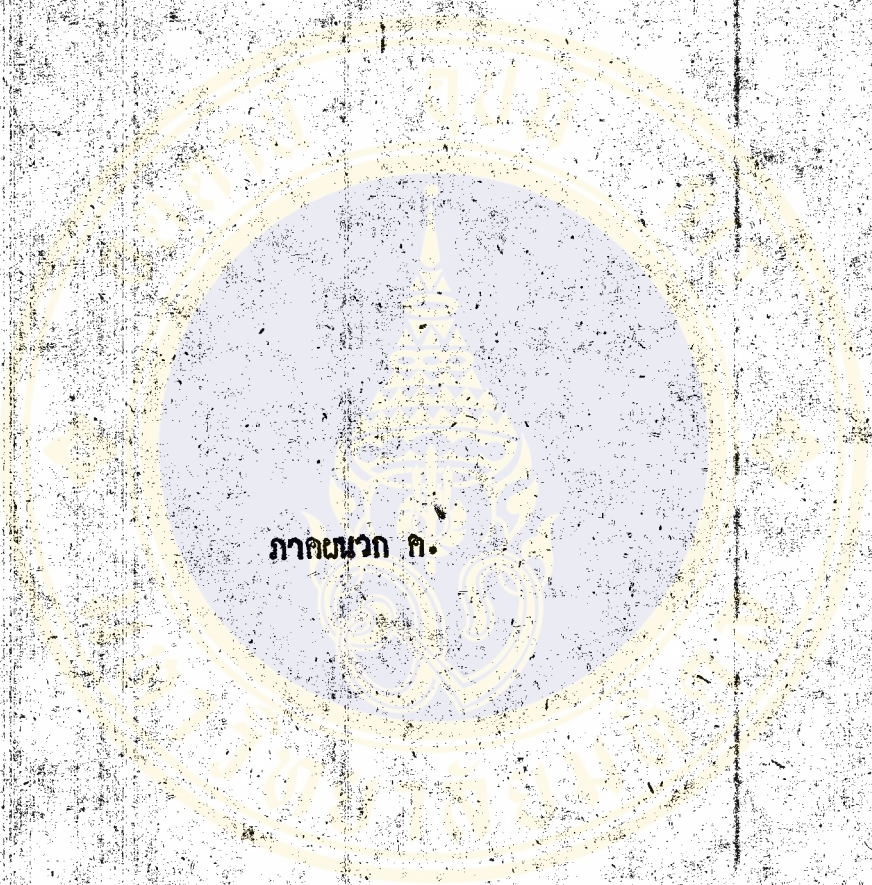
คนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	สารต้านจุลชีพ	จำนวนวันที่ใช้(วัน)	สารต้านจุลชีพ	จำนวนวันที่ใช้(วัน)
1	Gentamicin	5	-	-
	Ampicillin	5	-	-
2	Cefamandol	6	Gentamicin	3
			Chloramphenicol	3
3	Cefoxin	4	Ampicillin	4
4	-	-	Gentamitin	6
			Ampicillin	
5	Cefoxin	1	Cefacidol	7
6	Ampicillin	3	Cefoxin	1
7	Gentamicin	1	Ampicillin	8
8	Gentamicin	3	Cefoxin	2
	Ampicillin	3		
9	-	-	Cefamandol	1
10	Ampicillin	5	Temocillin	7
11	Cefoxin	3	-	-
12	Temocillin	5	Temocillin	6
13	Cefoxin	1	Cefamandol	4
14	Ampicillin	10	Gentamicin	5
			Ampicillin	5
15	Ampicillin	4	Ampicillin	7
	Gentamicin	4		

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบน้ำหนักตัวของบุคคลกับน้ำหนักมาตรฐาน โดยใช้ความสูงของบุคคลเป็นเกณฑ์

