



ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด  
Patients' Pre-operative Anxiety and Information Needs



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2534

ISBN 974-586-998-8

สงวนลิขสิทธิ์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ชวรัตน์ หาด.....

ชนิษฐา นาคะ

ผู้วิจัย

สมานต์ กิ่งหอม.....

สุภาณี วศินอมร, วท.บ. (พยาบาล), M.S.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

เยาว์จันทน์ เลาหะจินดา.....

เยาว์ลักษณ์ เลาหะจินดา, วท.บ. (พยาบาล),

ค.ม. (บริหารการพยาบาล)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

สมจิต ทนุเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา

สาขาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้พิมพ์เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 5 มีนาคม 2534

.....  
ชื่อนามสกุล นาคะ

.....  
ชื่อนามสกุล นาคะ

.....  
ผู้วิจัย

.....  
สไปณี วดีนอมร, วท.บ. (พยาบาล), M.S.

.....  
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
เยาวลักษณ์ เลาะห์จินดา, วท.บ. (พยาบาล),

.....  
ค.ม. (บริหารการพยาบาล)

.....  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
สมจิต หน้เจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

.....  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S.,

.....  
F.R.C.P., F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.ว.

.....  
คณบดี

.....  
คณบดี

.....  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

.....  
มหาวิทยาลัยมหิดล

.....  
.....

.....  
มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

.....  
คณบดี

.....  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวนิษฐา นาคะ
วัน เดือน ปี เกิด	9 ตุลาคม 2503
สถานที่เกิด	จังหวัดพัทลุง
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2526
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถ และช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์สุภาณี วตินอมร และผู้ช่วยศาสตราจารย์เขาวลัักษณ์ เลาหะจินดา อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ เสนอแนะข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ และช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ และผู้ช่วยศาสตราจารย์สมพร ชินโนรส ที่ได้ให้คำแนะนำและกำลังใจมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงของแบบประเมินความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ขอขอบพระคุณพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ รวมทั้งผู้ป่วย ในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชายและหญิง จักษุชาย จักษุหญิง และหอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลรามธิบดีทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โครงการบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีทุกท่าน รวมทั้งเพื่อนนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท รุ่นที่ 13 ทุกคน ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือมาโดยตลอด

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และพี่ๆทุกคน ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนด้วยดีเสมอมา

ชนิษฐา นาคะ

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
ผู้วิจัย	ชนิษฐา นาคะ
ปริญญา	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	สุภาณี วคินอมร, วท.บ.(พยาบาล), M.S. เยาวลักษณ์ เลาะห์จินดา, วท.บ.(พยาบาล), ค.ม.(บริหารการพยาบาล)
วันที่สำเร็จการศึกษา	5 มีนาคม พ.ศ. 2534

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่อกิ่ง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ในโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 120 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง ความวิตกกังวลวัดโดยแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง และความวิตกกังวลขณะเผชิญของสไปล์เบอร์เกอร์และคณะ (1970) ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดวัดโดยแบบประเมินความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยผลการวิจัยของคอดอร์ (1969) และเพ็ญเตอร์ (1974)

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัดในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ แต่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูง ความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความวิตกกังวลแฝงมีแนวโน้มจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด แต่ความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ และการศึกษาแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยที่มีอายุ 21-40 ปี มีความวิตกกังวลแฝง และความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61-80 ปี และผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง มีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณช่อกิ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการวินิจฉัยโรคแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแฝง และความวิตกกังวล

ขณะเผชิญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง มีความต้องการข้อมูลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ การศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และบริเวณผ่าตัดแตกต่างกัน มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมากเป็นอันดับหนึ่งคือ หมวดการฟื้นฟูสภาพ





different in trait and state anxiety. Female had higher trait and state anxiety than male. Patients whose age between 21-40 years had higher trait and state anxiety than those at the age 61-80 years. But those who had only elementary education or lower had higher trait anxiety than those who had higher education. And those who had surgery of the female-reproductive organs also had significantly higher trait anxiety than those who had abdominal surgery. It was found that those who were differences in economic problems, previous surgical experiences and diagnosis had no significant difference in both trait and state anxiety. Pre-operative information needs among cancer patients was significant higher than non-cancer patients, but no significant differences were found among the patients who had difference in sex, age, educational level, economic problem, previous surgical experience, and operative site. The information concerning rehabilitation was needed the highest by the patients.

## สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิรูป	ซ
<b>บทที่ 1 บทนำและกรอบทฤษฎี</b>	
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
กรอบทฤษฎี	2
วัตถุประสงค์	9
คำถามการวิจัย	10
ขอบเขตของการศึกษา	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	11
ข้อตกลงเบื้องต้น	11
นิยามคำศัพท์	11
<b>บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม</b>	
ความหมายของความวิตกกังวล	12
ชนิดของความวิตกกังวล	13
การแสดงออกเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล	14
ระดับของความวิตกกังวล	14
ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	15
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล	16
ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด	19
สรุปการทบทวนวรรณกรรม	21

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	22
การเก็บรวบรวมข้อมูล	25
การวิเคราะห์ข้อมูล	26
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	27
การอภิปรายผล	41
ข้อจำกัดในการวิจัย	46
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
ผลการวิจัย	48
ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล	50
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	50
บรรณานุกรม	51
ภาคผนวก	60
ก การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย	61
ข แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล	62
ค แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ	63
ง แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง	65
จ แบบประเมินความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด	67
ฉ ข้อมูลแสดงคะแนนความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้	70
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	75

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	28
2	คะแนนรวมของความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัด	30
3	คะแนนรวมของความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด	32
4	คะแนนความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย	33
5	เปรียบเทียบความวิตกกังวลแฝงก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีเพศ ปัญหา ค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการ วินิจฉัยโรคแตกต่างกันด้วย t-test	35
6	เปรียบเทียบความวิตกกังวลแฝงในผู้ป่วยที่มีอายุ การศึกษา และ บริเวณผ่าตัดแตกต่างกันด้วย ANOVA	36
7	เปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีเพศ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันด้วย t-test	37
8	เปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยที่มีอายุ การศึกษา และบริเวณผ่าตัดแตกต่างกันด้วย ANOVA	38
9	เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีเพศ ปัญหา ค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการ วินิจฉัยโรคแตกต่างกันด้วย t-test	39
10	เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอายุ การศึกษา และบริเวณผ่าตัดแตกต่างกันด้วย ANOVA	40

สารบัญแผนภูมิรูป

รูปที่

1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา



บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การอยู่โรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้บ่อย (Bysshe 1988: 36) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยศัลยกรรมมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยอายุรกรรม (Cochran cited in Swindale 1989: 899) โดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอาจมีสาเหตุจากความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ที่จะเผชิญ ไม่ได้รับข้อมูลที่ต้องการ รู้สึกสิ้นหวัง กลัวความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน หมดสมรรถภาพ นิกการ สูญเสียภาพลักษณ์ เป็นมะเร็ง กลัวตาย กลัวว่าดมยาสลบแล้วจะไม่ฟื้น ต้องพาราจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด กลัวสูญเสียหน้าที่การงาน มีปัญหาเศรษฐกิจ หรือเคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อน (Beland & Passos 1981: 485 ; Carnevali 1966: 1537 ; Cawley, et al. 1990: 93 ; Graham & Conley 1971: 121 ; Rakoczy 1977: 281)

นยามาติและคาชิวาบารา (Nyamathi & Kashiwabara 1988: 168) ศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรมพบว่า ความสามารถในการใช้สติปัญญาจะลดลงเมื่อความวิตกกังวลสูงขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลและการประเมินด้วยสติปัญญา มีความสัมพันธ์ผกผันกัน การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตามความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดหวังเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง ช่วยลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้สติปัญญาในการประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น (Auerbach, et al. 1983: 1290)

จอห์นสันพบว่า การได้รับข้อมูลที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยคาดหวังเหตุการณ์เกินจริงและเกิดความเครียด (Johnson 1973: 269) ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ การเต้นของหัวใจผิดปกติ มีการตั้งของโซเดียมและน้ำทำให้การทำงานของหัวใจเลวลง มีการหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) ซึ่งขัดขวางการหายของแผล และทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น (Clark 1987: 670-674)

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลควรตระหนัก แต่จากการศึกษาพบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการกับข้อมูลที่พยาบาลให้ไม่ตรงกันและไม่เพียงพอ (เข่าวลักษณ์ ฤทธิสรไกร 2522: 3-4 ; ปิยะรัตน์ ภัทรภูวาล 2532: ก-ข) เนื่องจากแพทย์หรือพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยยึดถือทฤษฎีที่เรียนมาเป็นเกณฑ์โดยไม่คำนึงถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย (Dodge 1972: 1852-1853)

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลมากน้อยเท่าใด ตลอดจนมีข้อมูลอะไรบ้างที่ผู้ป่วยสลับกรรรมต้องการ โดยเฉพาะในระยะ 1 วันก่อนผ่าตัด เพื่อนำไปประเมินสถานการณ์ที่จะเผชิญ และช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นให้น้อยลง

### กรอบทฤษฎี

เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ชนิดหนึ่งของความเครียด (Cox 1976: 27) และความวิตกกังวลเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเมื่อความปลอดภัยในสวัสดิภาพของบุคคลถูกคุกคาม (Spielberger 1966: 11) ผู้วิจัยจึงใช้ความวิตกกังวลในความหมายของความเครียด โดยใช้ทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการเผชิญ ของลาซารัสและคณะ (Lazarus & Launier 1978 ; Lazarus & Cohen 1983 ; Lazarus & Folkman 1984) เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้

ทฤษฎีความเครียด การประเมิน และการเผชิญ ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่สำคัญ 5 ประการ คือ 1. ความเครียด (Stress) 2. การประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive appraisal) 3. การเผชิญความเครียด (Coping) 4. การประเมินซ้ำ (Reappraisal) และ 5. การปรับตัว (Adaptation)

ความเครียด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม เป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ความเครียดเกิดขึ้นเมื่อความต้องการ (Demands) และแหล่งประโยชน์ (Resources) ไม่สมดุลกัน

ความต้องการ ประกอบด้วยความต้องการที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม (Environmental demands) ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ภายนอกที่ต้องการการปรับตัว ถ้าล้มเหลวที่จะปรับตัวจะเกิดผลในทางลบ และความต้องการภายใน (Internal demands) ซึ่งหมายถึงเป้าหมายคุณค่า ความผูกพัน โครงการหรืองานที่บุคคลต้องการ ถ้าถูกขัดขวางจะเกิดผลในทางลบเช่นกัน

แหล่งประ โยชน์ ประกอบด้วยคุณสมบัติของระบบที่มีศักยภาพหรือความสามารถที่จะช่วยให้บรรลุนความต้องการ และช่วยป้องกันผลในทางลบที่จะเกิดขึ้น

ความเครียดมี 3 ระดับ คือ 1. ระดับจิตใจ (Psychological level) เป็นความรู้สึกด้วยตนเองว่ามีความเครียด โดยบุคคลนั้นอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวว่าตนเองตกอยู่ในภาวะอันตราย 2. ระดับสังคม (Social level) เป็นความเครียดที่เกี่ยวข้องกับความต้องการจากทั้งภายในและภายนอก ที่บุคคลนั้นต้องดึงแหล่งประ โยชน์ของระบบสังคมมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ซึ่งโดยปกติแหล่งประ โยชน์นี้ไม่ถูกนำมาใช้ 3. ระดับร่างกาย (Somatic level) เป็นความเครียดที่เกิดจากความต้องการของร่างกายเมื่อเผชิญกับความร้อน ความเย็นที่เกินกำลังของระบบเนื้อ เยื่อที่มี

ความเครียดทั้ง 3 ระดับนี้เชื่อมโยงกันด้วยการประเมินด้วยสติปัญญาของบุคคล

การประเมินด้วยสติปัญญา เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ในการพิจารณาตัดสินความสำคัญของเหตุการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการประเมินที่เน้นตรงความหมายหรือความสำคัญของเหตุการณ์ และเกิดขึ้นตลอดเวลาที่มนุษย์ตื่นอยู่ การประเมินด้วยสติปัญญา มี 2 อย่าง คือ

1. การประเมินชนิดปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญของเหตุการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของตนเอง การประเมินตัดสินถึงความสำคัญนี้จะมี 3 ลักษณะ คือ

1.1. ไม่มีความสำคัญ (Irrelevant) คือการที่บุคคลได้พิจารณาว่าเหตุการณ์นั้น ไม่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับสวัสดิภาพของตนเอง

1.2. มีผลทางบวก (Benign positive) เป็นการพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้น มีผลในทางบวกต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งบุคคลนั้นสามารถผ่อนคลายและหัน ไปสนใจในเรื่องอื่น

ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น หรือไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว

1.3. ประเมินว่าเป็นความเครียด (Stressful) เป็นการพิจารณาตัดสินว่า ในเหตุการณ์นั้นบุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่ หรือเหตุการณ์นั้นเกินกำลังที่จะใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดนั้นจะมี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1. เป็นอันตรายและการสูญเสีย (Harm/Loss) หมายถึง การประเมินว่าเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุเกิดการบาดเจ็บ ซึ่งเห็นแล้วว่ ขาหักหรือถูกตัดขา

1.3.2. คุกคาม (Threat) เป็นอันตรายหรือการสูญเสียที่ยังไม่เกิดขึ้น แต่คาดว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งในกรณีความเจ็บป่วยอาจมีทั้งอันตราย การสูญเสีย และคุกคาม ผสมผสานกันอยู่ เช่น ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุถูกตัดขา นอกจากจะประเมินว่าตนเองเป็นอันตราย และสูญเสียขาไปแล้ว ยังประเมินว่าเหตุการณ์นี้คุกคามต่อการสูญเสียหน้าที่การงานและศักยภาพ ในชีวิต เป็นต้น

1.3.3. ท้าทาย (Challenge) ตรงข้ามกับคุกคาม คืออาจจะพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นอันตราย แต่มีทางที่จะควบคุมได้ หรือให้ประโยชน์ มีเดิมนั้น ทำให้มีขวัญ และกำลังใจดี

2. การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินระหว่าง ประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ในการประเมินทุติยภูมิผู้ประเมินจะตั้งคำถาม ว่า " โอกาสที่จะสำเร็จมีมากน้อยเพียงใด? ผลที่จะตามมาจากสิ่งที่พึงปรารถนามีอะไรบ้าง? " การประเมินทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินปฐมภูมิ อาจเกิดพร้อมๆกันก็ได้

การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความต้องการ ที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม หรือจากภายในซึ่งต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่เกินธรรมดาและเป็นกระบวนการ เช่น เอาชนะ อดทน หรือทำให้เป็นเรื่องเล็ก การเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 2 วิธีการ คือ

1. มุ่งแก้ปัญหา (Problem focus) เป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนเหตุการณ์ ที่คิดว่าเป็นความเครียดให้ดีขึ้น เป็นการจัดการกับแหล่งของความเครียด

2. มุ่งที่การปรับอารมณ์ให้คลายทุกข์ (Emotional focus) เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึกเครียด เพื่อไม่ให้ทำลายขวัญและลดประสิทธิภาพการทำงานที่ของตนเองลง

ไม่ว่าจะเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหาหรือปรับอารมณ์ให้คลายทุกข์ บุคคลสามารถกระทำได้ 5 แบบ คือ

1. การแสวงหาข้อมูล (Information seeking) เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหา และหาทางออกที่จะจัดการกับปัญหานั้นๆ พยายามศึกษาลักษณะของความเครียด เพื่อจะหาความรู้ประกอบการตัดสินใจเพื่อเผชิญความเครียดหรือเพื่อการประเมินซ้ำ
2. การกระทำโดยตรง (Direct action) เป็นการกระทำ (ไม่ใช่ความนึกคิด) เพื่อที่จะจัดการกับความเครียด
3. การหยุดการกระทำ (Inhibition of action) ตรงข้ามกับการกระทำโดยตรง คือ ไม่ทำอะไรเลย หยุดการกระทำที่คิดว่าจะเป็นอันตราย
4. การใช้กลไกทางจิต (Intrapsychic) เป็นกระบวนการนึกคิดที่ต้องการปรับอารมณ์ความรู้สึกให้ดีขึ้น ประเมินสถานการณ์ใหม่ เบี่ยงเบนความสนใจ รวมทั้งการใช้กลไกในการป้องกันตนเอง (Defense mechanism) ทั้งหมด
5. การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง

การที่บุคคลจะเลือกใช้วิธีใดในการเผชิญความเครียดนั้น ขึ้นอยู่กับ

1. ระดับของความรู้สึกไม่แน่นอน (Degree of uncertainty) เป็นสิ่งที่ไม่อาจคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นเมื่อใด เมื่อเป็นเช่นนี้บุคคลมักจะลดการกระทำโดยตรงเพื่อจัดการกับความเครียด และเพิ่มการแสวงหาข้อมูล แต่ถ้ามล็ดเลวก็อาจใช้กลไกทางจิตในการเผชิญความเครียดนั้น
2. ระดับความรุนแรงของการถูกคุกคาม (Degree of threat) ถ้าเหตุการณ์นั้นน่าตกใจกลัวมาก อาจเพิ่มความสิ้นหวัง วิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้ อาจเป็นการใช้กลไกทางจิต หรือการหยุดการกระทำ
3. ข้อขัดแย้ง (Conflict) วิธีการเผชิญความเครียดที่นิยมใช้คือการ ใช้กลไกทางจิต หรือการหยุดการกระทำ
4. ความรู้สึกหมดสิ้นหนทางที่จะช่วยเหลือได้ (Helplessness) ถ้าหากบุคคลประเมินว่าอันตรายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนั้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำอะไรไม่ได้ ต้องยอมรับ หรือปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ บุคคลนั้นจะรู้สึกหมดสิ้นหนทางที่จะช่วยเหลือได้ และอาจจะรู้สึกสิ้นหวังร่วมด้วย วิธีเผชิญความเครียดที่ใช้คือการหยุดการกระทำใดๆ

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินและเผชิญความเครียด ประกอบด้วย 2 ส่วน ที่มีความสัมพันธ์กันคือ

### 1. องค์ประกอบด้านบุคคล (Personal factors)

1.1. สัญญา (Comitments) เป็นข้อตกลงที่บุคคลให้ไว้กับตนเอง จะผูกมัดให้ต้องรับผิดชอบและปฏิบัติตาม เมื่อต้องประเมินเหตุการณ์ที่ขัดแย้งกับข้อตกลงที่มีอยู่ บุคคลจะมีความเครียดมากขึ้น

1.2. ความเชื่อ (Beliefs) และค่านิยม (Value) บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ไปตามความเชื่อและค่านิยมที่มีอยู่

1.3. ประสบการณ์ในอดีต (Past experience)

1.4. สติปัญญา (Intellectual)

1.5. วุฒิกวาระ (Maturation)

1.6. คุณสมบัติพื้นฐาน (Properties)

### 2. องค์ประกอบด้านเหตุการณ์ (Situational factors)

2.1. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งแรก (Novelty) ประสบการณ์ที่แปลกใหม่และได้รับเป็นครั้งแรกจะก่อให้เกิดความเครียดเมื่อมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิมที่เป็นอันตราย เพราะบุคคลใช้ประสบการณ์เดิมประเมินเหตุการณ์ใหม่ที่กำลังเผชิญ แต่ถ้าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งใหม่จริงๆ บุคคลจะประเมินโดยไม่คำนึงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นเลย

2.2. เหตุการณ์ที่คาดหวังว่าเป็นผลเสีย (Predictability) ยิ่งบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นจะก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองมากเท่าใด บุคคลจะรู้สึกสิ้นหวังและพยายามหลีกเลี่ยง

2.3. ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ (Event uncertainty) ในเหตุการณ์ที่มีความไม่แน่นอนสูง บุคคลจะสับสนและรู้สึกหมดสิ้นหนทางที่จะช่วยเหลือ

การประเมินซ้ำ เป็นการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจเดิม หรือมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมใหม่ มีข้อมูลใหม่ ก่อให้เกิดการป้อนกลับใน 2 รูปแบบ คือ 1. ได้ข้อมูลใหม่ เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง 2. มีการประเมินใหม่ ซึ่งมีผลลดความเครียดได้มากกว่าการประเมินในครั้งแรก

การปรับตัว เป็นผลลัพธ์ของการเผชิญความเครียด มี 3 ด้าน คือ

1. ด้านสรีรภาพ (Physiological perspective) ส่งผลในระยะสั้นและระยะยาวต่อสุขภาพและการเกิดโรค
2. ด้านจิตใจ (Psychological perspective) ส่งผลต่อขวัญ (morale) ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ การกระทำ หรือความผิดปกติทางจิต .
3. ด้านสังคม (Social perspective) ดูจากประสิทธิภาพของการทำหน้าที่ เช่น ทำงานได้ปกติ มีส่วนร่วมในสังคมได้ดี ติดต่อและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น หรือยังคงมีประโยชน์ต่อสังคม

แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด (Coping resources) วิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียด ขึ้นกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ได้แก่

1. ภาวะสุขภาพและพลังงาน (Health and energy) ช่วยส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ คนที่มีสุขภาพดี มีกำลังดี มักจะเผชิญความเครียดได้ดี
2. ความเชื่อในทางที่ดี (Positive beliefs) ความเชื่อว่าตนเองสามารถจะควบคุมผลที่จะเกิดขึ้นได้ จะช่วยสนับสนุนบุคคลในการเผชิญความเครียด
3. ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving skills) เป็นกระบวนการทางสติปัญญาในการแสวงหาความรู้และข้อมูลต่างๆ เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา
4. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการช่วยเหลือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา ให้ความอบอุ่นทางใจ และให้การช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของ
5. ทักษะทางด้านสังคม (Social skills) เป็นความสามารถในการติดต่อสร้างสัมพันธภาพ จะช่วยอำนวยความสะดวกในการแก้ปัญหา
6. แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ (Material resources) ได้แก่ ทรัพย์สิน เงินทอง วัตถุสิ่งของ การมีเงินช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ความพยายามในการจัดการกับโรคเพียงอย่างเดียว ไม่ต้องเสียพลังงานไปกับอย่างอื่น

### ข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์

1. ข้อจำกัดส่วนบุคคล (Personal constraint) เป็นผลจากพัฒนาการของบุคคลนั้นๆ เช่น เป็นคนขี้เกรงใจไม่กล้าขอความช่วยเหลือ
2. ข้อจำกัดจากสิ่งแวดล้อม (Environmental constraint) เนื่องจากแหล่งประโยชน์ที่แต่ละคนแข่งขันกันใช้ หรือในสภาวะแวดล้อมบางอย่าง เช่น เหมืองระเบิด ทำให้ติดอยู่ได้ดินบุคคลต้องดื่มปัสสาวะของตนเอง เนื่องจากแหล่งประโยชน์ไม่มี
3. ระดับความรุนแรงของการถูกคุกคาม (Level of threat) ในบุคคลที่ตกใจกลัวมากกระบวนการแก้ปัญหาถูกรบกวน การใช้สติปัญญาถูกขัดขวาง การปรับอารมณ์ให้คลายทุกข์จะถูกนำมาใช้มาก รวมทั้งการใช้กลไกทางจิต และการหยุดการกระทำ

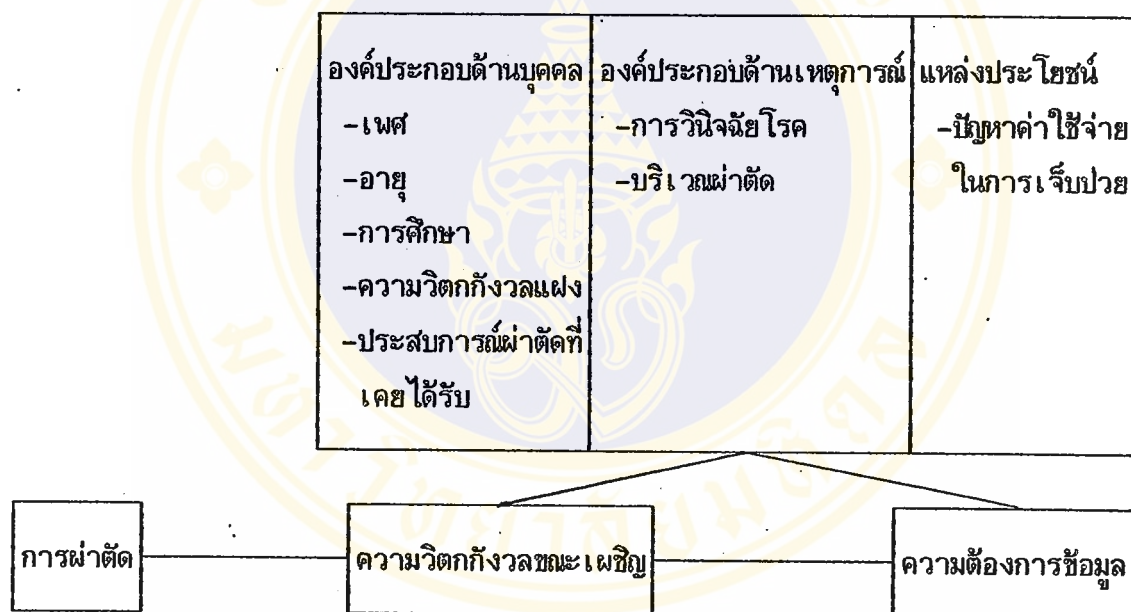
จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้ดังนี้

การผ่าตัดเป็นเหตุการณ์หนึ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ผู้ป่วยแต่ละคนจะใช้สติปัญญาประเมินเหตุการณ์ครั้งนี้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ 1. องค์ประกอบด้านบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความแตกต่างของบุคคลในเรื่องคุณสมบัติพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ และความวิตกกังวลแฝง ร่วมกับปัจจัยด้านการศึกษา และประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ 2. องค์ประกอบด้านเหตุการณ์ ซึ่งประกอบด้วยการวินิจฉัยโรค และและบริเวณผ่าตัดที่แตกต่างกัน 3. ัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยพิจารณาว่าต้องดึงมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังหรือไม่ เมื่อผู้ป่วยประเมินว่าการผ่าตัดเป็นอันตรายและคุกคามต่อสวัสดิภาพ หรือทำลาย ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งจะรบกวนความสามารถในการใช้สติปัญญาประเมินเหตุการณ์ของผู้ป่วย และก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยจึงพยายามลดหรือขจัดความวิตกกังวลขณะเผชิญที่มีอยู่ โดยการมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งมีสาเหตุจากความไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดที่จะได้รับ และรู้สึกไม่แน่นอน ไม่นั่นคงปลอดภัย (Lazarus cited in Bysshe 1988: 36) โดยการพยายามแสวงหาข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลเป็นวิธีแรก (Cohen & Lazarus 1979 cited in Derdarian 1987: 110)

ความต้องการข้อมูล คือ การรับรู้ถึงความพร้อมในข้อมูลที่จำเป็นหรือต้องการ (Heather 1955 cited in Derdarian 1987: 109) ระดับความต้องการข้อมูล

จึงขึ้นกับระดับของการขาดข้อมูลที่จำเป็นหรือต้องการ และขึ้นกับความสำคัญของข้อมูลในเหตุการณ์นั้น การขาดข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นจะกระตุ้นให้มีความต้องการข้อมูล และมีการแสวงหาข้อมูลเพิ่มขึ้น (Atkinson 1964 and Bandura 1976 cited in Deriarian 1987: 109 ; Barsevick & Johnson 1990: 1) จึงกล่าวได้ว่าการแสวงหาข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูล และใช้อ้างแทนกันได้

รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา



### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะผ่าตัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลแฝงกับความวิตกกังวลขณะผ่าตัดในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
2. ← เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลขณะผ่าตัดและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

3. เพื่อศึกษาความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลแฝง และความวิตกกังวลขณะเผชิญหน้าผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ การศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค บริเวณที่ผ่าตัด และประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับแตกต่างกัน
5. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ การศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค บริเวณผ่าตัด และประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับแตกต่างกัน

### คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลแฝง และความวิตกกังวลขณะเผชิญ ในระดับใด และมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกหรือไม่
2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญและความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์กันหรือไม่
3. ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยต้องการข้อมูลใดบ้าง
4. ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ การศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค บริเวณผ่าตัด และประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับแตกต่างกัน จะมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันหรือไม่
5. ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ การศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค บริเวณผ่าตัด และประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับแตกต่างกัน จะมีความต้องการข้อมูลแตกต่างกันหรือไม่

### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ในโรงพยาบาลรามารินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2533 จำนวน 120 ราย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยพิจารณาระดับความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย
2. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวกับการให้กรพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
3. เป็นแนวทางในการทำวิจัยเพื่อหาวิธีการและข้อมูลที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

### ข้อตกลงเบื้องต้น

การผ่าตัดเป็นสิ่งซึ่งผู้ป่วยประเมินว่าเป็นความเครียดและก่อให้เกิดความวิตกกังวล

### นิยามคำศัพท์

ความวิตกกังวล หมายถึง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง รู้สึกว่าสวัสดิภาพของตนถูกคุกคามจากเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ จะเกิดขึ้นชั่วคราวในสถานการณ์หนึ่งๆและเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สามารถประเมินได้ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form X-I) ของสไปล์เบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970: 20-21)

ความวิตกกังวลแฝง หมายถึง ความรู้สึกวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ สามารถประเมินได้ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (STAI Form X-II) ของสไปล์เบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970: 20-21)

ความต้องการข้อมูล หมายถึง ความรู้และคำอธิบายที่ผู้ป่วยต้องการจากแพทย์และพยาบาลในเรื่องโรคและการผ่าตัด การใช้ยา การฟื้นฟูสภาพ และอื่นๆ ซึ่งประเมินได้ด้วยแบบประเมินความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ที่ดัดแปลงมาจากผลการวิจัยของดอดจ์ (Dodge 1969: 506) และเพ็นเดอร์ (Pender 1972: 265)

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผู้วิจัย ได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเรื่อง ความหมายของความวิตกกังวล ชนิดของความวิตกกังวล การแสดงออกของบุคคลเมื่อมีความวิตกกังวล ระดับความวิตกกังวล ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด และสรุปการทบทวนวรรณกรรม

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ที่มีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าเกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต (Robert 1978: 26) ถ้าปราศจากความวิตกกังวล บุคคลจะขาดแรงจูงใจ การหยั่งรู้ และขาดการเรียนรู้ทางอารมณ์ (Grinker in Spielberger 1966: 132) ได้มีนักจิตวิทยาหลายท่านให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

สไปล์เบอร์เกอร์ (Spielberger 1966: 11) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความเครียดซึ่งเกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ความวิตกกังวลทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลง และมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความวิตกกังวลมีหลายระดับ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของบุคคลนั้น ความวิตกกังวลระดับพอเหมาะจะกระตุ้นให้บุคคลมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมากขึ้น แต่ความวิตกกังวลที่น้อยหรือมากเกินไป จะทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคคลลดลง

แลเดอร์และมาร์ค (Lader & Marks 1971: 2, 5, 112) กล่าวว่า ความ

วิตกกังวลจะเกิดควบคู่ไปกับความเครียดหรือความรู้สึกถูกคุกคาม ความวิตกกังวลเป็นความกลัวต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้แน่ชัด และเป็นผลจากการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่นั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพ

แกรแฮมและคอนเลย์ (Graham & Conley 1971: 114) กล่าวว่าความวิตกกังวลหมายถึงความเครียดที่เกิดจากความกลัวหรือความไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากความนึกคิดหรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นอันตราย ไม่สามารถกำหนดสาเหตุที่แน่ชัดได้ เป็นสัญญาณอย่างหนึ่งที่เตือนให้บุคคลเตรียมพร้อม เพื่อต่อสู้กับเหตุการณ์ที่คุกคามนั้น

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปความหมายของความวิตกกังวลได้ว่า เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่สวัสดิภาพ ความมั่นคงปลอดภัยของตนถูกคุกคาม โดยไม่ทราบว่เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเป็นอย่างไร

### ชนิดของความวิตกกังวล

สไปล์เบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1975: 718-719) แบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ชนิดคือ

1. ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีต และความคิด ความต้องการหรือความรู้สึกในปัจจุบัน (Lader & Marks 1971: 155)
2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะในสถานการณ์นั้นๆ เป็นผลของการประเมินเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายหรือคุกคามต่อสวัสดิภาพ (Lazarus & Folkman 1984)

สไปล์เบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970: 12) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญในนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา พบว่ามีค่าระหว่าง .44-.55 ในนักศึกษาหญิง และมีค่าระหว่าง .51-.67 ในนักศึกษาชาย

### การแสดงออกเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล จะมีการแสดงออกที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งแลเดอร์และมาร์ค (Lader & Marks 1971: 148-149) สรุปไว้ดังนี้

1. การรับรู้ด้วยตนเอง (Subjective-cognitive component) เป็นความวิตกกังวลที่บุคคลรับรู้ได้ด้วยตนเอง สามารถประเมินได้ด้วย The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

2. พฤติกรรมการแสดงออก (Motor-behavioral component) สังเกตจากการแสดงออกซึ่งสะท้อนถึงอารมณ์ภายใน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การพูด ที่แสดงถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด สามารถประเมินได้ด้วยเครื่องมือสังเกตพฤติกรรมของแกรแฮมและคอนเลย์ ที่ใช้ประเมินความวิตกกังวลและความกลัวในผู้ป่วยศัลยกรรม (Graham & Conley 1971: 113-122)

3. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological component) ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงของชีพจร ความดันโลหิต การขยายของม่านตา การมีเหงื่อออก ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยเครื่องมือวัดทางสรีรวิทยาต่างๆ ไป

จากการศึกษาพบว่า การแสดงออกของความวิตกกังวลทั้ง 3 ทาง มีความสัมพันธ์กันน้อย เป็นต้นว่าบุคคลหนึ่งบอกว่ารู้สึกวิตกกังวล แต่กลับมีพฤติกรรมการแสดงออกที่สงบ และไม่พบการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่บ่งชี้ถึงความวิตกกังวลเลย ในขณะที่อีกคนหนึ่งดูรุนวาย ไม่มีสมาธิ และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่บ่งชี้ถึงความวิตกกังวล แต่กลับบอกว่าไม่รู้สึกวิตกกังวลเลย (Lader & Marks 1971: 148)

### ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งได้ 4 ระดับ (Peplau cited in Jimerson 1982: 440-442; Stuart & Sundeen 1983: 208-209) คือ

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild anxiety) จะมีส่วนช่วยให้ความมีสติสัมปชัญญะเพิ่มขึ้น การรับรู้ของอวัยวะรับสัมผัสทั้ง 5 จะเป็นไปอย่างกว้างๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ทางร่างกายคือ การหายใจเร็วขึ้น ปากแห้ง เกิดความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร และ อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ

2. ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate anxiety) ความมีสติสัมปชัญญะยังคงมีอยู่ แต่การรับรู้ของอวัยวะรับสัมผัสทั้ง 5 จะแคบลง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะเพิ่มมากขึ้น

3. ความวิตกกังวลสูง (Severe anxiety) ความมีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ต่างๆ ลดลง บุคคลจะตกอยู่ในความกลัวเป็นอย่างมาก และขาดการไตร่ตรอง การมองบุคคลหรือ สิ่งแวดล้อมจะแปรปรวนไปจากสภาพของความเป็นจริง มีความผิดปกติของความคิด เกิดจินตนาการที่ไม่ตรงกับความจริง เกิดความกลัวบุคคล สถานที่หรือสิ่งของ มีอาการย้ำคิดย้ำทำ

4. ความวิตกกังวลสูงมาก (Panic) เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น และความ วิตกกังวลนั้นไม่ได้ระบายออกหรือแก้ไขให้ลดลง ความรู้สึกดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงจุดที่ บุคคลไม่สามารถทนต่อไปได้ จะเป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิตได้ บุคคลที่ตกอยู่ในความ วิตกกังวลขนาดนี้ จะมีความผิดปกติทั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่แสดงออกโดยสิ้นเชิง ไม่รับรู้ต่อเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมใดๆทั้งสิ้น อาจมีอาการแปลสภาพผิด หลงผิด และอาการ ประสาทหลอนร่วมด้วย

จากการศึกษาของฟิลลิปส์และคณะ (Phillips, et al. cited in Nyamathi & Kashiwabara 1988: 168) พบว่าความวิตกกังวลทำให้ความทรงจำระยะสั้นลดลง การ ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม และการใช้สติปัญญาในการแก้ปัญหาลดลง

### ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

จากการศึกษาของเจนิส (Janis cited in Lader & Marks 1971: 8-9) พบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง ความวิตกกังวล จะเพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่าตัดยิ่งใกล้เข้ามา และจะมีระดับสูงสุดเมื่ออยู่ในห้องผ่าตัด แล้วจึงลดลงอีกครั้งหลังผ่าตัด ซึ่งตรงกับการศึกษาของจอห์นสันและคณะ (Johnson, et al. 1970: 23) ที่พบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูงสุดในระยะก่อนผ่าตัดและลดลงหลังผ่าตัด

จากการศึกษาของจวี มากน่ม (2530: 55) พบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนี้ว ในอุ้งน้ำดี ใน กลุ่มควบคุม มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 43.73$ )

และ 41.30 ตามลำดับ) และในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลแฝงในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 38.73$ ) แต่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 42.87$ ) แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จนทำให้คิดว่าทุกคนต้องมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แต่จากการศึกษาของคาร์นาเวลี (Carnaveli 1966: 1537) พบว่าผู้ป่วย 2 ใน 11 รายที่ศึกษาไม่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเลย โดยผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้ป่วยชายสูงอายุป่วยเป็นโรคมาร์กินสัน รายที่สองเป็นผู้ป่วยที่บอกรอการผ่าตัดมานานมาก จากผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนความวิตกกังวลในความหมายของลาซารัส และสไปล์เบอร์เกอร์ (Lazarus & Folkman 1984 ; Spielberger 1966: 10, 14) ที่มองว่าความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เผชิญและการประเมินของบุคคลนั้น การเป็นโรคมาร์กินสันอาจเป็นเหตุการณ์ที่ร้ายแรงมากกว่าการผ่าตัดที่จะได้รับ และการรอคอยการผ่าตัดเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การผ่าตัดจึงเป็นวิธีหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานนั้น การผ่าตัดจึงไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

1. เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกาย (สจวร์ต ต้นตันพัฒนาพันธ์ 2526: 108) ที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลจากการหลังฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน (Frankenhaeuser, et al. cited in Lazarus & Folkman 1984: 29) เพศหญิงจะมีอารมณ์เศร้า หงุดหงิด กังวล เมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลงมาก ซึ่งมี 3 ระยะคือ ระยะใกล้มีประจำเดือน ระยะหลังคลอด และระยะหมดประจำเดือน (สุวัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา 2526: 19) การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าเพศชาย (วีรา ชิตทรงสวัสดิ์ 2514: 42 ; Domar, et al. 1989: 766 ; Graham & Conley 1971: 120 ; Lucente & Fleck 1972: 309 ; Wolfer & Davis 1970: 407) แต่จากการศึกษาของเพชฌิ ยืนยง (2514: 32-40) และกลอยใจ เนตราคม (2514: 32-36) พบว่าเพศที่ต่างกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแตกต่างกันจึงไม่อาจสรุปได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดหรือไม่
2. อายุ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกาย ซึ่งแบ่งพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่เป็น 3 ระยะ (พยอม อิงคตานุวัฒน์ 2523: 8, 80, 106 ; Erickson อ้างใน

ส่วนนี้ยี่ ดัชนีพัฒนาพันธ์ 2522: 108-109, 116-119) คือ

ผู้ใหญ่วัยต้นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 21-40 ปี เป็นวัยที่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตได้  
อย่างไม่หวั่นไหว มองโลกในแง่ดี สุขุมรอบคอบ

ผู้ใหญ่วัยกลางคนหรือผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 41-60 ปี เป็นระยะที่สร้างครอบครัว  
เป็นปึกแผ่น อุทิศแรงกายเพื่องาน

ผู้ใหญ่วัยชราหรือผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 61-80 ปี เป็นระยะสูญเสียความเป็นผู้นำ  
หรือคู่สมรส

ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ผกผันกับอายุ (จันทร์เพ็ญ  
การีเวท 2514: 30-33 ; Lucente & Fleck 1972: 308 ; Nyamathi & Kashiwabara  
1988: 168) แต่จากการศึกษาของแกรแฮมและคอนเลย์ (Graham & Conley 1971: 121)  
และโดมาร์และคณะ (Domar, et al. 1989: 765) พบว่าอายุที่แตกต่างกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมี  
ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแตกต่างกัน

การศึกษาในช่วงอายุที่ต่างกัน เช่น จันทร์เพ็ญ การีเวท แบ่งช่วงอายุเป็น  
25-29, 30-44 และ 45-49 ในขณะที่แกรแฮมและคอนเลย์ แบ่งช่วงอายุจาก 20-80 ปี  
เป็น 3 ช่วงเท่าๆกัน ลูเซนต์และเฟลคศึกษาในผู้ป่วยอายุ 18-65 ปี และนยามาตีและ  
คาชิวาบาราศึกษาในผู้ป่วยอายุ 21 ปีขึ้นไป อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผลการศึกษาออกมาต่างกัน

3. การศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการปรับตัว ที่ช่วยเพิ่มทักษะใน  
การแก้ปัญหาของบุคคล (Lazarus & Folkman 1984: 163) จากการศึกษาของจันทร์เพ็ญ  
การีเวท (2514: 30-33) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาเลยมีความวิตกกังวลมากที่สุด  
รองลงมาได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีมัธยมศึกษาตามลำดับ แต่จากการ  
ศึกษาของโดมาร์และคณะ (Domar, et al. 1989: 765) พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้ม  
ที่จะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่า ( $r = .11, P = .07$ ) เนื่อง  
มาจากสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกที่มีอยู่ได้ดีกว่า จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าความวิตกกังวล  
ก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการศึกษาหรือไม่

4. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย เป็นส่วนหนึ่งของรายได้หรือแหล่งประโยชน์ด้าน  
วัตถุ ที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญความเจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่าจึงมีความ

สามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้มากกว่า (Lazarus & Folkman 1984: 164) เนื่องจากโอกาสที่แหล่งประโยชน์จะถูกดึงมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังมีน้อยกว่า จากการศึกษาของ จันทร์เพ็ญ การีเวท (2514: 30-33) พบว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล แต่ยังไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้แน่ชัด

5. บริเวณผ่าตัดหรือการวินิจฉัยโรค เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญ ซึ่งจะมีความรุนแรงแตกต่างกันตามความสำคัญของอวัยวะนั้นๆ ความรุนแรงหรือระยะของโรค และชนิดของโรคที่เป็น ว่าความต้อสวัสดิภาพของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด (Lazarus & Folkman 1984: 166-167) จากการศึกษาของหลายท่านพบว่าบริเวณผ่าตัดมีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ได้แก่ ผลการศึกษาของลูเชินเตและเฟล็ค (Lucente & Fleck 1972: 309) พบว่าการผ่าตัดทางรีเวชและกระดูก ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าการผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป โดมาร์และคณะ (Domar, et al. 1989: 101) รวมทั้งวูลเฟอร์และเดวิส (Wolfer & Davis 1970: 407) พบว่าการผ่าตัดอวัยวะที่เป็นสัญลักษณ์หรือเกี่ยวกับภาพลักษณ์ เช่น การผ่าตัดเต้านม มดลูก แขนขา ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าการผ่าตัดอวัยวะอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แซงแมนและค็อก (Chapman & Cox cited in Domar, et al. 1989: 763) พบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดอวัยวะเดียวกันแต่ไม่เป็นมะเร็ง และเผชิญ ชัยสง (2514: 32-40) พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและปอดมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของวนิดา บุญเจิม (2514: 28-30) กลอฮใจ เนตราคม (2514: 32-36) และจันทร์เพ็ญ การีเวท (2514: 30-33) พบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดทรวงอกกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดอวัยวะสืบพันธุ์ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาดังกล่าวอาจสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่มีบริเวณผ่าตัดหรือการวินิจฉัยโรคแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแตกต่างกัน ยกเว้นในรายที่ผ่าตัดทรวงอกและอวัยวะสืบพันธุ์ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความ เป็นเพศเหมือนกันจึงมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

6. ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้วยสติปัญญา (Cognitive control) ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือความทรงจำในอดีต ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหตุการณ์ที่เผชิญเหมือนเดิม (Leveling) หรือแตกต่างไปจากเดิม (Sharpening) (Lazarus & Folkman 1984: 126-127) จากการศึกษาของโดมาร์และคณะ (Domar, et al. 1989: 765) พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อนกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชนิดเดียวกับที่เคยผ่าตัดมาก่อน

กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคนละชนิดกับที่เคยผ่าตัดมาก่อน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน

### ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด

ลาซารัสและโคเฮิน (Lazarus & Cohen 1983: 613) เชื่อว่าการแสวงหาข้อมูลเป็นการเผชิญปัญหาวิธีหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้เมื่อเผชิญความเครียดหรืออยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งการแสวงหาข้อมูลเป็นการกระทำเพื่อสนองความต้องการข้อมูล อันเกิดจากการขาดข้อมูลที่ต้องการ (Derdiarian 1987: 110)

พยาบาลจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อพยาบาลมีความรู้เพียงพอ มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร และมีความสามารถในการประเมินความพร้อมในด้านความต้องการข้อมูล หรือลักษณะของข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ (Close 1988: 206-210 ; Haferkorn 1971: 199-200) การให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์และตรงกับความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการรักษา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้ (Tringali 1986: 65-69)

ดอดจ์ (Dodge 1969: 502-512) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยอายุรกรรมและผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง จำนวน 116 ราย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีระยะเวลาที่คาดว่าจะต้องรักษานานหนึ่งเดือนหรือมากกว่าและน้อยกว่าหนึ่งเดือน โดยแบ่งช่วงอายุของผู้ป่วยที่ศึกษาเป็น 3 ช่วงคือ กลุ่มแรกมีอายุ 40 ปีลงมา กลุ่มที่สองมีอายุ 41-60 ปี และกลุ่มสุดท้ายมีอายุ 61 ปีขึ้นไป ใช้วิธีการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆที่ผู้ป่วยควรจะได้รับและความสำคัญของข้อมูลดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาแตกต่างกัน (ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนปลาย และสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย) มีความต้องการข้อมูลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) โดยความต้องการข้อมูลเพิ่มขึ้นเมื่อการศึกษาสูงขึ้น แต่ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ แผนกที่รักษา และระยะเวลาที่คาดว่าจะต้องรักษาแตกต่างกัน มีความต้องการข้อมูลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถจัดกลุ่มของข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการได้ 11 หัวข้อ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค สาเหตุของโรค ความรุนแรงของโรค พยากรณ์โรค ระยะเวลาในการรักษา ความรู้สึกเจ็บปวดก่อนและหลังผ่าตัด การรักษาที่จะได้รับ การดูแลและยาที่จะได้รับ ผลการรักษา และสิทธิในการปรึกษาแพทย์เป็นกรณีเฉพาะ

เพนเดอร์ (Pender 1974: 262-267) ได้ศึกษาลักษณะข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับขณะ อยู่โรงพยาบาล โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยอายุกรรมและผู้ป่วยศัลยกรรม ที่อยู่โรงพยาบาล อย่างน้อย 3 วัน แต่ไม่เกิน 2 สัปดาห์ ที่มีอายุ 20-60 ปี และไม่อยู่ในภาวะวิกฤต จำนวน 162 ราย ใช้วิธีสัมภาษณ์กึ่งแบบแผน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 85.2 บอกว่าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพขณะอยู่โรงพยาบาล โดยร้อยละ 76.1 ได้รับข้อมูลจากแพทย์ ร้อยละ 17.4 ได้รับข้อมูลจากพยาบาล และเมื่อใช้สถิติไคสแควร์ทดสอบพบว่า ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ และการ ศึกษาต่างกัน ได้รับข้อมูล ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคต่างกัน ได้รับข้อมูลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ ) คือผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจและต่อมไทรอยด์ ได้รับข้อมูล น้อยกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับสามารถจำแนกได้ 20 หัวข้อ โดยมี 10 หัวข้อแรกที่ เรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ ชนิดของการรักษา การวินิจฉัยโรค วิธีการรักษา ผลการรักษา สาเหตุของโรค ผลการตรวจวินิจฉัย ผลข้างเคียงของการรักษา พยากรณ์โรค ระยะเวลาใน การฟื้นฟูสภาพจนหายเป็นปกติ และการพยาบาลหลังผ่าตัด

จากการศึกษาของเจนิสและเลย์ (Janis & Ley cited in Bysse 1988: 39) พบว่าขณะอยู่โรงพยาบาล ความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วยลดลงเหลือเพียงร้อยละ 40 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจึงยังต้องเพิ่มความระมัดระวังให้ตรงกับความต้องการจริงๆของผู้ป่วย แต่ กลับพบว่าร้อยละ 35 ของผู้ป่วยไม่พึงพอใจในข้อมูลที่ได้รับ

ปิยะรัตน์ กัทธภูวดล (2532: ก-ข) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการข้อมูลและ เจตคติต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ระหว่างความคิดเห็นของผู้ป่วยกับพยาบาล ในผู้ป่วย 47 ราย กับพยาบาลวิชาชีพ 52 ราย พบว่าความต้องการข้อมูลการรักษายาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดลิ้นหัวใจระหว่างความคิดเห็นของผู้ป่วยกับพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $P > .05$ ) แต่เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยกับพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการ ข้อมูลเป็นรายหมวด พบว่ามีบางหมวด ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด สภาพ ภายหลังผ่าตัด วิธีการใช้ยาและผลของยา และพยากรณ์โรค มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $P < .001, .01, .05$  และ  $.001$  ตามลำดับ)

จากการศึกษาที่ผ่านมาสรุปลได้ว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดแตกต่างจาก ที่พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยควรจะได้ และแตกต่างจากที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมีดังนี้

1. โรคและการผ่าตัด ได้แก่ ชื่อโรค สาเหตุ อาการและอาการแสดง ชนิดของการผ่าตัด เหตุผลในการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด วิธีระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ความรู้สึกขณะผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ผลการผ่าตัด ความรู้สึกหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด
2. การใช้ยา ได้แก่ ชนิดของยา เหตุผลในการใช้ยา ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น
3. การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถทำงานได้ปกติ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และพยากรณ์โรค
4. อื่นๆ ได้แก่ ค่ารักษายาบาล กฎระเบียบของโรงพยาบาล ชื่อแพทย์ผู้ให้การดูแล และชื่อพยาบาลผู้ให้การดูแล

#### สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยประเมินว่าการผ่าตัดที่จะได้รับเป็นอันตรายหรือคุกคามต่อสวัสดิภาพของตน และรู้สึกว่า การผ่าตัดเป็นเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน ไม่รู้ว่า จะเกิดอะไรขึ้นบ้าง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยในด้านเพศ อายุ การศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย บริเวณผ่าตัดหรือการวินิจฉัยโรค และประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ ผู้ป่วยพยายามลดความวิตกกังวลที่มีอยู่ โดยการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การใช้ยา การฟื้นฟูสภาพ และอื่นๆ จากแพทย์และพยาบาล แต่พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการกับข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับบางส่วนไม่ตรงกันและไม่เพียงพอ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการ  
ข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่นำมาศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสามัญ ที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ  
ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน  
พ.ศ. 2533 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาดังนี้

1. มีอายุ 21-80 ปี
2. อยู่โรงพยาบาลก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอด หัวใจ เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง
4. รู้สึกตัวดี สามารถฟังภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการรักษา และสามารถให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา ใช้การเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่วางไว้ วันละ  
6 คน ถ้ามีกลุ่มตัวอย่างเกินวันละ 6 คน ผู้วิจัยจะทำการสุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากแบบไม่มี  
การแทนที่มาเพียง 6 คนเท่านั้น จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งสิ้น 120 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนปีที่ศึกษา การวินิจฉัยโรค การผ่าตัดที่ได้รับ ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลก่อนผ่าตัด ัญญาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ

2. แบบประเมินความวิตกกังวล เป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง สร้างขึ้นโดย สไปล์เบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970: 20-21) มี 2 ตอนคือ The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form X-I และ Form X-II ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี สายฤดี วรภิกขโกศาทร และมาลี นิสสัยสุข (อัสสัาเนา, 2526)

2.1. STAI Form X-I เป็นการวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ มี 20 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบลิเกิต 4 ระดับคือ ไม่มีเลย = 1 มีบ้าง = 2 มีค่อนข้างมาก = 3 และมีมากที่สุด = 4 เนื้อหาทั้งความหมายทางบวกและลบอย่างละ 10 ข้อ ข้อที่มีความหมายทางบวกคือข้อ 3 4 6 7 9 12 13 14 17 และ 18

2.2. STAI Form X-II เป็นการวัดความวิตกกังวลแฝง มี 20 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบลิเกิต 4 ระดับคือ ไม่มีเลย = 1 บางครั้ง = 2 บ่อยๆ = 3 และเสมอ = 4 เนื้อหาทั้งความหมายทางบวกและลบ โดยเนื้อหาทางบวกมี 13 ข้อ ทางลบมี 7 ข้อ ข้อที่มีความหมายทางบวกคือข้อ 2 3 4 5 8 9 11 12 14 15 17 18 และ 20

การให้คะแนน ข้อที่มีความหมายทางลบจะกลับให้คะแนนในทางตรงข้าม แล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน แต่ละชุดจะมีคะแนนรวมระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลมากกว่าคะแนนรวมต่ำ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ สไปล์เบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970: 11) หาความตรงของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยวิธี Known group technique โดยทำการศึกษาในนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาของมหาวิทยาลัยรัฐฟลอริดา จำนวน 197 คน ใน 4 สถานการณ์ที่แตกต่างกันคือ ภาวะผ่อนคลาย ภาวะปกติ ภาวะสอบ และภาวะเครียดจากการดูภาพยนตร์ ผลปรากฏว่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะเผชิญมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเรียงจากน้อยไปมากในสถานการณ์ทั้ง 4 ซึ่งแสดงว่าแบบประเมินมีความตรงตามโครงสร้าง และเมื่อนำไปหาความเที่ยง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .83-.92 และเมื่อนำความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลแฝงด้วยวิธีทดสอบซ้ำ พบว่ามี

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .73-.86

เนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากที่สไปล์เบอร์เกอร์และคณะ ได้หาความเที่ยงไว้ ก่อนนำไปใช้ผู้วิจัยจึงนำไปหาความเที่ยงกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดช่องท้องที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาช .93 สำหรับแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ และ .82 สำหรับแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง และเมื่อหาซ้ำในกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .91 และ .83 ตามลำดับ

การแบ่งระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ เนื่องจากสไปล์เบอร์เกอร์และคณะ ไม่ได้แบ่งช่วงคะแนนของระดับความวิตกกังวลจากแบบประเมินที่สร้างไว้ ผู้วิจัยจึงพิจารณาแบ่งเป็น 4 ระดับ ตามความหมายของความวิตกกังวลที่ให้ไว้ในการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับผลการศึกษาของสไปล์เบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970: 11) ดังนี้

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild anxiety) มีคะแนนระหว่าง 20-40 คะแนน เนื่องจากผลการศึกษาของสไปล์เบอร์เกอร์และคณะพบว่า ในภาวะปกติคนทั่วไปจะมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่าง 36.99-40.02 คะแนน

2. ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate anxiety) มีคะแนนระหว่าง 41-60 คะแนน เนื่องจากผลการศึกษาของสไปล์เบอร์เกอร์และคณะพบว่า ในสภาวะสอบคนทั่วไปจะมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่าง 43.0-60.51 คะแนน และจากการสอบถามความรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลปริญาโทปีที่ 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ปีการศึกษา 2532 จำนวน 10 คน พบว่ามีความรู้สึกตรงกับลักษณะของความวิตกกังวลปานกลาง

3. ความวิตกกังวลสูง (Severe anxiety) และความวิตกกังวลสูงมาก (Panic) มีคะแนนระหว่าง 61-70 และ 71-80 คะแนนตามลำดับ เนื่องจากโอกาสที่คนทั่วไปจะมีความวิตกกังวลในระดับสูงหรือสูงมากเกิดขึ้นได้น้อย และยังไม่มีการศึกษามาสันับสนุนให้เห็นถึงความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล 2 ระดับนี้ จึงรวมคะแนนความวิตกกังวลที่เหลือเป็น 2 ส่วนเข้าด้วยกัน แล้วให้ชื่อว่าความวิตกกังวลในระดับสูง

3. แบบประเมินความต้องการข้อมูล ผู้วิจัยดัดแปลงจากผลการวิจัยของดอดจ์ (Dodge 1969: 508) และเพ็นเดอร์ (Pender 1974: 265) มีจำนวน 30 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วยความต้องการข้อมูล เรื่องโรคและการผ่าตัด การใช้ยา การฟื้นฟูสภาพ และอื่นๆ

3.1. โรคและการผ่าตัด ประกอบด้วย ชื่อโรค สาเหตุของโรค อาการ และอาการแสดง ชนิดของการผ่าตัด เหตุผลในการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด วิธีระงับความรู้สึก ภาวะผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ความรู้สึกขณะผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ผล การผ่าตัด ความรู้สึกหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการ ผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และระยะเวลาที่ใช้ใน การผ่าตัด

3.2. การใส่ยา ประกอบด้วย ชนิดของยา เหตุผลในการใส่ยา ผล ข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น

3.3. การฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลหลัง ผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถทำงานได้ปกติ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน และพยากรณ์โรค

3.4. อื่นๆ ประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาล ภาวะเจ็บของโรงพยาบาล ชื่อแพทย์ผู้ให้การดูแล และชื่อพยาบาลผู้ให้การดูแล

การให้คะแนนเป็นแบบลิเกิต 4 ระดับคือ ต้องการมาก = 3 ต้องการปานกลาง = 2 ต้องการน้อย = 1 และไม่ต้องการ = 0 คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความต้องการข้อมูลมากกว่า คะแนนรวมต่ำ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยหาความตรงของแบบประเมินโดยการให้อาจารย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลศัลยศาสตร์ 4 ท่าน และผู้ตรวจการพยาบาลแผนกศัลยกรรม 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำไปหาความเที่ยงกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของทั้งกลุ่ม เดียวกับที่ใช้หาความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวล จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟา .92 และเมื่อหาซ้ำในกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .95

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เรียน หัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขอความร่วมมือใน



ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยจะเสนอตามลำดับดังนี้คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 21-40 ปี และ 41-60 ปี มีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 45 ที่เหลือเป็นผู้ที่มีอายุ 61-80 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 60.8 ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ร้อยละ 78.3 ไม่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อนร้อยละ 63.3 และไม่เจ็บแสบร้อยละ 74.2 บริเวณที่ผู้ป่วยผ่าตัดคือศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง มีจำนวนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 34.2, 33.3 และ 32.5 ตามลำดับ และส่วนใหญ่คือร้อยละ 72.3 ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด แหล่งข้อมูลที่ได้รับเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 91.8 ได้จากแพทย์ มีเพียงร้อยละ 16.5 ได้จากพยาบาล และแหล่งข้อมูลอื่น ๆ คือเพื่อนหรือญาติและเอกสาร ได้รับร้อยละ 10.6 และ 7.1 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	44	36.7
หญิง	76	63.3
<b>อายุ</b>		
21-40 ปี	54	45.0
41-60 ปี	54	45.0
61-80 ปี	12	10.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	73	60.8
มัธยมศึกษา	29	24.2
อุดมศึกษา	18	15.0
<b>ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย</b>		
ไม่มีปัญหา	94	78.3
มีเล็กน้อย	12	10.0
มีปานกลาง	4	3.3
มีมาก	10	8.3
<b>ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ</b>		
ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน	76	63.3
เคยผ่าตัดมาอย่างน้อย 1 ครั้ง	44	36.7
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
ไม่เป็นมะเร็ง	89	74.2
เป็นมะเร็ง	31	25.8

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
บริเวณผ่าตัด		
ศีรษะและคอ	41	34.2
ช่องท้อง	40	33.3
อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง	39	32.5
การได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด		
ไม่ได้	25	22.7
ได้	85	77.3
แหล่งข้อมูลที่ได้รับ		
แพทย์	78	91.8
พยาบาล	14	16.5
เอกสาร	6	7.1
เพื่อนหรือญาติ	9	10.6

**คำถามข้อที่ 1** ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะผ่าตัด ในระดับใด และมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนรวมของความวิตกกังวลแฝงมีค่าระหว่าง 23-63 คะแนน ค่าเฉลี่ย 42.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลแฝงในระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 59.3 และ 39.9 ตามลำดับ ส่วนความวิตกกังวลแฝงในระดับสูงมี น้อยมากเพียงร้อยละ 0.8 เท่านั้น และพบว่าคะแนนรวมของความวิตกกังวลขณะผ่าตัดมีค่าระหว่าง 21-73 คะแนน ค่าเฉลี่ย 41.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล ขณะผ่าตัดในระดับต่ำ และระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 51.7 และ 45.1 ตามลำดับ ส่วนความ วิตกกังวลขณะผ่าตัดในระดับสูงพบเพียงส่วนน้อยคือร้อยละ 3.2

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะผ่าตัด ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางที่  $r = .44$ ,  $P < .001$

**ตารางที่ 2** แสดงคะแนนรวมของความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะผ่าตัด (n = 120)

ระดับความวิตกกังวล	ความวิตกกังวลแฝง		ความวิตกกังวลขณะผ่าตัด	
	n	(%)	n	(%)
ระดับต่ำ (21-40 คะแนน)	48	(39.9)	62	(51.7)
ระดับปานกลาง (42-60 คะแนน)	71	(59.3)	54	(45.1)
ระดับสูง (61-80 คะแนน)	1	(.8)	4	(3.2)

คำถามข้อที่ 2 ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด มีความสัมพันธ์กันหรือไม่

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าความวิตกกังวล แผลง มีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ที่  $r(120) = .12$ ,  $P = .09$  แต่ความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดที่  $r(120) = .02$ ,  $P = .43$



### คำถามข้อที่ 3 ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยต้องการข้อมูลใดบ้าง

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนรวมของความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด มีค่าระหว่าง 6-90 คะแนน ค่าเฉลี่ย 72.8 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูงถึงร้อยละ 79.4 ความต้องการข้อมูลในระดับปานกลางร้อยละ 18.2 ส่วนความต้องการข้อมูลในระดับต่ำมีเพียงร้อยละ 2.4 ดังแสดงในตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดเป็นรายหมวดดังแสดงในตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลเรื่องการฟื้นฟูสภาพเป็นอันดับหนึ่ง ( $\bar{X} = 2.7$ ) ส่วนอีก 3 หมวดคือโรคและการผ่าตัด การใช้ยา และอื่นๆ มีความต้องการรองลงมาโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ( $\bar{X} = 2.4$ ) และเมื่อพิจารณาความต้องการข้อมูลเป็นรายชื่อ พบว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้านเป็นอันดับหนึ่ง ( $\bar{X} = 2.8$ ) ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการเป็นอันดับรองลงมาคือสาเหตุของโรค ผลการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถทำงานได้ปกติ และชื่อแพทย์ผู้ให้การดูแล ซึ่งมีความต้องการในระดับที่เท่ากัน ( $\bar{X} = 2.7$ ) ส่วนข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการน้อยคือ วิธีการผ่าตัด ( $\bar{X} = 1.7$ ) และความรู้ลักษณะผ่าตัด ( $\bar{X} = 1.6$ )

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนรวมของความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด (n = 120)

ระดับความต้องการข้อมูล	n ( % )
ระดับต่ำ (0-30 คะแนน)	3 ( 2.4 )
ระดับปานกลาง (31-60 คะแนน)	22 ( 18.2 )
ระดับสูง (61-90 คะแนน)	95 ( 79.4 )



ตารางที่ 4 แสดงคะแนนความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย (n = 120)

ข้อมูลที่ต้องการ	$\bar{X}$	SD	ลำดับที่
<b>โรคและการผ่าตัด</b>			
ชื่อโรค	2.5	.8	12
สาเหตุของโรค	2.7	.6	4
อาการและอาการแสดง	2.6	.8	11
ชนิดของการผ่าตัด	2.3	1.1	21
เหตุผลในการผ่าตัด	2.4	1.0	17
วิธีระงับความรู้สึกที่ได้รับขณะผ่าตัด	2.1	1.1	26
วิธีการผ่าตัด	1.7	1.3	29
การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด	2.4	.9	17
ความรู้สึกขณะผ่าตัด	1.6	1.4	30
การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัด	2.2	1.1	23
ผลการผ่าตัด	2.7	.7	4
ความรู้สึกหลังผ่าตัด	2.5	.9	12
การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	2.7	.7	4
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด	2.7	.8	4
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด	2.7	.8	4
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด	2.2	1.1	23
รวม	2.4	.9	
<b>การใช้ยา</b>			
ชนิดของยาที่ได้รับ	2.1	1.1	26
เหตุผลในการใช้ยา	2.1	1.1	26
ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น	2.4	1.0	17
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น	2.5	.9	12
รวม	2.4	1.0	

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลที่ต้องการ	$\bar{X}$	SD	ลำดับที่
<b>การฟื้นฟูสภาพ</b>			
ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลภายหลังผ่าตัด	2.5	.8	12
ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถทำงานได้ปกติ	2.7	.6	4
การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	2.8	.6	1
ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	2.8	.6	1
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความผิดปกติ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	2.8	.6	1
พยากรณ์โรค	2.5	.9	12
รวม	2.7	.7	
<b>อื่นๆ</b>			
ค่ารักษาพยาบาล	2.2	1.1	23
กฎระเบียบของโรงพยาบาล	2.4	.9	17
ชื่อแพทย์ผู้ให้การดูแล	2.7	.7	4
ชื่อพยาบาลผู้ให้การดูแล	2.3	1.0	21
รวม	2.4	.9	

คำถามข้อที่ 4 ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ การศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค บริเวณผ่าตัด และประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับแตกต่างกัน จะมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันหรือไม่

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลแฝงในผู้ป่วยที่มีเพศ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันด้วย t-test ดังแสดงในตารางที่ 5 พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $t(118) = -2.3, P < .05$  ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันมีความวิตกกังวลแฝงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความวิตกกังวลแฝงก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีเพศ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันด้วย t-test

ตัวแปร	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t
เพศ				
ชาย	44	40.0	7.1	-2.34*
หญิง	76	43.5	8.5	
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย				
ไม่มีปัญหา	94	42.0	8.1	-.64
มีปัญหา	26	43.1	8.4	
ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ				
ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน	76	42.4	7.5	.35
เคยผ่าตัดมาก่อน	44	41.9	9.3	
การวินิจฉัยโรค				
ไม่เป็นมะเร็ง	89	42.0	8.1	-.64
เป็นมะเร็ง	30a	43.9	9.5	

\*  $P < .05$

a. ตัดผู้ป่วย 1 รายที่ไม่ทราบว่าเป็นมะเร็งออกไป

เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลแฝงก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอายุ การศึกษา และบริเวณผ่าตัดแตกต่างกันด้วย ANOVA พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ การศึกษา และบริเวณผ่าตัดแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแฝงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $F(2,117) = 3.74, P < .05$ ;  $F(2,117) = 3.40, P < .05$  และ  $F(2,117) = 3.21, P < .05$  ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแต่ละคู่ด้วย LSD พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 21-40 ปี มีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61-80 ปี ( $P < .05$ ) ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ( $P < .05$ ) และผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ( $P < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความวิตกกังวลแฝงก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอายุ การศึกษา และบริเวณผ่าตัดแตกต่างกัน ด้วย ANOVA

ตัวแปร	จำนวน	$\bar{X}$	SD	F
อายุ				3.74*
21-40 ปี	54	43.3	7.4	
41-60 ปี	54	42.4	8.3	
61-80 ปี	12	36.3	8.6	
การศึกษา				3.40*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	73	43.8	8.3	
มัธยมศึกษา	29	38.3	7.9	
อุดมศึกษา	18	40.1	6.9	
บริเวณผ่าตัด				3.21*
ศีรษะและคอ	41	43.0	8.2	
ช่องท้อง	40	39.7	7.3	
อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง	39	44.0	8.5	

\*  $P < .05$

เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยที่มีเพศ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันด้วย t-test ดังแสดงในตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $t(118) = -1.9, P < .05$  ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการวินิจฉัยโรคแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีเพศ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันด้วย t-test

ตัวแปร	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t
เพศ				
ชาย	44	38.8	8.8	-1.9*
หญิง	76	42.5	11.0	
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย				
ไม่มีปัญหา	94	41.0	10.2	-.24
มีปัญหา	26	41.6	10.9	
ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ				
ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน	76	41.5	10.2	.45
เคยผ่าตัดมาก่อน	44	40.6	10.7	
การวินิจฉัยโรค				
ไม่เป็นมะเร็ง	89	41.3	10.1	.09
เป็นมะเร็ง	30a	41.1	11.3	

\*  $P < .05$

a ตัดผู้ป่วย 1 รายที่ไม่ทราบว่าเป็นมะเร็งหรือไม่

เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยที่มีอายุ การศึกษา และบริเวณ ผ่าตัดแตกต่างกันด้วย ANOVA ดังแสดงในตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $F(2,117) = 3.7, P < .05$  และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแต่ละคู่ด้วย LSD พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 21-40 ปี มีความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61-80 ปี ( $P < .05$ ) ส่วนผู้ป่วยที่มีการศึกษา และบริเวณ ผ่าตัดแตกต่างกันมีความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอายุ การศึกษา และบริเวณผ่าตัดแตกต่างกัน ด้วย ANOVA

ตัวแปร	จำนวน	$\bar{X}$	SD	F
อายุ				3.70*
21-40 ปี	54	43.3	7.4	
41-60 ปี	54	40.6	10.0	
61-80 ปี	12	34.6	9.7	
การศึกษา				1.39
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	73	41.1	9.8	
มัธยมศึกษา	29	39.2	12.0	
อุดมศึกษา	18	44.4	9.2	
บริเวณผ่าตัด				.39
ศีรษะและคอ	41	42.2	11.3	
ช่องท้อง	40	41.1	9.7	
อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง	39	40.1	10.0	