คนที่	กลุ่มควบคุม		เกณฑ์มาตรฐาน	กลุ่มทดลอง		เกณฑ์มาตรฐาน
	ส่วนสูง	น้ำหนัก	น้ำหนักที่ควรเป็น	ส่วนสูง	น้ำหนัก	น้ำหนักที่ควรเป็น
1	148.5	38	44-57	150.0	47.1	45-58
2	152.0	66.5 ^ก	46-59	155.0	48.0	48-61
3	150.0	58.5	45-58	153.0	59.5	46-59
4	150.0	44.5	45-58	152.0	58.0	46-59
5	158.0	55.6	49-63	156.5	61.5	49-63
6	158.0	57.5	49-63	158.0	70.3 ^ก	50-64
7	155.0	55.0	48-61	159.0	61.0	50-64
8	147.0	55.7	44-57	150.0	60.0	45-58
9	159.0	58.0	50-64	162.0	61.0	52-66
10	154.0	46.0	48-61	158.0	55.0	49-63
11	159.0	55.0	50-64	152.5	51.0	46-59
12	153.0	64.5 ^ก	46-59	150.0	50.0	45-58
13	151.0	52.0	45-58	160.0	58.0	50-64
14	161.0	58.5	52-66	147.0	33.0	44-57
15	151.0	50.0	46-59	149.0	53.0	45-58

น้ำหนักที่ควรเป็นคัดลอกจาก Statistical Bulletin, Metropolitan Life Insurance Company, 1959 (วิชัย ตันไพจิตร, 2521 : 181)

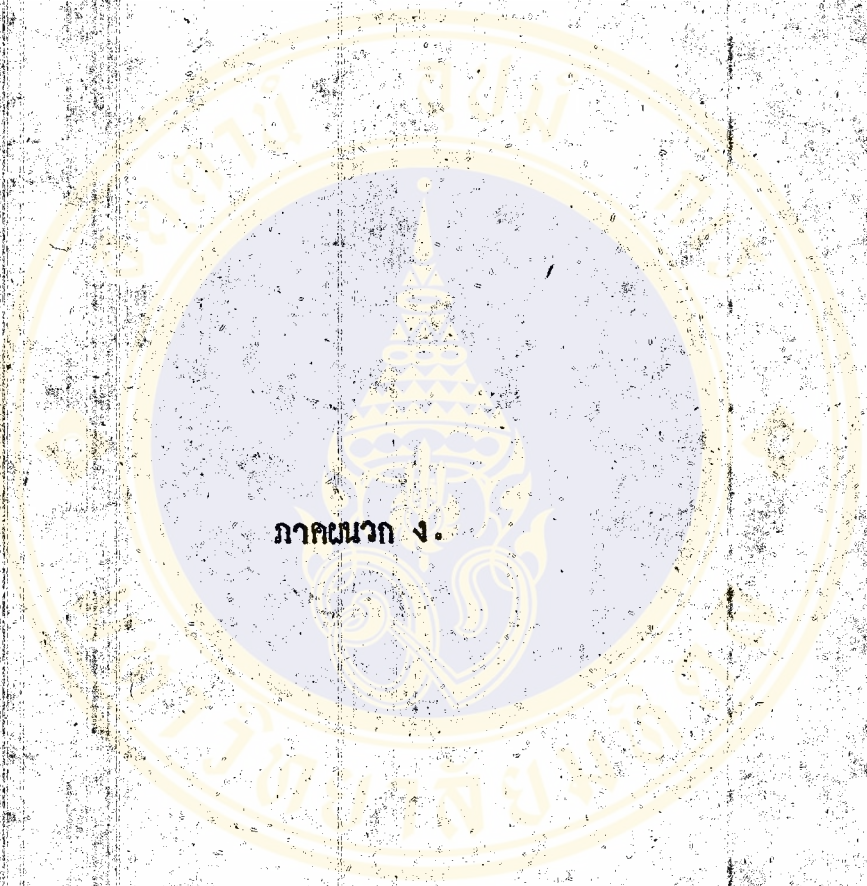
อ. หมายถึง อ้วนเกินเกณฑ์มาตรฐาน



รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม และความตรงของ
เนื้อหาข้อมูลที่มีแบบแผน สำหรับผู้ป่วยผ่าคั่นวในอุ้งน้ำดี

1. รองศาสตราจารย์นายแพทย์เออชัย กาญจนพิทักษ์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ลีโรจน์ กาญจนปัจจุพล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุจินต์ วิจิตรกาญจน์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุนทรี ภาณุทัต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์วิไล พงศ์กระวี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
6. อาจารย์สารินี สร้อยทอง
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



ภาควิชาภาษาไทย

ข้อมูลที่มีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดในอุ้งน้ำที่

จุดประสงค์

เนื้อหาของข้อมูล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับบุคคล สถานที่ สิ่งแวดล้อมใหม่ เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยทราบกฎระเบียบและข้อมูลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อลดความกลัววิตกกังวล สร้างความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัย

เย็นวันก่อนผ่าตัด หลังจากรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมทักทายผู้ป่วยด้วยการเรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงกับเวชระเบียนพร้อมกับแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชักถามความรู้สึก รับฟังปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปที่ผู้ป่วยควรทราบ ได้แก่ กฎระเบียบของโรงพยาบาล และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการพยาบาลตามกิจวัตรประจำวัน

1.1 บุคลากรประจำหอผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล เสมียน คนงาน ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือจากทุกคนที่กล่าวมาได้

1.2 เวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลตามกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกายในตอนเช้าและเย็น เวลาในการพักผ่อนหลับนอน การหายใจ ตามปกติวัดเช้าและเย็น หลังผ่าตัดระยะแรกหรือในกรณีมีไข้วัดทุก 4 ชั่วโมง

1.3 สถานที่จำเป็นในหอผู้ป่วย ได้แก่ ห้องน้ำ ห้องส้วม อยู่ด้านหลังของหอผู้ป่วย โต๊ะข้างเตียง มีไว้สำหรับเก็บของส่วนตัวที่จำเป็นซึ่งผู้ป่วยต้องจัดเตรียมมา เช่น ยาสีฟัน แปรงสีฟัน สบู่ ผ้าเช็ดตัว แป้ง หรือรองเท้าสำหรับเข้าห้องน้ำ

1.4 ห้ามมิให้นำของมีค่ามาเก็บไว้ ถ้าเกิดการสูญหายทางโรงพยาบาลจะไม่รับผิดชอบ ควรเก็บเงินไว้เพียงเล็กน้อยเท่าที่จำเป็น

จุดประสงค์

เนื้อหาของข้อมูล

1.5 ผู้ป่วยที่เบิกการรักษาพยาบาลไม่ต้องแจ้งให้
พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ และนำหลักฐานการเก็บ
เงินต้นสังกัดส่งแผนกการเงิน

1.6 ระเบียบการเยี่ยม หอผู้ป่วยสามัญเวลา
12.00–13.00 น. และ 15.00–18.00 น.
หอผู้ป่วยพิเศษเวลา 7.00–8.00 น., 11.00–13.00 น.
และ 15.00–20.00 น. ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการ
รักษาพยาบาล และให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่

2. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตน
ในระยะก่อนและหลัง
ผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

2. ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด
การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นวิธีที่จะแก้ไขความผิดปกติ
และความรุนแรงของโรค ซึ่งแพทย์ได้พิจารณาแล้วว่า
เป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตภายหลัง
การผ่าตัดได้อย่างปกติสุข ก่อนผ่าตัด 1 วันผู้ป่วยจะได้รับการ
รักษาพยาบาลดังนี้

2.1 เย็นวันก่อนผ่าตัดผู้ป่วยควรอาบน้ำ สระผม
ตัดเล็บให้สั้น ล้างสีทาเล็บออกให้หมด ทั้งนี้เพื่อ
การเปลี่ยนแปลงของสีเล็บในระหว่างการทำผ่าตัด

2.2 เย็นวันก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียม
ความสะอาดบริเวณผิวหนัง โดยโกนขนบริเวณหน้าท้อง
และขี้เย็บ