\*  $P < .05$

คำถามข้อที่ 5 ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ การศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค บริเวณผ่าตัด และประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับแตกต่างกัน จะมีความต้องการข้อมูลแตกต่างกันหรือไม่

ผลการวิจัยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีเพศ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันด้วย t-test ดังแสดงในตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $t(117) = -2.33, P < .005$  ส่วนผู้ป่วยที่มีเพศ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย และประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับแตกต่างกัน มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีเพศ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันด้วย t-test

ตัวแปร	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t
เพศ				
ชาย	44	72.1	16.1	-.35
หญิง	76	73.1	16.6	
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย				
ไม่มีปัญหา	94	73.1	15.9	.48
มีปัญหา	26	71.4	18.3	
ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ				
ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน	76	73.6	14.8	.73
เคยผ่าตัดมาก่อน	44	71.3	18.8	
การวินิจฉัยโรค				
ไม่เป็นมะเร็ง	89	70.9	17.2	-2.33**
เป็นมะเร็ง	30a	78.8	11.9	

\*\*  $P < .005$

a ตัดผู้ป่วย 1 รายที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งออกไป

เมื่อเปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอายุ การศึกษา และบริเวณผ่าตัดแตกต่างกันด้วย ANOVA ดังแสดงในตารางที่ 10 พบว่ามีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตารางที่ 10** เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีอายุ การศึกษา และบริเวณผ่าตัดแตกต่างกัน ด้วย ANOVA

ตัวแปร	จำนวน	$\bar{X}$	SD	F
อายุ				.21
21-40 ปี	54	71.9	14.8	
41-60 ปี	54	73.0	18.2	
61-80 ปี	12	75.7	15.7	
การศึกษา				.29
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	73	71.9	18.7	
มัธยมศึกษา	29	73.9	12.9	
อุดมศึกษา	18	74.5	10.6	
บริเวณผ่าตัด				.30
ศีรษะและคอ	41	72.9	13.5	
ช่องท้อง	40	71.2	18.5	
อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง	39	74.2	17.0	

### อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลแฝงก่อนผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ( $X = 42.2$ ) ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของฉวี มากพุ่ม (2530:55) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนิ้ว ในอุ้งน้ำดี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลแฝงก่อนผ่าตัด 38.73 ในกลุ่มควบคุม และ 43.73 ในกลุ่มทดลอง และสูงกว่าผลการศึกษาของสไปล์เบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970: 8) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาในภาวะปกติพบว่าค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลแฝงในนักศึกษาชายเท่ากับ 37.68 และในนักศึกษาหญิงเท่ากับ 38.25 จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าความวิตกกังวลแฝงในผู้ป่วยที่ศึกษาครั้งนี้กับผู้ป่วยอื่นมีค่าใกล้เคียงกัน และสูงกว่าคนปกติเล็กน้อย ซึ่งอาจเป็นข้อสังเกตได้ว่าบุคคลที่เจ็บป่วยมักมีความวิตกกังวลแฝงสูงกว่าคนปกติ หรือเป็นเพราะการถามความวิตกกังวลแฝงนี้กระทำในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลแฝงจึงสูงตามไปด้วย แม้ว่าคำถามที่ใช้จะแตกต่างกัน แต่การถามในเวลาใกล้เคียงกันย่อมเป็นการยากที่บุคคลจะแยกความวิตกกังวลแฝงออกจากความวิตกกังวลขณะเผชิญอย่างเด็ดขาด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า ความวิตกกังวลแฝงกับความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางที่  $r(120) = .44, P < .001$  และสไปล์เบอร์เกอร์เชื่อว่าความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญ ขึ้นกับชนิดและความรุนแรงของความเครียดที่ประเมินด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Spielberger, et al. 1970: 12)

ความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ( $X = 41.2$ ) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของฉวี มากพุ่ม (2530: 55) ที่พบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนิ้ว ในอุ้งน้ำดีมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 41.33 ในกลุ่มควบคุม และ 42.87 ในกลุ่มทดลอง แสดงว่าการผ่าตัดที่จะได้รับทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแตกต่างไปจากภาวะปกติในชีวิตเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เพราะสไปล์เบอร์เกอร์และคณะพบว่าในภาวะปกตินักศึกษาชายและนักศึกษาหญิงที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 40.01-39.39 ตามลำดับ (Spielberger, et al. 1970: 8) ที่เป็นเช่นนี้อาจมีสาเหตุจากองค์ประกอบด้านเหตุการณ์คือโรคที่เป็นไม่ร้ายแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆก่อนผ่าตัด และส่วนใหญ่จะหายเป็นปกติหลังผ่าตัด เช่น ต้อกระจก แก้วหูทะลุจากการเป็นหินน้ำหนวกเรื้อรัง เนื่องจากชนิดธรรมดาของต่อมไทรอยด์ไสีเลื่อน นิ้วในอุ้งน้ำดี เนื่องจากชนิดธรรมดาของมดลูก หรือมะเร็งปากมดลูกระยะแรก ดังนั้น

การผ่าตัดจึงเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความหวัง เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยพร้อมจะเผชิญ และไม่รู้สึก ว่าสวัสดิภาพของตนถูกคุกคามมากนัก และมีผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค หรือมีบริเวณผ่าตัด แตกต่างกัน มีความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนแนวคิด ของลาซารัสและฟอล์คแมนที่กล่าวว่า การประเมินของบุคคลขึ้นกับองค์ประกอบด้านบุคคล และ เหตุการณ์ (Lazarus & Folkman 1984: 87) เมื่อเหตุการณ์ที่เผชิญมีความรุนแรงไม่แตกต่างกัน ความเครียดที่เกิดขึ้นจึงไม่แตกต่างกัน

ความวิตกกังวลแฝงและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์ต่อกัน ในทางบวก ในขณะที่ความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดของ โคเฮนและลาซารัสที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความเครียดอันเป็นผลจากการ ประเมินสถานการณ์ โดยเฉพาะสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนสูงเช่นการผ่าตัด บุคคลจะพยายาม ลดความเครียดนั้นโดยการแสวงหาข้อมูลเป็นวิธีแรก (Cohen & Lazarus 1979 cited in Derdarian 1987: 110) ที่เป็นเช่นนั้นอาจเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้วัดความต้องการข้อมูลไม่ใช่ ตัวแทนที่ดีในการวัดการแสวงหาข้อมูล เพราะการถามถึงความต้องการเพียงอย่างเดียวไม่ได้บ่งชี้ ถึงการขาดข้อมูลที่ต้องการที่ต้องแสวงหาเพื่อตอบสนองการขาดข้อมูลที่ต้องการนั้น นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขณะเผชิญในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นความรู้สึกที่ แตกต่างไปจากภาวะปกติเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ความวิตกกังวลขณะเผชิญระดับนี้อาจไม่สามารถ กระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลที่แตกต่างไปจากภาวะปกติได้

เมื่อพิจารณาปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญ มากกว่าผู้ป่วยเพศชายอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของหลายๆท่าน (วีรา ชิตทรงสวัสดิ์ 2514: 42 ; Domar, et al. 1989: 765 ; Graham & Conley 1971: 121 ; Lucente & Fleck 1972: 309 ; Wolfer & Davis 1970: 408) ซึ่งไบเออร์ (Byers 1986: 85) กล่าวว่า เป็นผลจากพันธุกรรมและการเลี้ยงดู โดยพบว่าเพศชายมีฮอร์โมนแอนโดรเจน (Androgen) ซึ่ง มีผลให้เพศชายมีลักษณะแข็งแรง มีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว และมีโอกาสแสดงออกได้มากกว่า ด้วย เหตุนี้จึงอาจเป็นผลทำให้เพศชายมีความวิตกกังวลแฝงต่ำ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสไปล์ เบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970: 8) ที่พบว่านักศึกษาหญิงมีความวิตก กังวลแฝงมากกว่านักศึกษาชาย และโดมาร์และคณะให้เหตุผลเพิ่มเติมว่าอาจเป็นเพราะเพศหญิง มีแนวโน้มที่จะให้คะแนนความวิตกกังวลในระดับที่สูงกว่าเพศชาย จึงทำให้ความวิตกกังวลที่

ประเมินได้สูงกว่าเพศชาย (Domar, et al. 1989: 766)

อายุเป็นส่วนหนึ่งของการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (พยอม อิงคตานุวัฒน์ 2523: 8) ผลการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 21-40 ปี มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61-80 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าย่อมผ่านประสบการณ์ชีวิตในรูปแบบต่างๆมาน้อย เมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง โอกาสที่จะเกิดความวิตกกังวลย่อมมากกว่า และเฮอร์ล็อก (Hurlock 1970 : 282-283) กล่าวไว้ว่า ผู้ใหญ่วัยต้น เป็นวัยที่ต้องเผชิญปัญหาในการปรับตัวในช่วงที่ผ่านมามากกว่า ก่อให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ซึ่งแสดงออกในรูปความวิตกกังวล และกลายเป็นลักษณะประจำตัวหรือประจำวัย เมื่อผ่านพ้นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นไปแล้วจะปรับตัวได้มากขึ้น มีประสบการณ์มากขึ้น มีความสามารถในการแก้ปัญหามากขึ้น ผู้ใหญ่วัยชราจึงมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญน้อยกว่าผู้ใหญ่วัยต้น

การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา (Lazarus & Folkman 1984: 163) จึงพบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะการผ่าตัดเป็นประสบการณ์ใหม่สำหรับทุกคน ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงกว่าก็อาจไม่มีความรู้เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดที่ตนจะต้องประสบ ผู้ป่วยที่มีการศึกษาแตกต่างกันจึงมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ไม่แตกต่างกัน ความวิตกกังวลขณะเผชิญซึ่งเป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์ครั้งนี้จึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐบาลไม่สูงจนเกินไป และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้ตัวล่วงหน้าว่าจะต้องผ่าตัดจึงได้เตรียมเงินค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ไว้แล้ว หรือถ้ามีปัญหาค่าใช้จ่ายจริงๆ โรงพยาบาลก็มีแผนกสังคมสงเคราะห์ให้ความช่วยเหลือ เป็นการสนับสนุนแนวคิดของลาซารัสและฟอร์แมนที่กล่าวว่า แหล่งประโยชน์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการประเมิน บุคคลใดสามารถดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้สามารถเผชิญความเครียดได้ดีกว่า (Lazarus & Folkman 1984: 164) ในทำนองเดียวกับประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ผ่าตัด

แตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงกับผลการศึกษาของโดมาร์และคณะ (Domar, et al. 1989: 765) ซึ่งอธิบายได้ว่าการผ่าตัดเป็นประสบการณ์ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาลึ้นๆในช่วงเวลาหนึ่งแล้วหายไปไม่มีการกระตุ้นเป็นระยะๆ ทำให้ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาแล้วและยังจำเหตุการณ์นั้น ได้มีน้อย นอกจากนี้ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาแล้วส่วนหนึ่งยังได้รับการผ่าตัดที่แตกต่างไปจากเดิม ความสามารถในการนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการประเมินเหตุการณ์ครั้งนี้ จึงไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อน ดังเช่นที่ลาซารุสและฟอร์แมนกล่าวไว้ (Lazarua & Folkman 1984 : 83-84) ความวิตกกังวลขณะเผชิญที่เกิดขึ้นจึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่นักหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยและประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับเป็นประสบการณ์ใหม่ ไม่ควรมีผลใดๆต่อความวิตกกังวลแฝง

ผู้ป่วยที่มีบริเวณผ่าตัดแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแฝงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง มีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้อง เนื่องจากการผ่าตัดอวัยวะที่เป็นสัญลักษณ์ที่แสดงความเป็นเพศ อาจมีความหมายต่อบุคคลมากกว่าการผ่าตัดอวัยวะอื่นๆ จึงก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลมากกว่าเมื่อต้องสูญเสียไป เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา (Domar, et al. 1989: 101 ; Lucente & Fleck 1972: 309 ; Wolfer & Davis 1970: 407) หรืออาจเนื่องจากผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เป็นเพศหญิง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณช่องท้องเป็นเพศชายร้อยละ 75 และจากผลการศึกษาข้างต้นพบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าเพศชาย จึงทำให้ผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณช่องท้อง

ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในระดับสูง อาจมีสาเหตุจากพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ให้ข้อมูลในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการไม่เพียงพอ (เชาวลักษณ์ ฤทธิสร ไกร 2522: 3-4 ; ปิยะรัตน์ ภักทรภูวาล 2532: ก-ข) หรืออาจเป็นเพราะผู้ป่วยเห็นว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าจะได้รับแล้วก็ยังต้องการรับซ้ำเพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มความมั่นใจ

เมื่อพิจารณาความต้องการข้อมูลเป็นรายหมวดพบว่าผู้ป่วยต้องการหมวดการฟื้นฟูสภาพมากเป็นอันดับหนึ่ง หมวดที่เหลือต้องการรองลงมาในระดับเดียวกัน เพราะข้อมูลในหมวดการฟื้นฟูสภาพเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้วางแผนในการดำเนินชีวิต

ของตนเองล่วงหน้าได้ถูกต้อง หรือเป็นเพราะพยาบาลมักจะให้ข้อมูลเรื่องการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วย ในระยะก่อนกลับบ้านตามความต้องการของผู้ป่วยดังที่ชาวลักษณะ ฤทธิสร ไกร (2522: ก) และ เพ็นเดอร์ (Pender 1974: 265) ได้ศึกษาไว้ เมื่อผู้วิจัยไปถามในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจึงยังขาดข้อมูลในส่วนนี้อยู่มาก แต่ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการรอให้ข้อมูลเรื่องการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยจะจำหน่ายกลับบ้าน อาจไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ เพราะเวลามีจำกัด และผู้ป่วยอาจรับข้อมูลได้ไม่หมด

เมื่อพิจารณาความต้องการข้อมูลเป็นรายข้อพบว่า เรื่องที่ผู้ป่วยต้องการทราบเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ด้วยตนเองหรือมีส่วนร่วมในการกระทำนั้น และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ สาเหตุของโรค ผลการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและที่บ้าน ภาวะแทรกซ้อนและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถทำงานได้ปกติ และชื่อแพทย์ผู้ให้การดูแล ส่วนเรื่องวิธีการผ่าตัด และความรู้อันตรายของโรค เป็นเรื่องที่ไม่มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยจึงมีความต้องการทราบน้อยที่สุด