2.3 คืนวันก่อนผ่าตัด แพทย์จะสั่งยานอนหลับให้
ผู้ป่วย เพื่อคลายความวิตกกังวลและให้พักผ่อนเต็มที่

2.4 หลังเที่ยงคืน ผู้ป่วยจะต้องงดอาหารและน้ำดื่มเพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง เพราะการไถ่ยา ระวังความรู้สึกจะทำให้กลืนเนื้อต่าง ๆ คลายตัว อาจทำให้เกิดการไหลย้อนของเศษอาหารขึ้นมาในหลอดอาหารและตกลงไปก้นทางเกินหายใจ อาจทำให้เกิดอันตรายได้

2.5 คืนวันก่อนผ่าตัด หรือเช้าวันผ่าตัดระหว่างเวลา 5.30-6.00 น. ผู้ป่วยจะได้รับการสวนอุจจาระ เพื่อไม่ให้มีเศษอุจจาระเหลือค้างอยู่ในลำไส้ ป้องกันอุจจาระไหลออกมาขณะผ่าตัด เนื่องจากขณะไถ่ยา ระวังความรู้สึกกลืนเนื้อหยาบ บริเวณทวารหนักจะหย่อนทำให้อุจจาระไหลออกได้และยังเป็นการป้องกันท้องอืดหลังผ่าตัด

2.6 ขณะหึ่งอาหารและน้ำทางปาก ผู้ป่วยจะได้รับการให้น้ำทางหลอดโลหิตคำ เพื่อช่วยให้ร่างกายได้รับน้ำและเกลือแร่ทดแทนได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

2.7 เช้าวันผ่าตัด จะมีเจ้าหน้าที่จากห้องผ่าตัดมารับโดยรถนอน ก่อนไปห้องผ่าตัดผู้ป่วยควรถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย ถ้ามีฟันปลอมให้ถอดออก เพื่อป้องกันฟันปลอมหลุดเข้าไปอุดกั้นทางเกินหายใจ หลังจากนั้นพยาบาลจะให้ยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและหลับสบาย

จุดประสงค์

เนื้อหาของข้อมูล

3. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบ
ข้อมูลเกี่ยวกับการ
รักษาพยาบาลที่จะ
ได้รับ

3. การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับขณะอยู่ในห้องผ่าตัด
3.1 เมื่อเจ้าหน้าที่พาผู้ป่วยไปถึงห้องผ่าตัด ผู้ป่วย
จะได้พบกับเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ ซึ่งแต่งกายด้วยเสื้อผ้า
ชุดสีเขียว สวมหมวกผ้า หลังจากผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยน
เสื้อผ้าเป็นชุดสีเขียวแล้ว จะมีเจ้าหน้าที่นำผู้ป่วยไปรอ
หน้าห้องผ่าตัด ขณะนี้ผู้ป่วยจะง่วงนอน อยากหลับ ซึ่ง
เป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย

3.2 แพทย์จะใส่สายยางเข้าสู่กระเพาะอาหาร
เพื่อดูดเอาสิ่งขับหลั่งและน้ำย่อยออกจากกระเพาะอาหาร
ขณะใส่สายยางให้ผู้ป่วยก้มคางลงเล็กน้อย และช่วยกลืน
ผู้ป่วยจะรู้สึกว้าคางบ้างเล็กน้อย แพทย์จะใส่สายยางนี้
ไว้ประมาณ 1-2 วัน ผู้ป่วยไม่ควรหายใจทางปากและ
ควรกลืนคอกด้วยน้ำอุ่นเพื่อช่วยให้เยื่อภายในลำคอและ
ปากชุ่มชื้น ช่วยให้สบายขึ้น