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงกับที่ลาซารัสกล่าวไว้ว่า ความต้องการข้อมูลอาจเกี่ยวข้องกับชนิดและลักษณะของอันตรายที่บุคคลคาดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง (Lazarus 1966 cited in Derdarian 1987: 161) และเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า การเป็นมะเร็งเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกคุกคามต่อสวัสดิภาพมากกว่าไม่เป็น และเป็นการสนับสนุนแนวคิดของโคเฮินและลาซารัสที่กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลเมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน (Cohen & Lazarus 1979 cited in Derdarian 1987: 110) แม้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะพบว่าผู้ป่วยที่มีบริเวณผ่าตัดแตกต่างกัน มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม เป็นเพราะบริเวณผ่าตัดที่แตกต่างกันมีความร้ายแรง หรือเป็นอันตรายต่อชีวิตไม่แตกต่างกันดังเช่นที่กล่าวมาข้างต้น ในส่วนปัจจัยด้านบุคคลพบว่าผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ การศึกษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย และประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับแตกต่างกันมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของเดอร์เดียเรียน (Derdarian 1987: 161) ที่พบว่าความต้องการข้อมูลขึ้นกับปัจจัยด้านบุคคลเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ส่วนใหญ่เกิดจากความมากน้อย และความเป็นไปได้ของอันตรายที่คุกคามต่อสวัสดิภาพ หรือความร้ายแรงของเหตุการณ์ที่เผชิญนั่นเอง

เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์ถึงร้อยละ 91.8 แต่ได้รับจากพยาบาลเพียงร้อยละ 16.5 ซึ่งตรงกับการศึกษาของเพ็นเดอร์ (Pender 1974: 265) ที่พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์ร้อยละ 76.1 และต้องการจากพยาบาลร้อยละ 17.4 เช่นเดียวกับการศึกษาของจิรภา หงษ์ตระกูล (2532: 36) ที่พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์ร้อยละ 100 แต่ได้รับจากพยาบาลเพียงร้อยละ 38 อาจเป็นเพราะแพทย์สามารถให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยได้ดีกว่า หรือเนื่องจากคำถามที่ใช้ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีเฉพาะเรื่องโรคและการผ่าตัด ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ดีกว่าพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลก็มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยใช้สื่อต่างๆ ได้แก่ โปสเตอร์หรือเอกสารในรูปแบบพับ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่า การได้รับข้อมูลจากพยาบาลโดยตรงมีน้อย

### ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดในด้านความตรงภายใน (Internal validity) ของงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. ในการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยอ่านให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านด้วยตนเองได้ฟัง แล้วให้ผู้ป่วยเลือกตอบตามความต้องการ ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความลำเอียงอันอาจเกิดจากตัวผู้วิจัยในการอ่านและอธิบายข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ เพราะผู้วิจัยคาดหวังในผลการวิจัย อาจทำให้มีอิทธิพลต่อการตอบของกลุ่มตัวอย่างได้
2. ในการเก็บข้อมูลความวิตกกังวลแฉ่งและความวิตกกังวลขณะเผชิญในเวลาเดียวกัน อาจทำให้ข้อคำถามของแบบสอบถามชุดแรก มีผลต่อการตอบคำถามของแบบสอบถามชุดที่สอง โดยผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้
3. แบบประเมินความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และใช้ในความหมายของการแสวงหาข้อมูล อาจไม่สามารถวัดการแสวงหาข้อมูลได้ตรงกับทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพราะความต้องการข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง อาจไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูล ความต้องการข้อมูลที่ศึกษาครั้งนี้จึงไม่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลขณะเผชิญเลย

### ข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอก (External validity)

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แม้จะมีการสุ่มโดยการจับสลากเมื่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในแต่ละวันมีเกิน 6 ราย แต่ก็เป็นการสุ่มจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เช่นกัน ผลการศึกษาจึงไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆได้ นอกจากผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลรามธิบดี ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัดเท่านั้น



สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด กรอบทฤษฎีที่ใช้คือ ความเครียด การประเมิน และการเผชิญ ของลาซารุสและคณะ (Lazarus & Launier 1978 ; Lazarus & Cohen 1983 ; Lazarus & Folkman 1984) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วงเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2533 จำนวน 120 ราย โดยเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1.มีอายุ 21-80 ปี 2.เข้าอยู่โรงพยาบาลก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน 3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง 4. รู้สึกตัวดี สามารถพูดและฟังภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ 5. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และสามารถให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น 2.แบบประเมินความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งสร้างโดยสไปล์เบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970: 20-21) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกศาทร และมาลี นิสสัยสุข (อัตสำเนา, 2526) 3.แบบประเมินความต้องการข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากผลการวิจัยของ ดอดจ์ (Dodge 1969: 508) และเพ็นเดอร์ (Pender 1974: 265) และวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงในจำนวนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 34.2, 33.3 และ 32.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีอายุ 21-40 ปี และ 41-60 ปี มีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 45 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 60.8 ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยร้อยละ 78.3 ไม่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อนร้อยละ 63.3 ไม่เป็นมะเร็งร้อยละ 74.2 และได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดร้อยละ 72.3 แหล่งข้อมูลที่ได้รับเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 91.8 ได้จากแพทย์

มีเพียงร้อยละ 16.5 ได้จากพยาบาล ร้อยละ 10.6 ได้จากเพื่อนหรือญาติ และร้อยละ 7.1 ได้จากเอกสาร

พบว่าในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแฝง และความวิตกกังวลขณะเผชิญในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ( $\bar{X} = 42.2$  และ  $41.2$  ตามลำดับ) แต่มีความต้องการข้อมูลในระดับสูง ( $\bar{X} = 72.8$ ) ความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลขณะเผชิญที่  $r(120) = .44, P < .001$  และพบว่าความวิตกกังวลแฝงมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลที่  $r(120) = .12, P = .09$  แต่ความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูล  $r(120) = .02, P = .43$  เมื่อพิจารณาปัจจัยต่างๆที่ศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยที่มีเพศ และอายุแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแฝง และความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $t(118) = -2.34, P < .05$  ;  $t(118) = -1.90, P < .05$  ;  $F(2, 117) = 3.74, P < .05$  และ  $F(2, 117) = 3.70, P < .05$  ตามลำดับ โดยผู้ป่วยเพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ผู้ป่วยที่มีอายุ 21-40 ปี มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61-80 ปี และพบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $F(2, 117) = 3.40, P < .05$  นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง มีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $F(2, 117) = 3.21, P < .05$  ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $t(117) = -2.33, P < .005$  ส่วนปัจจัยอื่นๆที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ หมวดการฟื้นฟูสภาพ ( $\bar{X} = 2.7$ ) โดยเฉพาะเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หมวดที่เหลือคือ หมวดโรคและการผ่าตัด หมวดการใช้ยา และหมวดอื่นๆ ต้องการรองลงมาในอันดับเดียวกัน ( $\bar{X} = 2.4$ )

### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล

1. พยาบาลควรให้ความสนใจเป็นพิเศษในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ตอนต้น หรือมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเกิดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ
2. พยาบาลควรให้ข้อมูล เรื่องการฟื้นฟูสภาพซึ่งผู้ป่วยต้องการมากเป็นอันดับหนึ่งตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หรือเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
3. พยาบาลควรจัดทำเอกสารเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลหรือเมื่อกลับบ้าน ไปอยู่บ้านด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายไว้ประจำหอผู้ป่วย และลงเผยแพร่ในหนังสือต่างๆ เพื่อเป็นการสนับสนุนการแสวงหาข้อมูลของผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาซ้ำในสถาบันอื่น เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปสรุปอ้างอิงกับประชากรต่อไป
2. ควรศึกษาความต้องการข้อมูลโดยใช้คำถามปลายเปิด คำตอบที่ได้อาจตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยมากกว่า
3. ควรศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective) กับผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ว่าในระยะก่อนผ่าตัดต้องการข้อมูลอะไรบ้าง เพราะผู้ป่วยผ่านประสบการณ์นั้นมาแล้วและยังไม่ลืม น่าจะสามารถบอกถึงความต้องการได้ดีกว่า
4. ควรศึกษาความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัด
5. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด



บรรณานุกรม

- กลอยใจ เนตรราคม. ความรู้สึกก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยจักษุ โสิต นาสิก และลาริงซ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2514.
- จันทร์เพ็ญ การีเวท. ความรู้สึกก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยระบบอวัยวะสืบพันธุ์และศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2514.
- จิรภา หงศ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ฉวี มากน้อม. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ฉวีวรรณ สิทธิเวช. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้องกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2520.
- เชาวลักษณ์ ฤทธิสรไกร. ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบขณะนักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
- เนตรทราย สุขยิ่ง และมณฑิรา ดนัยพรรณ. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข. คณะ

สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2514.

เผชิญ ยืนยง. ความรู้สึกก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร์  
บัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2514.

พยอม อิงคตานุวัฒน์. จิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์, 2523.

ยวดี ฤาชา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิตตอริ  
เพาเวอร์พอยท์ จำกัด, 2531.

วนิดา บุญเจิม. ความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุ  
ศาสตร์บัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2514.

วีรา ชิตทรงสวัสดิ์. ความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาครุศาสตร์บัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,  
2514.

สรานัญจิตต์ กาญจนานา. ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคำแนะนำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล  
รามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

สุนันดา เดชาตวิวงศ์ ณ อรุณยา. จิตวิทยาของสตรี. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บรรณกิจ,  
2526.

สุนีย์ ดันดิพัฒนานนท์. การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2522.

Auerbach, S.M. & Martelli, M.F. "Anxiety, Information, Interpersonal  
Impacts, and Adjustment to a Stressful Health Care Situation."  
Journal of personality and psychology. 44(June 1983): 1284-1296.

- Barsevick, A.M. & Johnson, J.E. "Preference for Information and Involvement, Information Seeking and Emotional Response of Women Undergoing Colposcopy." Research in Nursing & Health. 13(January 1990): 1-7.
- Beland, I.L. & Passos, J.Y. Clinical Nursing Pathophysiological and Psychosocial Approaches. 4th ed. New York:Macmillan Publishing Co.,Inc., 1981.
- Biley, F.C. "Nurses' perception of stress in preoperative surgical patients." Journal of Advanced Nursing. 14(July 1989): 575-581.
- Byers, Sharon. "Chapter 8 Sexuality and Sexual Concerns." In Psychiatric-Mental Health Nursing. Adaptation and Growth. pp. 83-100 Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1986.
- Bysshe, J.E. "The effect of giving information to patients before surgery." Nursing. 30(October 1988): 36-39.
- Carnevali, Doris L. "Preoperative anxiety." American Journal of Nursing. 66(July 1966): 1536-1538.
- Cawley, M., et al. "Informational and psychosocial needs of women choosing conservative surgery/primary radiation for early stage breast cancer." Cancer Nursing. 13(April 1990): 90-94.
- Clark, S. "Nursing diagnosis: Ineffective coping. I A theoretical framework." Heart & Lung. 16(November 1987): 670-674.

- Close, Ann. "Patient education : A literature review." Journal of Advanced Nursing. 13(March 1988): 203-212.
- Cox, T. Stress. Baltimore: University Press, 1978.
- Dodge, J.S. "Factors Related to Patients' Perception of Their Cognitive Needs." Nursing Research. 18(November-December 1969): 502-513.
- . "What Patients Should Be Told: Patients' and Nurses' Beliefs." American Journal of Nursing. 72(October 1972): 1852-1854.
- Domar, A.D., et al. "Preoperative Anxiety : Is It a Predictable Entity?" Anesthesia and Analgesia. 69(December 1989): 763-767.
- Eardley, Anne. "What do patients need to know." Nursing Time. 16(April 1986): 24-26.
- Folkman, S. & Lazarus R.S. "If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination." Journal of Personality and Psychology. 48(January 1985): 150-170.
- Geach, Barbara. "Coping with acute and chronic illness." In Mental Health Psychiatric Nursing : A Continuum of care. p. 538. Edited by Joan Norris. New York: John Wiley & Sons, 1987.
- Graham, L.E. & Conley, E.M. "Evaluation of anxiety and fear in Adult Surgical Patients." Nursing Research. 20(March-April 1971): 113-122.
- Haferkorn, Virginia. "Assessing individual learning needs as a basis

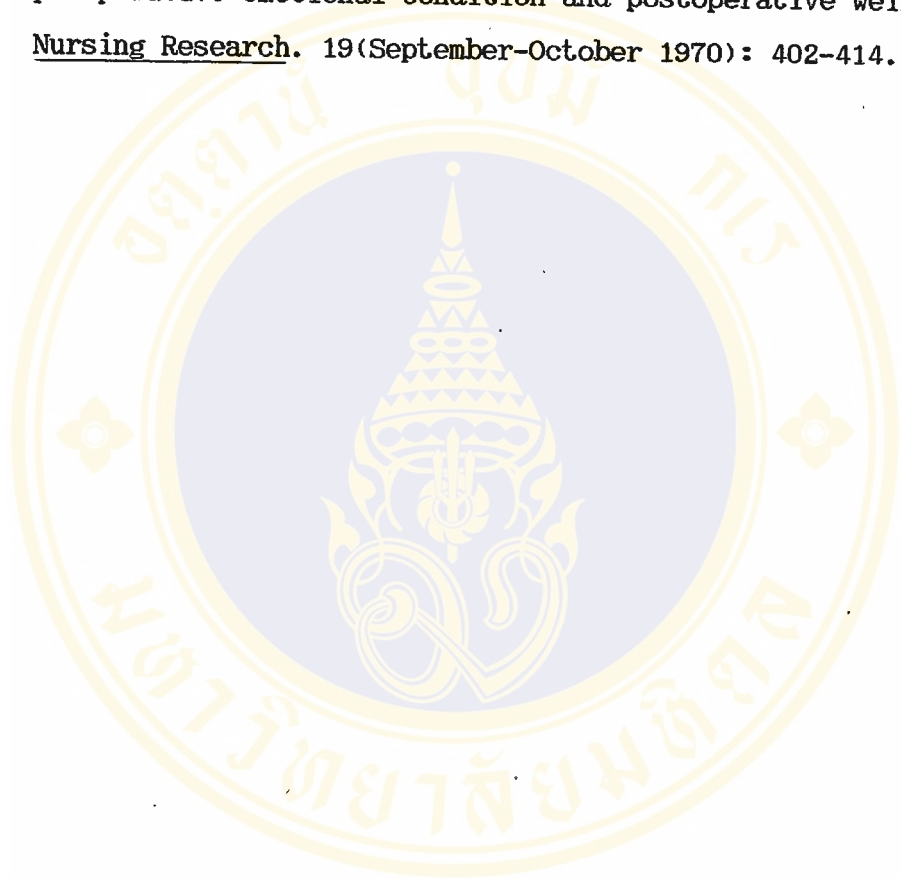
for patient teaching." Nursing Clinic of North America.  
6(March 1971): 199-209.