3.3 เมื่อถึงเวลาผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูกนำเข้าไป
ในห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ให้ยาระงับความรู้สึก ช่วย
ให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวดตลอดระยะเวลาที่ผ่าตัด เมื่อ
การผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้ป่วยจะค่อย ๆ รู้สึกตัวและ
ถูกนำมาที่ห้องพักฟื้นซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของห้องผ่าตัด ใน
ระหว่างนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์
และพยาบาล หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดจะนำ
ผู้ป่วยกลับมาห่อผู้ป่วยเก็บ และจะได้รับการดูแลอย่าง
ใกล้ชิดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยซึ่งมีความชำนาญ
เฉพาะทางด้านศัลยกรรม

3.4 ในระยะแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูกจัดให้นอนราบตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันการดำลักอาเจียนตกลงไปอุดตันทางเดินหายใจ

3.5 ผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องส่วนบนตามแนวเฉียงใต้ชายโครงขวา หรือแนวตั้งตรงกลาง สะท้อง อาจมีสายยางต่อจากแผลผ่าตัด เพื่อระบายเลือดและน้ำเหลืองที่คั่งค้างจากแผลผ่าตัด สายยางนี้จะถูกทิ้งออกประมาณวันที่ 2-3 หลังผ่าตัด แผลผ่าตัดเป็นแผลสะอาดปกติจะปิดไว้จนกระทั่งจะตัดไหมเป็นเวลา 7-10 วัน นอกจากนี้ในรายที่สงสัยว่าแผลมีการติดเชื้อหรือแผลสกปรก จะได้รับการทำความสะอาดแผลทุกวันหรือบางรายจะเปิดแผลในวันที่ 3 หรือ 4 และได้รับการทำความสะอาดแผลทุกวันจนถึงวันที่ 7 จึงจะตัดไหม ในรายที่อ้วนมาก อาจรอถึงวันที่ 10 จึงจะตัดไหม

3.6 ในระยะแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องงดอาหารและน้ำทางปาก เนื่องจากระบบทางเดินอาหารยังไม่สามารถทำงานตามปกติ ในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะได้รับอาหารและสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนกว่าระบบทางเดินอาหารจะเริ่มทำงาน จึงจะให้อาหารเป็นน้ำซุสได้ ซุปข้น และเปลี่ยนเป็นอาหารอ่อนย่อยง่ายและอาหารธรรมดา ตามลำดับ

3.7 ความเจ็บปวดเป็นภาวะปกติที่พบได้ในระยะหลังผ่าตัดในผู้ป่วยทุกรายเมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวดแสบให้บอกพยาบาล เพื่อขอยาแก้ปวดได้ทุก 4-6 ชั่วโมงหลังจากได้ยา ผู้ป่วยจะรู้สึกทุเลาปวดและพักได้มากขึ้น ความเจ็บปวดเป็นกลไกการป้องกันของร่างกายอย่างหนึ่งหรืออาจมีสาเหตุจากจิตใจ อันได้แก่ ความเครียด กลัววิตกกังวล ซึ่งผู้ป่วยสามารถจะบรรเทาความเจ็บปวดได้โดย

3.7.1 ควรเปลี่ยนท่านอนเป็นตะแคงซ้าย ขวามือขวา เพราะการนอนท่าเดียวนาน ๆ จะทำให้กล้ามเนื้อเมื่อยล้าและตึง ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น

3.7.2 ควรทำจิตใจให้สบาย พูกระบายปัญหา หรือสิ่งที่วิตกกังวลให้พยาบาลทราบ จะช่วยผ่อนคลายความเครียด ซึ่งเป็นสิ่งส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดแสบผ่าตัด ผู้ป่วยอาจเบนความสนใจไปสู่สิ่งที่ชอบและพอใจ เช่น ฟังเพลง พูดคุยกับผู้อื่น เอาใจใส่ต่อความเจ็บปวดให้น้อยลง

3.7.3 ขณะไอ ลุกนั่ง ยืน เดิน ควรใช้มือประคองบริเวณบาดแผล จะช่วยลดอาการปวดในขณะเคลื่อนไหว

จุดประสงค์	เนื้อหาของข้อมูล
4. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด	4. การปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด 4.1 การบริหารร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอดและระบบการไหลเวียนโลหิต ผู้ป่วยควรบริหารร่างกายตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและปฏิบัติเป็นประจำภายหลังการผ่าตัดดังนี้ ท่าที่ 1 นอนหงายราบ ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นทางด้านหน้าเลยไปอยู่เหนือศีรษะพร้อมกับสูดหายใจเข้าลึก แล้วยกแขนกลับมาวางแนบลำตัวพร้อมกับผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ ทำเช่นนี้ประมาณ 3-5 ครั้ง ท่าที่ 2 นอนหงายราบ ยกแขนทั้งสองข้างเหยียดตรงไปด้านหน้าแล้วหมุนแขนไปด้านหลังเรื่อยมาถึงด้านหลัง ทำซ้ำ ๆ ประมาณ 3-5 ครั้ง ท่าที่ 3 นอนหงายราบ ปลายเท้าตั้งตรงพยายามกระดกนิ้วเท้าขึ้นให้มากที่สุด แล้วก้มปลายเท้าลงพร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อขาพร้อมควย ทำเช่นนี้ประมาณ 3-5 ครั้ง ท่าที่ 4 นอนหงายราบ ชันเข่าขึ้นแล้วเหยียดตรง ทำสลับกันทีละข้าง ๆ ละ 3-5 ครั้ง ท่าที่ 5 นอนหงายราบ ยกปลายเท้าขึ้นหมุนข้อเท้าเป็นวงกลมทีละข้าง หมุนเข่าด้านใน 3-5 ครั้ง หมุนออกด้านนอก 3-5 ครั้ง

4.2 การหายใจลึกเป็นการช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ช่วยเพิ่มเนื้อที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้อากาศก็เข้าสู่ถุงลมปอดและนำเอาอากาศเสียออกจากถุงลมปอด และเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตในปอด การฝึกหายใจลึก ๆ ปฏิบัติดังนี้

- ก. นอนหงายราบ ชันเข้าทั้งสองข้าง
- ข. ผู้ป่วยวางมือไว้ที่หน้าอกและท้องเพื่อตรวจสอบว่า สามารถหายใจได้ถูกต้องหรือไม่
- ค. สูดหายใจลึก เข้าทางจมูกจนหน้าท้องโป่ง หน้าอกเคลื่อนไหว ช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่
- ง. ผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ ทางปากโดยห่อปากเป่าลมออก

4.3 การไออย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยควรไอให้ถูกวิธีทุกครั้ง เมื่อรู้สึกมีเสมหะ โดยฝึกหัดปฏิบัติดังนี้

- ก. ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน โดยไขว้เท้าเตี้ยงให้สูง 30-45 องศา

ข. กอนไอ หายใจเข้าออกลึก ๆ 4-5 ครั้ง แล้วสูดหายใจเข้าเต็มที่ ใช้มือหรือหมอนวางบนบริเวณสะดือ ตัก หรือใช้ผ้าพันช่วยรัดหน้าท้อง เพื่อช่วยพยุงปอดและลดความเจ็บปวด ป้องกันแผลแยก หายใจออกทางปากและไอออกมาแรง ๆ ให้รู้สึกว่หน้าอกมีการเคลื่อนไหว

4.4 การพลิกตะแคงตัว และการเคลื่อนไหวร่างกาย การนอนท่าเดียวกันนาน ๆ จะทำให้เกิดแผลเสียดที่ผู้ป่วยอย่างมาก เช่น ทำให้มีเสมหะคั่งค้างในปอด ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ เลือด น้ำเหลือง หรือสิ่งคั่งค้างจากบาดแผลระบายออกไม่สะดวก การไหลเวียนของโลหิตไม่ดี มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย ฉะนั้นภายหลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยควรเปลี่ยนท่านอนหรือพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ภายหลังจากที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว และเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว ควรลุกนั่ง ยืน เดิน โดยระยะแรกผู้ป่วยอาจขอความช่วยเหลือจากพยาบาล และญาติในการช่วยประคอง ประคอง และเมื่อแข็งแรงขึ้นให้พยายามทำด้วยตนเอง ให้มากที่สุด

4.5 การฝึกพลิกตะแคง ลุกนั่ง ยืน เดิน

4.5.1 เมื่อจะพลิกตัวไปทางซ้าย ให้ใช้มือขวาจับที่กันเตียง ชันเข้าทั้งสองข้าง ขยับกันและลำตัวมาด้านขวาชิดขอบเตียง แล้วขอชาขวาพาดลงบนขาซ้าย พลิกตะแคงตัวมาด้านซ้าย

4.5.2 เมื่อจะพลิกตัวไปด้านขวาให้ใช้มือขวาจับที่กันเตียง ชันเข้าทั้งสองข้าง ขยับกันและลำตัวมาด้านขวาชิดขอบเตียง แล้วขอขาซ้ายพาดลงบนขาขวา พลิกตะแคงตัวมาด้านขวา

ผู้ป่วย ควรนอนตะแคงซ้าย
 ขวาสลับกันทุก 1-2 ชั่วโมง โดยพยายามนอน
 หายใจน้อยที่สุด การนอนตะแคงทับแผลผู้ป่วย
 อาจรู้สึกเจ็บปวดในระยะแรกเท่านั้น ต่อมา
 อาการปวดจะทุเลาลง การนอนตะแคงด้านที่มี
 แผลจะช่วยให้สิ่งขับหลั่งต่าง ๆ จากแผล ไถ่แก
 เลือก น้ำเหลือง ไหลออกได้สะดวก ช่วย
 ให้แผลหายเร็วขึ้น

4.5.3 หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง คือ
 ในเช้าวันรุ่งขึ้น ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ
 ผู้ป่วยควรลุกนั่งบนเตียง ก่อนลุกนั่งผู้ป่วยควร
 ให้พยาบาลช่วยไขหัวเตียงสูงประมาณ 30-40
 องศา การลุกนั่งแบบตะแคงจะทำให้เจ็บแผล
 น้อยที่สุด ระยะแรก ผู้ป่วยควรลุกนั่งโดยมี
 พยาบาล หรือญาติคอยให้ความช่วยเหลืออยู่ใกล้ ๆ
 เพราะผู้ป่วยอาจอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ หรือ
 อาจเป็นลมได้ ถ้าเปลี่ยนท่าเร็วเกินไป

ถ้าเกาข้อข้างเตียงอยู่ด้าน
 ขวามือ ให้ผู้ป่วยขยับตัวมาด้านขวา งอเข่า
 ซ้ายพาดลงบนขาขวา เลื่อนแขนซ้ายมาจับขอบ
 ที่นอนด้านขวา เลื่อนแขนเท้าทั้งสองข้างลงจาก
 ขอบเตียง เพื่อช่วยให้น้ำหนักขาถ่วงและทิ้ง

ลำตัวขึ้นไถ่กาย ไข่มือกัวและข้อศอก กตที่นอน ยกศีรษะ และไหลขึ้นโดยให้น้ำหนักตกลงบนมือซ้ายและข้อศอกขวา แล้วเลื่อนมือซ้ายกลับมารับน้ำหนักตัวบริเวณตะโพกซ้ายแทน หลังจากนั้นขยับตัวให้ทรงตัวได้ดี วางมือทั้งสองข้างไว้ ใกล้ตะโพกนั่งหอยขา แกว่งขาขึ้นลงสลับข้าง ทำประมาณ 3-5 ครั้ง การบริหารข้อเท้าให้หมุนข้อเท้าเข้าด้านใน และออกด้านนอก ทำสลับข้าง ทุละ 3-5 ครั้ง

ถ้าเกือข้างเคียงอยู่ด้านซ้ายมือ ให้ผู้ป่วยขยับตัวมาด้านซ้าย งอเข่าขวาพาดลงบนขาซ้าย เลื่อนแขนขวามาจับขอบที่นอนด้านซ้าย เลื่อนขมเท้าทั้งสองข้างลงจากขอบเตียง เพื่อช่วยให้น้ำหนักขาช่วยถ่วง และกึ่งลำตัวขึ้นไถ่กาย ไข่มือกัวและข้อศอกกตที่นอน ยกศีรษะและไหลขึ้น โดยให้น้ำหนักตกลงบนมือขวาและข้อศอกซ้าย แล้วเลื่อนมือขวากลับมารับน้ำหนักบริเวณ ตะโพกขวาแทน หลังจากนั้นขยับตัวให้ทรงตัวได้ดี นั่งหอยขา แกว่งขาขึ้นลงสลับข้าง ทำประมาณ 3-5 ครั้ง การบริหารข้อเท้าให้หมุนข้อเท้าเข้าด้านในและออกด้านนอก ทำสลับข้าง ทุละ 3-5 ครั้ง

การบริหารแขน ยกแขนทั้งสองข้าง ขึ้นระดับไหล่ งอข้อศอกทั้งสองข้างให้ปลายนิ้วชนกัน กันข้อศอกไปด้านหลังให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำประมาณ 3-5 ครั้งแล้วหุบแขนลง

หลังจากนั้นให้ขยับตัวลุกขึ้นยืน และ
 เกล็นควรวินลำตัวตรง ทรงตัวให้ถี่ ใช้นิ้วข้างหนึ่งพุง
 แฉกไว้ข้างหนึ่ง เขี่ยขางลำตัว ค่อย ๆ เกล็นรอบ ๆ
 เติ่ง ค่อยมาเกล็นให้ไกลเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

วันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

5. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ
 ดูแลตนเองและปฏิบัติ
 ตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
 ได้อย่างถูกต้อง

5. การปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

5.1 แผลผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์อนุญาตให้
 กลับบ้านได้โดยยังไม่ได้ตัดไหม ต้องระวังอย่าให้แผล
 เปียกน้ำ ถ้าสังเกตเห็นว่าแผลผ่าตัดมีการอักเสบ มี
 น้ำเหลืองซึมออกจากแผล ให้มาพบแพทย์ก่อนถึงเวลานัดได้

5.2 การมาตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยควรมาตรวจ
 ตามแพทย์นัด เพื่อติดตามผลการรักษา แต่หากมีอาการ
 ผิดปกติ หรือถ้ามีปัญหาให้มาตรวจก่อนถึงเวลานัด

5.3 การรับประทานยาผู้ป่วยบางรายภายหลังการ
 ผ่าตัดจะได้รับยาปฏิชีวนะเป็นยาลดและเปลี่ยนเป็นชนิด
 รับประทาน ยาที่เหลือจะให้ผู้ป่วยนำกลับไปรับประทาน
 ต่อที่บ้าน เมื่อหมดแล้วไม่ต้องซื้อรับประทานเอง ให้หยุดยา
 ได้ ส่วนยาแก้ปวดควรใช้เมื่อจำเป็นและในขณะที่กระเพาะ
 อาหารไม่ว่าง หรือดื่ม น้ำมาก ๆ ผู้ป่วยบางรายอาจ
 ใ้ยาช่วยย่อยอาหารกลับไปรับประทานต่ออีกกระยะหนึ่ง

จุฬารัตน

เนื้อหาของข้อมูล

5.4 การรับประทานอาหาร ควรหลีกเลี่ยงการ
รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ๆ ต่ออีก อย่างน้อย
3 เดือน หลังจากนั้นรับประทานได้ตามปกติ
ผู้ป่วยไม่ควรนอนทันทีหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ ๆ
ควรมีกิจกรรมเช่น นั้งหรือเดินสักครู่นึง

5.5 การพักผ่อนที่บ้านในระยะหลังผ่าตัดใหม่ ๆ
ควรหลีกเลี่ยงการยกของหนัก ๆ หรือออกแรงมาก
เกินไป หลังจาก 6 สัปดาห์ไปแล้วทำงานตามปกติ