- Hartfield, M.J., et al. "Effects of information about a threatening procedure on patients' expectation and emotional distress." Nursing Research. 31(July-August 1982): 202-206.
- Hurlock, Elizabeth. Developmental Psychology. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc., 1970.
- Jimerson, S.S. "Anxiety." In Comprehensive Psychiatric Nursing. pp. 435-457. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Book Company, 1982.
- Johnson, J.E. "Effects of structuring patients' expectation on their reactions to threatening events." Nursing Research. 21(November-December 1972): 499-503.
- . "Effects of accurate expectations about sensations on the sensory and distress components of pain." Journal of Personality and Psychology. 27(February 1973): 261-275.
- Johnson J.E., et al. "Psychosocial factors in the welfare of surgical patients." Nursing Research. 19(January-February 1970): 18-29.
- Lader, M. & Marks, I. Clinical Anxiety. New York: Grune and Stratton, Inc., 1971.
- Lazarus, R.S. Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill Book Company, 1966.

- \_\_\_\_\_. Stress and Coping : An Anthology. New York: Columbia University. Press, 1977.
- Lazarus, R.S. & Cohen, F. "Coping and Adaptation in Health and Illness." In Hand Book of Health, Health Care, and the Health Professions. pp. 608-628. New York: Free Press, 1983.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. Stress, Adaptation, and Coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. "Stress-related transactions between person and environment." In Perspectives in Interactional Psychology. pp.287-327. New York: Plenum Press, 1978.
- Lichter, J.L., et al. "Preoperative Anxiety: Does Anxiety Level the Afternoon Before Surgery Predict Anxiety Level Just Before Surgery?" Anesthesiology. 67(April 1987): 595-599.
- Lucente, F.E. & Fleck, S. "A Study of Hospitalization Anxiety in 408 Medical and Surgical Patients." Psychosomatic Medicine. 34(July -August 1972): 304-311.
- McHugh, N.G., et al. "Preparatory Information: What Helps and Why." American Journal of Nursing. (May 1982): 780-782.
- Miller, S.M. "Monitoring and Blunting: Validation of a Questionnaire to Assess Styles of Information Seeking Under Threat." Journal of Personality and Social Psychology. 52(February 1987): 345-353.
- Nyamathi, A. & Kashiwabara, A. "Preoperative Anxiety. Its Affect on

- Cognitive Thinking." AORN Journal. 47(January 1988): 164-170.
- Pender, N.J. "Patient Identification of Health Information Received during Hospitalization." Nursing Research. 23(May-June 1974): 262-267.
- Rakoczy, M. "The thoughts and feelings of patients in the waiting period prior to cardiac surgery: A descriptive study." Heart & Lung. 6(March- April 1977): 280-287.
- Spielberger, C.D. ed. Anxiety and Behavior. New York: Academic press Inc., 1966.
- . "The Measurement of State and Trait Anxiety : Conceptual and Methodological Issues." In Emotion. pp. 713-725. New York: Raven Press, 1975.
- Spielberger, C.D., et al. STAI Manual. California: Consulting Psychologists Press, 1970.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.I. Principle and Practice of Psychiatric Nursing. 2nd ed. Saint Louis: The C.V. Mosby Co., 1983.
- Swindale, J.E. "The Nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital elective minor surgery." Journal of Advanced Nursing. 14(October 1989) : 899-905.
- Tringali, Carol Anderson. "The needs of family members of cancer patients." Oncology Nursing Forum. 13(July-August 1986): 65-69.

- Wolfer, B.R. "Crisis Intervention : Recognizing and Helping Patients Overcome Anxiety." AORN Journal. 47(May 1988): 1242-1248.
- Wolfer, J.A. & Davis, C.E. "Assessment of surgical patients' preoperative emotional condition and postoperative welfare." Nursing Research. 19(September-October 1970): 402-414.







## ภาคผนวก ข

## แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล

- ชื่อ ..... HN .....
1. เพศ  ชาย  หญิง
  2. อายุ ..... ปี
  3. ระดับการศึกษา
    - ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
    - มัธยมศึกษา
    - อุดมศึกษา
  4. จำนวนปีที่ศึกษา ..... ปี
  5. การวินิจฉัยโรค .....
  6. การผ่าตัดที่จะได้รับ .....
  7. ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลเพื่อรอรับการผ่าตัด ..... วัน
  8. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยครั้งนี้
    - ไม่มี
    - มีเล็กน้อย
    - มีปานกลาง
    - มีมาก
  9. ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ
    - ไม่มี
    - มีประสบการณ์ผ่าตัดมาแล้ว ..... ครั้ง
  10. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องโรคและการผ่าตัด
    - ไม่ได้  ได้
  11. ถ้าได้ ท่านได้จากใคร
    - แพทย์
    - พยาบาล
    - เอกสาร
    - เพื่อน หรือญาติ
    - อื่นๆ .....

## ภาคผนวก ค

## แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ชื่อ ..... วันที่ .....

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ข้อความต่อไปนี้ ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ท่านจึงไม่ควรจะใช้เวลาอันเกินควรในการพิจารณาคำตอบในข้อหนึ่งข้อใด แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ได้ชัดเจนที่สุด

ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่มีเลย	มีบ้าง	มีค่อนข้างมาก	มีมากที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3. ข้าพเจ้ารู้สึกตึงเครียด				
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจ				
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ				
6. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด				
7. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น				
8. ข้าพเจ้ารู้สึกว่า ได้พักผ่อน				

ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่มีเลย	มีบ้าง	มีค่อนข้างมาก	มีมากที่สุด
9. ซ้ำพเจ้ารู้สึกวิตกกังวล				
10. ซ้ำพเจ้ารู้สึกสะดวกสบาย				
11. ซ้ำพเจ้ารู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ซ้ำพเจ้ารู้สึกตื่นเต้นง่าย				
13. ซ้ำพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ซ้ำพเจ้ารู้สึกอดอัดใจ				
15. ซ้ำพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย				
16. ซ้ำพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ				
17. ซ้ำพเจ้ากำลังกังวลใจ				
18. ซ้ำพเจ้ารู้สึกตื่นตระหนก				
19. ซ้ำพเจ้ารู้สึกร่าเริงเบิกบาน				
20. ซ้ำพเจ้ารู้สึกแจ่มใส				

## ภาคผนวก ง

## แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง

ชื่อ ..... วันที่ .....

**คำชี้แจง** ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความซึ่งท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกของตนเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความรู้สึกต่างๆ ไปของท่านที่สุด ข้อความเหล่านี้ ไม่มีคำตอบที่ ถูกหรือผิด ดังนั้น โปรดอย่าใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบในข้อหนึ่งข้อใดนานเกินควร แต่จง เลือกรับข้อใดที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ความรู้สึกต่างๆ ไป	ไม่มีเลย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
1. ข้าพเจ้ารู้สึกแฉะมีไส				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยหน่ายง่าย				
3. ข้าพเจ้ารู้สึกอยากร้องไห้				
4. ข้าพเจ้าอยากมีความสุขเหมือนคนอื่น				
5. ข้าพเจ้ามักพลาดโอกาสเพราะตัดสินใจช้าเกินไป				
6. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้พักผ่อน				
7. ข้าพเจ้ารู้สึกสุขุมรอบคอบ				
8. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเมื่ออุปสรรคมากมายจนทำให้ท้อใจ				
9. ข้าพเจ้ามักกังวลเกินกว่าเหตุ				

ความรู้สึกทั่วไป	ไม่มีเลย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
10. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นสุข				
11. ข้าพเจ้ามักถือทุกสิ่งเป็นเรื่องจริงจัง				
12. ข้าพเจ้าขาดความมั่นใจในตนเอง				
13. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงในชีวิต				
14. ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับความยุ่งยาก				
15. ข้าพเจ้ารู้สึกหม่นหมอง				
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ				
17. ข้าพเจ้าถูกรบกวนโดยความคิดที่ไร้สาระ				
18. ข้าพเจ้ามักใส่ใจกับความผิดพลาด				
19. ข้าพเจ้าเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
20. ข้าพเจ้ามีความวุ่นวายใจและตึงเครียด เมื่อนึกถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องและสนใจอยู่				

## ภาคผนวก จ

## แบบประเมินความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด

ชื่อ ..... วันที่ .....

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความทางซ้ายมือ แล้วพิจารณาว่าท่านมีความต้องการทราบข้อมูลในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือ ที่ตรงกับความต้องการของท่านมากที่สุด

ข้อมูลที่ท่านต้องการทราบ	ระดับความต้องการ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
1. ชื่อโรค				
2. สาเหตุของโรค				
3. อาการและอาการแสดงของโรค				
4. การผ่าตัด				
4.1. ชนิดของการผ่าตัด				
4.2. เหตุผลในการผ่าตัด				
4.3. วิธีการระงับความรู้สึกที่ได้รับขณะผ่าตัด				
4.4. วิธีการผ่าตัด				
4.5. การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด				
4.6. ความรู้สึกขณะผ่าตัด				

ข้อมูลที่ทำนต้องการทราบ	ระดับความต้องการ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
4.7. การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัด				
4.8. ผลการผ่าตัด				
4.9. ความรู้สึกหลังผ่าตัด				
4.10. การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด				
4.11. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด				
4.12. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด				
4.13. ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด				
5. การใช้ยา				
5.1. ชนิดของยาที่ได้รับ				
5.2. เหตุผลในการใช้ยา				
5.3. ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น				
5.4. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น				

ข้อมูลที่ทำนต้องการทราบ	ระดับความต้องการ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
6. การฟื้นฟูสภาพ				
6.1. ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาล ภายหลังผ่าตัด				
6.2. ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพ จนสามารถทำงานได้ปกติ				
6.3. การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน				
6.4. ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน				
6.5. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความผิดปกติ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน				
6.6. พยากรณ์โรค				
7. ค่ารักษาพยาบาล				
8. กฎระเบียบของโรงพยาบาล				
9. ชื่อแพทย์ผู้ให้การดูแล				
10. ชื่อพยาบาลผู้ให้การดูแล				
11. อื่นๆโปรดระบุ .....	.....	.....	.....	.....

## ภาคผนวก จ

ข้อมูลแสดงความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และความต้องการข้อมูล  
ก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้

คนที่	ความวิตกกังวลแฝง	ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	ความต้องการข้อมูล
1	43	51	77
2	32	21	58
3	36	38	78
4	39	40	60
5	43	45	86
6	23	22	85
7	34	37	64
8	41	42	67
9	41	43	76
10	23	30	90
11	45	35	87
12	40	43	76
13	47	40	74
14	40	54	6
15	53	48	64
16	55	46	71
17	29	44	71
18	48	27	64
19	31	29	74
20	44	22	80
21	53	59	66
22	38	35	80
23	41	33	54

คนที่	ความวิตกกังวลแฝง	ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	ความต้องการข้อมูล
24	35	33	76
25	42	45	71
26	51	30	90
27	47	52	81
28	38	64	82
29	24	47	54
30	39	39	79
31	47	47	90
32	50	40	76
33	48	73	73
34	52	51	87
35	57	69	85
36	42	47	69
37	43	32	67
38	43	32	49
39	53	46	48
40	46	36	56
41	46	39	67
42	45	50	89
43	44	46	62
44	29	40	80
45	30	36	49
46	37	35	77
47	39	36	59
48	58	44	49
49	49	62	80
50	37	34	58

คนที่	ความวิตกกังวลแฝง	ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	ความต้องการข้อมูล
51	50	50	75
52	45	45	86
53	42	38	51
54	36	53	60
55	56	38	90
56	43	42	88
57	41	28	84
58	41	41	48
59	37	50	87
60	40	50	76
61	26	28	90
62	42	45	69
63	47	50	46
64	29	22	90
65	33	31	58
66	42	40	79
67	54	37	72
68	42	30	72
69	49	54	81
70	55	45	49
71	56	55	90
72	54	36	81
73	47	58	87
74	40	43	46
75	43	41	84
76	39	30	55
77	26	23	90

คนที่	ความวิตกกังวลแฝง	ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	ความต้องการข้อมูล
78	31	21	90
79	40	36	78
80	48	40	62
81	38	39	74
82	43	34	48
83	34	33	90
84	46	35	80
85	48	49	89
86	43	31	78
87	40	39	83
88	47	41	90
89	58	51	90
90	53	50	77
91	47	55	87
92	41	31	84
93	27	30	34
94	39	25	69
95	50	46	87
96	42	39	90
97	41	59	90
98	42	38	85
99	39	39	72
100	48	39	65
101	30	33	87
102	37	28	90
103	47	46	83
104	43	46	80

คนที่	ความวิตกกังวลแฝง	ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	ความต้องการข้อมูล
105	55	44	78
106	46	37	71
107	53	59	83
108	63	31	90
109	39	47	24
110	36	29	74
111	36	47	90
112	37	53	87
113	44	35	84
114	42	52	73
115	37	44	77
116	35	51	71
117	35	25	70
118	30	36	15
119	37	48	41
120	53	55	74



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของแบบประเมินความต้องการข้อมูลก่อน  
ผ่าตัดของผู้ป่วย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุจินต์ วิจิตรกาญจน์  
วท.บ. (พยาบาล), M.S.N. (Medical-Surgical Nursing)  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมพร ชินโนรส  
วท.บ. (พยาบาล), วท.ม. (พยาบาล)  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ จวี มากพุ่ม  
ค.บ. (พยาบาล), วท.ม. (พยาบาล)  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ รุ่งทิพย์ จามรมาน  
ค.บ. (พยาบาล), วท.ม. (พยาบาล)  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางประภาพรรม ดัชนีศุภศิริ  
ค.บ. (พยาบาล)  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล