

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

วารุณี กุศลราช

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

พฤษภาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ดั่งแพง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียด ถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัด หัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุ หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษจักษุ ตลอดจนพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดที่ให้ความร่วมมือและความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยข้อมูลที่ได้รับนั้นเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ และไม่สามารถประเมินค่าได้

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และกำลังใจในระหว่างการศึกษา จนสามารถบูรณาการความรู้ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณครอบครัว เพื่อนที่ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา จนมาถึงวันที่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

วารุณี กุลราช

57910093: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด/ ความต้องการข้อมูล/ การสนับสนุนทางสังคม/

ระยะเวลารอผ่าตัด/ ผู้ป่วยผ่าตัดตา

วารุณี กุลราช: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

(FACTORS RELATED TO PREOPERATIVE ANXIETY AMONG PATIENTS WITH EYE SURGERY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ค., สุภาภรณ์ ด้วงแพง, พย.ค. 85 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาในขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดและอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและหาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อกระจก โรคต้อหิน โรคทางกระจกตาและโรคทางจอประสาทตาที่แพทย์วางแผนให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด และใช้ยาชาเฉพาะที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 120 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูล แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84, 0.96 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 40.96$, $SD = 6.0$) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ($r = -.186$, $p < .05$) และระยะเวลารอผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ($r = .297$, $p < .01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ($p > .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการลดความวิตกกังวล โดยการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และลดระยะเวลารอผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดตา

57910093: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: PREOPERATIVE ANXIETY/ INFORMATION NEED/ SOCIAL SUPPORT/
WAITING TIME FOR SURGERY/ PATIENTS WITH EYE SURGERY

VARUNEE GULRACH: FACTORS RELATED TO PREOPERATIVE ANXIETY
AMONG PATIENTS WITH EYE SURGERY. ADVISORY COMMITTEE: WANLAPA
KUNSONGKEIT, Ph.D., SUPAPORN DUANGPAENG, D.N.S., 85 P. 2017.

Preoperative anxiety in patients with eye surgery while waiting in the operating room is important. That the cause problems during operation after surgery and may affect the quality of life of the patients. This descriptive correlation study aimed to study the preoperative anxiety and the relationships between information need, social support from physician and nurses, waiting time for surgery and preoperative anxiety. The sample was 120 of patients who had been diagnosed by the physician as cataract, glaucoma, corneal disease and retinal diseases and undergo surgery at Sapphasit Prasong Hospital. Simple random sampling was used to recruit the sample. Instruments consisted of General Information Questionnaire, Information Need Questionnaire, Social Support from Physician and Nurses Questionnaire which had reliabilities of 0.84, 0.96, and 0.92 respectively. Data were analyzed by descriptive statistic, and Pearson's product moment correlation coefficients.

The results of this study showed that the sample had moderate level of preoperative anxiety ($M = 40.90$, $SD = 6.35$). This study showed that social support from physician and nurses was negatively significantly related to preoperative anxiety at a low level ($r = -.186$, $p < .05$) and waiting time for surgery was positively significantly related to preoperative anxiety at a low level ($r = .297$, $p < .01$). However, information need was not significantly related to preoperative anxiety ($p > .05$).

The results of this research suggested that nurses can use to be guideline for reducing anxiety by increasing social support from physician and nurses and reducing waiting time in patients with eye surgery.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
โรคทางตา.....	10
แนวคิดความวิตกกังวล.....	18
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา.....	28
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
สถานที่ในการศึกษา.....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	41
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	46
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	51
สรุปผลการวิจัย.....	51
อภิปรายผล.....	52
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	56
บรรณานุกรม.....	58
ภาคผนวก.....	67
ภาคผนวก ก.....	68
ภาคผนวก ข.....	71
ภาคผนวก ค.....	74
ภาคผนวก ง.....	77
ภาคผนวก จ.....	83
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	85

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยผ่าตัดตา.....	47
2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตา.....	49
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการข้อมูลและการสนับสนุนทางสังคม จากแพทย์และพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดตา.....	49
4 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตา....	50

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางอารมณ์ ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นกระบวนการความคิด บุคคลจะประเมินสภาพการณ์นั้น ๆ ทำให้เกิดความกังวลที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้และกระบวนการคิดของแต่ละบุคคล (Spielberger, 1972) เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่คุกคาม จะแสดงออกมาในลักษณะหวาดหวั่น หวาดกลัว ตึงเครียด กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ และเคลื่อนไหวโดยไม่มีเป้าหมาย (พรทิวา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ, 2551) โดยสถานการณ์นี้อาจเกิดขึ้นจริงหรือเป็นเพียงจินตนาการก็ได้ ความวิตกกังวลนี้ ถ้ามีมากเกินไปจะทำให้ไม่สามารถรับมือกับความจริงหรือจินตนาการที่ทุกข์ทรมานได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจเจริญสุข, 2556) โดยเฉพาะการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการผ่าตัดจะประเมินว่าการผ่าตัดเป็นภาวะวิกฤติในชีวิตและเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล (นงเยาว์ สมพิทยานุรักษ์, 2553) ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการรักษาด้วยการผ่าตัดจะมีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัยสูง มีภาวะแทรกซ้อนต่ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายเร็ว (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010) แต่ก็ยังเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูง (ศรีประภา จันทร์มีศรี, 2551) แม้ในรายที่เคยได้รับการผ่าตัดมาแล้ว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดก็ไม่ได้ลดลงตามประสบการณ์ (สุพานี เสนาดิสัย, 2551)

โรคทางตา ได้แก่ โรคต้อกระจก โรคต้อหิน โรคทางกระจกตา และโรคทางจอประสาทตา ส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อมของอวัยวะลูกตา โรคทางกรรมพันธุ์ กระบวนการสร้างและสลายธาตุต่าง ๆ ในร่างกายผิดปกติ การเสื่อมไปตามวัยหรือเกิดเนื่องจากอวัยวะนั้น ๆ เป็นโรค ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุของความบกพร่องทางการมองเห็น พบมากในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุ (วณิชชา ชื่นกองแก้ว และอภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550) การรักษาส่วนใหญ่จะใช้วิธีการผ่าตัด ซึ่งถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางด้านจักษุ เนื่องจากการผ่าตัดภายในลูกตา และจะใช้ยาชาเฉพาะที่มากกว่าการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เนื่องจากการใช้ยาชาเฉพาะที่สามารถระงับความรู้สึก ทำให้ตาหยุดนิ่งได้ดี และการผ่าตัดจะทำในขณะที่ผู้ป่วยตื่นและรู้สึกตัวดี ซึ่งจะมีความปลอดภัย และมีภาวะแทรกซ้อนต่ำ (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล, 2551) จากการศึกษาของ Nijkamp et al. (2004) พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตาอยู่ในระดับ

ปานกลางและจะสูงขึ้นเมื่อถึงวันผ่าตัด เนื่องจากดวงตาเป็นอวัยวะที่ใช้ในการมองเห็น เป็นประสาทสัมผัสต่อการดำรงชีวิต (วณิชชา ชื่นกองแก้ว และอภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550) ทำให้มนุษย์สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ และมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมรอบตัว และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เอื้องพร พิทักษ์สังข์, จุฑาไล ตันทเลิศจรรยา, สุกัญญา ศุภฤกษ์ และอรทัย วรรณกุลศักดิ์, 2554) และในการผ่าตัดตาผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลาที่ทำผ่าตัด จึงต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นตัวเพิ่มความวิตกกังวล (ปริศนา จิระชีวี, 2551)

การรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด เป็นอีกช่วงเวลาที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง และสูงกว่าในระยะหลังผ่าตัด (Jawaid, Mushtaq, Mukhtar, & Khan, 2007; Nigussie, Belachew, & Wolancho, 2014) เนื่องจากสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดเป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้อย่างมาก (Gilmartin & Wright, 2008B; Haugen et al., 2009) จากการศึกษาของ Haugen et al. (2009) พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น เมื่อมาถึงห้องผ่าตัด และเพิ่มสูงขึ้นในขณะรอผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยต้องมาอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ที่แปลกไปจากหอผู้ป่วยเดิมที่เคยอยู่ ความหนาวเย็นของห้องผ่าตัด เครื่องมือแปลกใหม่ บุคลากรที่มีการแต่งกายแตกต่างไปจากเจ้าหน้าที่บนหอผู้ป่วย (Gilmartin & Wright, 2008B) และต้องแยกจากบุคคลใกล้ชิด เช่น ครอบครัว เพื่อน ทำให้ขาดการติดต่อ ตลอดจนรู้สึกว่าการกำลังเผชิญกับอันตรายเฉพาะหน้าที่ใกล้จะมาถึง (Liddle, 2012) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตาจะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Mitsonis et al., 2006; Nijkamp et al., 2004; Oliveira, Temporini, Kara, Carricondo, & Kara-jose, 2006) เนื่องจากขณะรอผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการหยอดยาชา ยาขยายม่านตา ทำให้ระดับการมองเห็นลดลง และก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการฉีดยาชาที่บริเวณดวงตาข้างที่ทำผ่าตัด (วณิชชา ชื่นกองแก้ว และอภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550) ซึ่งการฉีดยาชาบริเวณดวงตา เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่เกิดจากกลัวความเจ็บปวด กลัวมองไม่เห็น กลัวตาบอด (Nijkamp et al., 2004) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความนึกคิดการรับรู้ ความจำ อันจะก่อให้เกิดปัญหาในระยะหลังผ่าตัดและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ, 2554)

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลจะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ แต่จะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นกับระดับความวิตกกังวล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นมีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วขึ้น หลอดเลือดขยายตัวมากขึ้น ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดส่วนปลายหดตัวทำให้มือและเท้าเย็นซึบ เหงื่อออกตามฝ่ามือ ปัสสาวะบ่อย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2554; Wakim, Smith, & Guinn, 2010) บางรายเกิด

ความปวดเมื่อยเนื่องจากถูกจำกัดอิริยาบถให้นั่งหรือนอนในบริเวณที่จำกัด (Clayton, 2008) ทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายจากการถูกทอดทิ้งหรือขาดการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน (Gilmartin & Wright, 2008B) ทำให้หวาดกลัว ตื่นตกใจ ไม่มีสมาธิ ทำให้การตัดสินใจไม่ดี (Bailey, 2010) ก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือขณะผ่าตัดเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการผ่าตัด สุดท้ายอาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ หรือสูญเสียดวงตาได้ในที่สุด (ปริศนา จิระชีวี, 2551) ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดจะคงอยู่ในระยะผ่าตัดและกระทบต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาในระยะหลังผ่าตัดด้วย ทำให้บาดเจ็บแผลหายช้า มีการติดเชื้อได้ง่าย ส่งผลให้มีระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานมากขึ้น (Bailey, 2010) ความวิตกกังวลที่ได้กล่าวข้างต้นนั้น มักเป็นปัญหาสำคัญยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดตาที่ได้รับยาชาเฉพาะที่

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัด มีได้หลายประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในอดีต ระยะเวลาที่รอการผ่าตัด ความรู้สึกไม่แน่นอนในการผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม (Hughes et al., 2004; Koivula, Paunonen-Ilmonen, Tarkka, Tarkka, & Laippala, 2002; Nijkamp et al., 2002, 2004; Yilmaz, Sezer, Gürler, & Bekar, 2012) และความต้องการข้อมูล (ศรีประภา จันทรมีศรี, 2551; สุภาพรพรณินิตยสุภรณ์, นภาพร แก้วนิมิตชัย และรัชณี นามจันทรา, 2557; Kiyohara et al., 2004; Pager, 2005) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดที่หอบผู้ป่วย แต่การศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัดยังมีน้อย ซึ่งผู้ป่วยผ่าตัดตาดูจะมีความแตกต่างในด้านของการเตรียมผู้ป่วยขณะรอในห้องผ่าตัดที่มากกว่าการผ่าตัดชนิดอื่น ๆ ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัดนับเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลห้องผ่าตัด เนื่องจากจะสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแล้ว จะเห็นได้ว่าปัจจัยในเรื่องความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัด นับเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล และบุคลากรทีมสุขภาพสามารถที่จะจัดการปัจจัยเหล่านี้ให้มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด โดยไม่ยุ่งยากซับซ้อน

ความต้องการข้อมูลเป็นความประสงค์ที่จะได้รับความรู้หรือคำอธิบายที่ผู้ป่วย ขณะรอในห้องผ่าตัดต้องการจากแพทย์และพยาบาล ในเรื่องของข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกทักษะด้านการปฏิบัติตัว ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (ประณีต สงวัฒนา, 2547; Grieve, 2002) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจะมี

ความต้องการข้อมูลที่แตกต่างกันตามระยะของการผ่าตัด (ศรีประภา จันท์มีศรี, 2551) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับมาก (งามพิศ ธนไพศาล และคณะ, 2551; ศรีประภา จันท์มีศรี, 2551; สายสวาท ปาจินะ, 2556; Pager, 2005) และการศึกษาของ สุภาพรธรรม นิตยสุภาภรณ์ และคณะ (2557) พบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับมาก และความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สายสวาท ปาจินะ (2556) พบว่า ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า จะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในแต่ละประเภทมีความแตกต่างกันตามระยะของการผ่าตัด แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัดที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด โดยเฉพาะ

การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล เป็นการรับรู้ของผู้ป่วย ขณะรอในห้องผ่าตัดเกี่ยวกับการได้รับการดูแล เอาใจใส่ ใ่วางใจ การสนับสนุนช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร ด้านการประเมินเปรียบเทียบ (House, 1981) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ความวิตกกังวลหรือช่วงเวลาที่เกิดความเครียด (Kim, Sherman, & Taylor, 2008) จากการศึกษาพบว่า การให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านบวกจะทำให้ระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดลดลง (Hughes et al., 2004; Nijkamp et al., 2002, 2004) และการศึกษาของ Koivula et al. (2002) พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลจากพยาบาล จะมีความวิตกกังวลและความกลัวลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nijkamp et al. (2004) พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้มีระดับความวิตกกังวลลดลง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด (Hughes et al., 2004; Koivula et al., 2002; Nijkamp et al., 2004; Yilmaz et al., 2012) แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัดที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด โดยเฉพาะ

ระยะเวลารอผ่าตัดเป็นเวลาในการรอผ่าตัดเป็นนาทีที่ผู้ป่วยรอ เพื่อที่จะเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งรบกวนรอในห้องผ่าตัดที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล (Gilmartin & Wright, 2008B) จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการรอผ่าตัดมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัด (Gilmartin & Wright, 2008B; Haugen et al., 2009; Nijkamp et al., 2002, 2004) และการศึกษาของ Yilmaz et al. (2012) พบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบผู้ป่วยใน

ที่มีระยะเวลาในการรอผ่าตัดที่นาน จะส่งผลให้มีระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Haugen et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก หากระยะเวลารอผ่าตัดยิ่งนานมากขึ้น ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก็จะเพิ่มขึ้นตาม และระยะเวลาในการรอผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด (Gilmarin & Wright, 2008B; Yilmaz et al., 2012) แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัดที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการรอผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด โดยเฉพาะ

จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดภายในลูกตาที่ไช้ยาชาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2556, 2557 และ 2558 มีจำนวน 1,995 2,149 และ 2,352 รายตามลำดับ (งานการพยาบาลห้องผ่าตัด, 2558) พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยแต่ละรายจะมีระยะเวลาการรอในห้องผ่าตัดที่แตกต่างกัน เนื่องจากต้องรับผู้ป่วยมาเตรียมความพร้อมของดวงตาก่อนผ่าตัด ขณะรอในห้องผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการหยอดยาชา ยาขยายม่านตาทุก 5-10 นาที โดยพยาบาลประจำห้องรอผ่าตัดก่อนการฉีดยาชาประมาณ 20-30 นาที ซึ่งอาจจะไม่ได้มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ในขณะที่รอผ่าตัด เนื่องจากพยาบาลประจำห้องรอผ่าตัดมี 1 คน ต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารอผ่าตัดประเภทอื่นร่วมด้วย และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตาจะไม่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดจากวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลเนื่องจากการฉีดยาชาเฉพาะที่ ก่อนเข้ารับการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการฉีดยาชาโดยแพทย์ที่ทำผ่าตัด หลังจากฉีดยาชาแล้วแพทย์จะนัดหรือวางลูกบอลกดบริเวณดวงตาประมาณ 5-10 นาทีก่อนเข้ารับการผ่าตัด

จากประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดตาได้พบเห็นสถานการณ์ขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตาพบว่า ผู้ป่วยบางรายแสดงสีหน้ากังวลและต้องการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การปฏิบัติตัวขณะรอผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายขณะรอผ่าตัดมีความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว สั่นเกร็ง ปวดบัสสะวะบ่อย คลื่นไส้ อาเจียน บางรายเกิดความปวดเมื่อยที่ต้องนอนในบริเวณที่จำกัด จากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ บางรายปฏิเสธการผ่าตัด และไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัดทำให้ต้องเลื่อนหรืองดการผ่าตัดออกไป ซึ่งในแต่ละวันจะมีผู้ป่วยเข้ามารับการผ่าตัดตาประมาณ 5-10 ราย และจะมีผู้ป่วยที่ต้องเลื่อนหรืองดผ่าตัด เนื่องจากความไม่พร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอย่างน้อย 1-2 รายต่อวัน จากเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สภาพจิตใจผู้ป่วย รวมทั้งยังส่งผลเสียต่อผู้ป่วยและญาติทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายและเวลา จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดตาขณะรอในห้องผ่าตัด เป็นปัญหาที่ต้องหาทางแก้ไข เพื่อให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลมากที่สุดก่อนที่จะทำผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วย

มีความสุขและสามารถเผชิญกับการผ่าตัดได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และภายหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคม จากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัด แต่การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทางช่องน้ำไขสันหลังที่ห่อผู้ป่วย และการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมีบริบทที่ต่างจากการผ่าตัดตาขณะรอในห้องผ่าตัดทั้งในเรื่องของสถานที่ เวลา วิธีการเตรียมก่อนผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึกและตำแหน่งผ่าตัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา ได้แก่ ความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคม จากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัด ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลและพัฒนาวิธีการหรือรูปแบบการดูแล เพื่อช่วยลดและป้องกันสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา
 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา
- ได้แก่ ความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัด

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ความต้องการข้อมูล มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

สมมติฐานที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

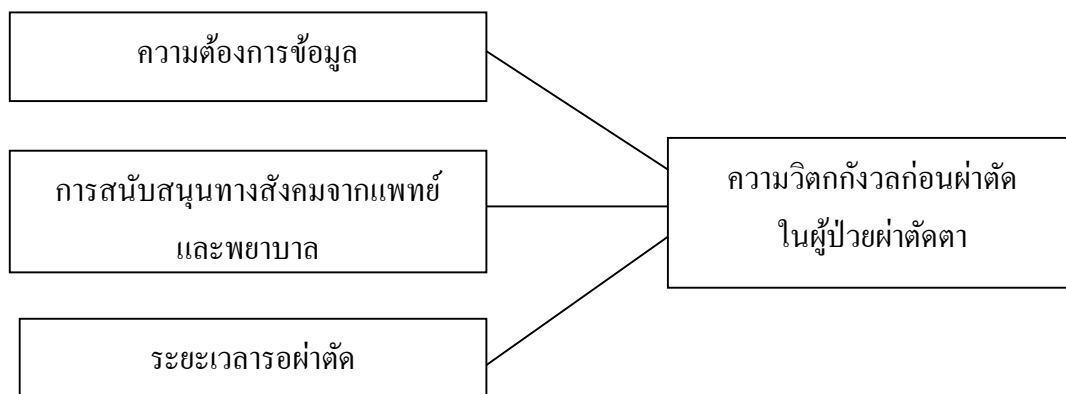
สมมติฐานที่ 3 ระยะเวลารอผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัดกับความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตาขณะรอในห้องผ่าตัด โดยใช้แนวคิดความวิตกกังวลของ Spielberger (1972) เป็นแนวทางในการศึกษา จากแนวคิดกลไกการเกิดความวิตกกังวลที่กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ ความไม่สุขสบาย ที่เกิดขึ้นจากการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นกระบวนการความคิด บุคคลจะประเมินสภาพการณ์นั้น ๆ ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรู้และกระบวนการคิดของแต่ละบุคคล ความวิตกกังวลมีหลายระดับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของบุคคลนั้น ความวิตกกังวลที่แสดงออกประกอบไปด้วยความวิตกกังวลแบบแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญ ที่เป็นลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวของแต่ละบุคคล ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait anxiety) เกิดขึ้นมาจากภายในตัวบุคคล สาเหตุทางพันธุกรรมและประสบการณ์ในอดีต ส่วนความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ (State anxiety) จะเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่บุคคลต้องเผชิญ องค์ประกอบเหล่านี้ มีปฏิสัมพันธ์กันซึ่งกลายเป็นส่วนหนึ่งของลักษณะของบุคคล

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด เกิดจากการที่ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวว่าเป็นสิ่งกระตุ้น ได้แก่ ความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัดทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait anxiety) และความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ (State anxiety) ซึ่งการประเมินว่าสิ่งเร้าที่มากระทบนั้น จะทำให้เกิดความวิตกกังวลมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับกระบวนการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง โดยผ่านทางเรติคูลาฟอร์เมชัน (Reticular formation) เข้าสู่ศูนย์กลางควบคุมทางอารมณ์ (Limbic system) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาได้หลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น มือเท้าเย็น เหงื่อออกมาก หายใจไม่เต็มอึด และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น หงุดหงิด กระวนกระวายใจ ความคิดสับสน ตึงเครียด ใจไม่สงบ สมาธิลดลง และผู้ป่วยผ่าตัดจะมีกลไกการปรับตัว (Coping mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวล โดยกลไกการปรับตัวขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2553) ซึ่งผู้ป่วยผ่าตัดตาขณะรอในห้องผ่าตัดต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา ได้แก่ ความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัด ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามของกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปโดยแสดงเป็นภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา หารอในห้องผ่าตัด ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจก โรคต้อหิน โรคทางกระจกตาและโรคทางจอประสาทตาที่แพทย์วางแผนให้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและใช้ยาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยใน ที่มีการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ณ ห้องผ่าตัดตา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม 2559 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 120 ราย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยผ่าตัดตา หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจก โรคต้อหิน โรคทางกระจกตาและโรคทางจอประสาทตาที่แพทย์วางแผนให้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและใช้ยาเฉพาะที่แบบผู้ป่วยในที่มีการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด หมายถึง ความรู้สึกไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่รู้สึกตัว ขณะรอในห้องผ่าตัด เป็นภาวะทางอารมณ์ ความไม่สุขสบาย ที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ รอบ ๆ ตัวว่าจะเกิดอันตรายหรือมีสิ่งคุกคามในขณะรอผ่าตัด ประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์ ความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ (State-Trait Anxiety Inventory form Y-1) ที่สร้างขึ้น โดย Spielberg (1983) ได้รับการแปลโดย ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2535)

ความต้องการข้อมูล หมายถึง ความประสงค์ที่จะได้รับความรู้หรือคำอธิบายที่ผู้ป่วย ผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด ต้องการจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอน วิธีการ การฝึกทักษะด้านการปฏิบัติตัว บทบาทของผู้ป่วย และความรู้สึก ประเมินด้วย แบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยผ่าตัดตา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด เกี่ยวกับการได้รับการดูแล เอาใจใส่ ใ้วางใจ การสนับสนุนช่วยเหลือ จากแพทย์และพยาบาล ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร ด้านการประเมินเปรียบเทียบ ประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ และพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดตา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ระยะเวลารอผ่าตัด หมายถึง เวลาในการรอผ่าตัดเป็นนาที ที่ผู้ป่วยผ่าตัดตา รอเพื่อที่จะ เข้ารับการผ่าตัด โดยนับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาถึงยังบริเวณของห้องผ่าตัดจนกระทั่งนำผู้ป่วยเข้าห้อง เพื่อทำการผ่าตัด รวบรวมจากสมุดลงทะเบียนผู้ป่วยและแบบบันทึกการรับ-ส่งผู้ป่วยตามมาตรฐาน การบันทึกของห้องผ่าตัด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมกับหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคทางตา
2. แนวคิดและทฤษฎีความวิตกกังวล
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

โรคทางตา

โรคทางตา (Eye disease) เป็นโรคที่พบได้บ่อย เกิดจากความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับดวงตา ซึ่งโรคทางตาที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ โรคต้อกระจก โรคต้อหิน โรคทางกระจกตา และโรคทางจอประสาทตา ส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อมของอวัยวะลูกตา โรคทางกรรมพันธุ์ กระบวนการสร้างและสลายธาตุต่าง ๆ ในร่างกายผิดปกติ การเสื่อมไปตามวัยหรือเกิดเนื่องจากอวัยวะนั้น ๆ เป็นโรค พบมากในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุ (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล, 2551)

จากการสำรวจปัญหาความบกพร่องทางสายตาและปัญหาตาบอดทั่วโลกในปี พ.ศ. 2553 พบว่า มีผู้ที่มีความบกพร่องทางสายตาทุกช่วงอายุรวมกันจำนวนมี 285 ล้านคน ในจำนวนนี้มี 39 ล้านคนที่ตาบอด ในจำนวนของผู้ที่ตาบอด พบว่า ร้อยละ 82 มีอายุมากกว่า 50 ปี และสาเหตุของการตาบอดเกิดจากโรคต้อกระจก คิดเป็นร้อยละ 51 ของสาเหตุการตาบอดทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2012) สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2549 พบว่า มีอัตราตาบอดร้อยละ 0.59 หรือประมาณ 360,000 คน สาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 52 เป็นโรคต้อกระจก รองมาร้อยละ 10 เป็นโรคต้อหิน และสายตาเสื่อมตามวัยร้อยละ 7 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบกับการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 จะพบว่า อัตราตาบอดจะมากขึ้น จากร้อยละ 0.31 มาเป็นร้อยละ 0.59 (Jenchitr, Hanutsaha, Iamsirithaworn, Parnrat, & Choosri, 2007) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางตาดังนี้ (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล, 2551)

1. อายุ ยิ่งอายุสูงขึ้น โอกาสเกิดโรคทางตาจะสูงขึ้น
2. ดวงตาถูกแสงแดดจัดเรื่อรัง เช่น ในเกษตรกรหรือการมองแสงจ้าตลอดเวลา เช่น

ช่วงเชื่อมโลหะ การขาดอาหาร โดยเฉพาะการขาดวิตามินเอ หรือการรับประทานอาหาร
ไม่มีประโยชน์

3. มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคทางตา
4. มีโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน
5. การสูบบุหรี่ รวมทั้งการได้รับควันบุหรี่เรื้อรัง (Second hand smoke) ซึ่งเป็นปัจจัย

เสี่ยงต่อการเกิดการเสื่อมของจอประสาทตาและโรคต้อกระจก

6. การถูกระบบกระเทือนเสียดสีหรือทิ่มแทงดวงตา

อาการและอาการแสดง

อาการของโรคทางตาที่สำคัญ คือ มีความผิดปกติในการมองเห็น เช่น มองเห็นภาพไม่ชัด ภาพมัว ภาพบิดเบี้ยว ภาพแห้วไม่เต็มภาพ ภาพซ้อน เห็นภาพแคบลงกว่าเดิม เช่น มองเห็นเฉพาะภาพตรงหน้า ไม่สามารถมองเห็นภาพด้านข้างได้ มองเห็นคล้ายมีจุดหรือแผ่นดำ ๆ ลอยในตา หรือมีแถบบริเวณกระจกตา ซึ่งจะทำให้เกิดผลข้างเคียงที่สำคัญคือ ทำให้สูญเสียการมองเห็น อาจเป็นการสูญเสียการมองเห็นชนิดพอมองเห็นบ้างหรือในลักษณะตาบอดถาวรก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับสาเหตุ ความรุนแรงของโรคและเวลาในการรักษา ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้บุคคลนั้น ๆ ไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาและเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวและสังคม รวมทั้งมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และความมีคุณค่าในตัวเองลดลง (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล, 2551) ซึ่งโรคทางตาเหล่านี้ส่วนใหญ่จะรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด (วณิชชา ชื่นกองแก้ว และอภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550)

การรักษา

การผ่าตัดตาเป็นการรักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับดวงตา มีทั้งการผ่าตัดเล็ก การผ่าตัดใหญ่แบบเตรียมล่วงหน้าและการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน โรคทางตาในกลุ่มโรคนี้ ส่วนใหญ่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดที่ใช้ยาเฉพาะที่ แบบที่มีกรเตรียมล่วงหน้า ซึ่งถือว่าการผ่าตัดใหญ่ทางด้านจักษุ เนื่องจากเป็นการผ่าตัดภายในลูกตา ซึ่งการผ่าตัดภายในลูกตา (Intraocular surgery) ประกอบด้วย (ไพบุลย์ บวรวัฒนดิลก, 2551)

1. การผ่าตัดในบริเวณด้านหน้าเลนส์ตา เป็นการผ่าตัดรักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับดวงตาหรือเพื่อคงรูปร่างของดวงตาไว้ โดยทำผ่าตัดตั้งแต่บริเวณกระจกตาถึงจอมนตา ประกอบด้วย

1.1 การผ่าตัดต้อหิน เป็นการผ่าตัดเพื่อลดความดันลูกตา โดยมุ่งเน้นที่การทำช่องทางเพื่อระบายน้ำภายในลูกตา (Aqueous) จากช่องลูกตาส่วนหน้า (Anterior chamber) ออกมาสู่ภายนอกเพื่อลดความดันตา จะทำการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาหรือด้วยแสงเลเซอร์

แล้วไม่ได้ผล ซึ่งยังมีการสูญเสียการทำงานของเส้นประสาทตาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หรือทำผ่าตัดในรายที่ไม่สามารถใช้งานได้อย่างสม่ำเสมอ หรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา (ไพบูล์ บวรวัฒนดิถ, 2551) ความสำเร็จของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย แต่ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ การหายของบาดแผลตรงบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งหากเกิดขึ้นมากก็จะนำไปสู่ความล้มเหลวของการผ่าตัด และในทางกลับกันหากเกิดขึ้นน้อยเกินไป ก็อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ เช่น ภาวะติดเชื้อในลูกตา เลือดออกในช่องหน้าม่านตา เกิดต่อกระจก ความดันตาสูง ม่านตาอักเสบหรืออาจมีสายตาสั้น ในผู้ป่วยต้อหินที่ไม่สามารถควบคุมความดันลูกตาได้ การผ่าตัดมีได้หลายวิธีแต่นิยมผ่าตัดมาก ได้แก่ Peripheral Iridectomy และ Trabeculectomy (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล, 2551)

1.2 การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา เป็นการผ่าตัดเพื่อการมองเห็น หรือเพื่อคงรูปร่างของดวงตาไว้ โดยการเอากระจกตาบริเวณที่เป็นแผลเป็น เป็นฝ้าขาวขุ่นออก โดยส่วนอื่นของลูกตายังปกติดี ด้วยวิธีการนำเอากระจกตาของผู้บริจาคมาใส่แทน ถ้าการผ่าตัดได้ผลดีผู้รับก็จะมีสายตาดีขึ้น บางครั้งการผ่าตัดได้ผลไม่ดีเพราะผู้รับมีโรคตาอย่างอื่นด้วย หรือเพราะดวงตาของผู้รับมีปฏิกิริยาตอบโต้ไม่ยอมรับกระจกตาที่เปลี่ยนให้ จะทำให้บริเวณที่ผ่าตัดเป็นฝ้าและสายตามัวลง ต้องให้ยารักษาหรือเปลี่ยนกระจกตาใหม่ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาได้แก่ (วินัย ชัยธรรม, 2556)

1.2.1 โรคกระจกตาเสื่อม (Corneal dystrophies and degenerations)

1.2.2 ผู้ป่วยที่เป็นแผลที่กระจกตาจากเชื้อราหรือกระจกตาแตกจากอุบัติเหตุ

(Corneal scarring from keratitis/ Trauma)

1.2.3 กระจกตาอักเสบติดเชื้อ ซึ่งให้การรักษาด้วยยาแล้วไม่ดีขึ้น

1.2.4 โรคที่มีกระจกตาโค้งนูนผิดปกติ (Keratoconus)

1.2.5 กระจกตาบวมหลังการผ่าตัดต่อกระจก (Post-cataract surgery edema)

การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ เช่น ช่องหน้าม่านตาตื้นมาก ภาวะติดเชื้อ กระจกตาบวมและขุ่นขาว สายตาเอียง ต้อหิน ต้อกระจกหรือจอประสาทตาบวม

2. การผ่าตัดบริเวณตั้งแต่เลนส์ตาไปด้านหลัง เป็นการผ่าตัดรักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นบริเวณเลนส์ตาจนถึงจอประสาทตาประกอบด้วย

2.1 การผ่าตัดต่อกระจก เป็นการผ่าตัดเพื่อเอาเลนส์ที่ขุ่นมัวออก ปัจจุบันมักจะใส่เลนส์เทียม (Intraocular lens) เข้าไปแทนที่ทำให้หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถกลับมามองเห็นได้ดี แม้จะไม่ต้องใส่แว่น โดยที่มีภาวะแทรกซ้อนน้อยมาก ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดต่อกระจก ได้แก่

(ดิเรก ผาติกุลศิลา, 2556)

2.1.1 ผู้ป่วยมีความเคืองร้อน ไม่สามารถทำงานที่ต้องการได้ เพราะมองไม่ชัด หรือไม่ถนัด

2.1.2 ต้อกระจกเป็นมากจนมีภาวะแทรกซ้อน หรือคาดว่าจะมีภาวะแทรกซ้อน ในไม่ช้า

2.1.3 ต้อกระจกเป็นมากจนทำให้ตรวจรักษาโรคทางจอประสาทตาไม่ได้ เช่น ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานแล้วตรวจจอประสาทตาได้ไม่ชัด หรือมีภาวะเบาหวานขึ้นจอตา (Diabetic retinopathy) มากแล้วและไม่สามารถยิง Laser ได้

2.1.4 Cosmetic indication เช่น มีต้อกระจกที่เป็นสีขาวมากแล้ว แต่อาจจะมึนโรครตาอย่างอื่นร่วมด้วยจนคาดว่าถึงจะผ่าตัดแล้วก็อาจมองเห็นไม่ดีขึ้น

2.2 การผ่าตัดจอประสาทตา เป็นการผ่าตัดน้ำวุ้นตา จอประสาทตา เพื่อทำลาย หรือนำเส้นเลือดที่ผิดปกติออกจากใต้จอประสาทตา รวมทั้งแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรค เช่น ภาวะเลือดออกใต้จอประสาทตา มีหลักการสำคัญ คือ การปิดและผนึกรูที่ทำให้เกิดรอยฉีกขาดที่จอประสาทตา (Rhegmatogenous retinal detachment) หลังจากนั้นน้ำ (Subretinal fluid) ที่อยู่ใต้จอประสาทตาที่ลอก (Retinal detachment) ก็จะค่อย ๆ ถูกดูดซึมไปเองหรืออาจจะช่วยเจาะเอาน้ำนั้นออก จอประสาทตา (Retina) ก็จะกลับไปติดกับจอตาชั้นนอก (Retinal pigment epithelium) อีกครั้ง ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดจอประสาทตาได้แก่ (ยศอนันต์ ยศไพบุลย์, 2550)

2.2.1 เป็นโรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรูฉีกขาด (Rhegmatogenous retinal detachment) จอประสาทตาลอกจากการดึงรั้ง (Tractional retinal detachment)

2.2.2 โรคของจุดรับภาพ เช่น รูฉีกขาดที่จุดรับภาพ (Macular hole) เยื่อพังพืดที่จุดรับภาพ (Epimacular membrane) หลอดเลือดใหม่งอกผิดปกติบริเวณใต้จุดรับภาพ (Choroidal neovascular membrane)

2.2.3 เลือดออกในน้ำวุ้นลูกตาที่ไม่สามารถดูดซึมจนหายเองได้ (Vitreous hemorrhage)

2.2.5 มีการติดเชื้อในลูกตาและน้ำวุ้นลูกตา (Endophthalmitis) หรือการอักเสบในน้ำวุ้นลูกตา (Vitritis)

2.2.6 มีสิ่งแปลกปลอมในลูกตาส่วนหลัง (Intraocular foreign body) พังเลนส์ เลนส์แก้วตาเทียมหรือเศษเหล็ก เศษแก้ว

การใช้ยาระงับความรู้สึกทางตา

การผ่าตัดในโรคตาสามารถทำการผ่าตัดด้วยการใช้วิธีการระงับความเจ็บปวดระหว่างการผ่าตัดหลายรูปแบบ ได้แก่ การใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General anesthesia) ซึ่งจะทำเฉพาะในผู้ป่วยที่ฉีดยาเฉพาะที่ไม่ได้ เช่น เด็กเล็กหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการผ่าตัดได้ เช่น ปัญญาอ่อน หูตึง การผ่าตัดที่ใช้เวลานาน ผู้ป่วยที่แพ้ยาเฉพาะที่ ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุ มีลูกตานิ่วขนาด หรือในรายที่ไม่ต้องการให้เนื้อเยื่อตาบวม การให้ยาชาชนิดฉีดยาเฉพาะที่ (Local anesthesia) และการหยอดยาเฉพาะที่ (Topical anesthesia) (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และกิตติชัย อัครพิพัฒนกุล, 2551) ซึ่งส่วนใหญ่การผ่าตัดที่ทำภายในลูกตาจะใช้วิธีการฉีดยาเฉพาะที่ เนื่องจากสามารถระงับความรู้สึกทำให้ตาหยุดนิ่งได้ดี ซึ่งจะทำการผ่าตัดในขณะที่ผู้ป่วยตื่นและรู้สึกตัว และต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการผ่าตัดหรือตามวิจรรณญาณของแพทย์ (รื่นเริง ลีลานุกรม, 2550)

วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่

วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ เป็นการทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกเฉพาะบางส่วนของร่างกาย โดยผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดการผ่าตัด หลักการ คือ การให้ยาชาเฉพาะที่บริเวณเส้นประสาท ซึ่งยาชานี้จะออกฤทธิ์ยับยั้งการนำกระแสประสาทบริเวณที่เส้นประสาทนั้นไปเลี้ยง (รื่นเริง ลีลานุกรม, 2550) ซึ่งวิธีการให้ยาชาเฉพาะที่ (Local anesthesia) ในการผ่าตัดภายในลูกตา (Intraocular surgery) ในปัจจุบันมีวิธีที่นิยมใช้ ดังต่อไปนี้ (ดิเรก ผาติกุลศิลา, 2556)

1. การฉีดยาเฉพาะที่แบบ Retrobulbar block เป็นการฉีดยาเข้าไปที่บริเวณโคนของลูกตา (Muscle cone) เพื่อยับยั้งการทำงานของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อตาชั่วคราว ทำให้ลูกตากลอกไม่ได้ขณะผ่าตัด และไปยับยั้งการทำงานของเส้นประสาทรับความรู้สึก และ Ciliary ganglion ทำให้เกิดการชาของตาและกล้ามเนื้อในการกรอกตาเป็นอัมพาตให้ผลระงับความเจ็บปวดได้ดีกว่าวิธีการให้ยาชาแบบหยอด (Topical block) การให้ยาชานี้จะออกฤทธิ์นานเป็นชั่วโมงขึ้นไป โดยจะออกฤทธิ์เร็วภายใน 5-30 นาที (งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ, 2556) วิธีนี้มีข้อดีคือ สามารถให้ยาชาในปริมาณน้อยและให้ผลที่ดี ผลข้างเคียงมักจะทำให้เกิดใจสั่น มือสั่น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้แก่ Globe perforation, Optic nerve injury, Retrobulbar hemorrhage และ Intracranial block (วินิจฉัย ชั้นก่องแก้ว และอภิชาติ ลิงคาลวนิช, 2550)

2. การฉีดยาเฉพาะที่แบบ Peribulbar block เป็นการฉีดยาไปด้านข้างของลูกตา ให้ผลระงับความเจ็บปวดได้ดี และมีความเสี่ยงต่อการเกิด Optic nerve injury และมีความเสี่ยงต่อการฉีดเข้า Intradural space น้อยกว่าการทำ Retrobulbar block นอกจากนี้ยังค่อนข้างปลอดภัย มีโอกาสทำให้เกิดอันตรายต่อลูกตาน้อยแต่จำเป็นต้องใช้ยาชาในปริมาณที่มาก จึงอาจ

มีผลต่อความดันในกระบอกตาและยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดการฉีกขาด (Perforation) ของลูกตาอยู่ (วณิชชา ชื่นกองแก้ว และอภิชาติ สิงคาลวณิช, 2550) นอกจากนั้นยังได้ประสิทธิผลน้อยกว่าและเวลาในการออกฤทธิ์ช้ากว่าการทำ Retrobulbar Block แต่ปัจจุบันได้ใช้วิธีนี้อย่างแพร่หลายเพราะเมื่อใช้ยาชาที่มีส่วนผสมของ Hyaluronidase จะทำให้ยาชาแพร่ไปในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้ดีขึ้น จึงไม่ต้องฉีดยาในปริมาณที่มาก (งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ, 2556)

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตาขณะรอในห้องผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยขณะรอในห้องผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ามารับการผ่าตัด เรียกว่า Preoperative period เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะก่อนเริ่มผ่าตัด ระยะเวลาห่างผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ซึ่งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องประเมินและวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยพยาบาลห้องผ่าตัด มีหน้าที่ดูแลประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลและตรวจสอบความเรียบร้อยทุก ๆ อย่างของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559) นอกจากนี้ยังต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด การจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับชนิดของการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดและปลอดภัยจากการติดเชื้อ ดูแลควบคุมสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด ควบคุมการสัญจรในห้องผ่าตัด ควบคุมอุณหภูมิในห้องผ่าตัดให้พอเหมาะ เฝ้าระวังและควบคุมการผ่าตัดให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น (เรณู อาจสาลี, 2553) และให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย (Smeltzer et al., 2010) ส่วนการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ การพยาบาลผู้ป่วยในขณะที่ผ่าตัดมุ่งไปที่การดูแลสภาพอารมณ์ที่ตื่นเต้น อารมณ์ตึงเครียด ควบคุมความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในความสงบระหว่างผ่าตัด (รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559) เนื่องจากการเข้ารับการผ่าตัดเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นภาวะวิกฤติ (นงเยาว์ สมพิทยานุรักษ์, 2553; Jjala, French, Foxall, Hardman, & Bedforth, 2010) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่มักมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูง (Ignacio, Fai, Hui, Marie, & Goy, 2012; Mitchell, 2011) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการบุคคลที่จะช่วยเหลือเพื่อให้สามารถเผชิญความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (นงเยาว์ สมพิทยานุรักษ์, 2553) ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่นและช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าจะผ่านประสบการณ์การผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (พิสมัย อรทัย และศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ตระกูล, 2551)

ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตานั้น จำเป็นต้องประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน พยาบาลควรซักถามหรือสอบถามข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ชัดเจน และควรซักถามจากญาติของผู้ป่วยเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลต่าง ๆ มากขึ้น เพื่อช่วยในการประเมินปัญหาและประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น (ประภา ยอดแก้ว และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล, 2551) โดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดตาแบบที่มีการเตรียมล่วงหน้า ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่ ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยผ่าตัดตาแบบฉุกเฉิน เนื่องจากการผ่าตัดตาแบบฉุกเฉินส่วนใหญ่จะใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตา มีความสำคัญต่อความปลอดภัยต่อดวงตาผู้ป่วย อีกทั้งถ้าผู้ป่วยปฏิบัติงานมีความเข้าใจอย่างละเอียดและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องตามหลักการพยาบาลแล้ว ย่อมช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นให้ลดน้อยลง จนเกิดความปลอดภัย เพื่อช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีรายละเอียดดังนี้ (ประภา ยอดแก้ว และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล, 2551)

1. การเตรียมทางด้านร่างกาย

ผู้ป่วยทุกคนที่จะเข้ารับการผ่าตัดตา ต้องได้รับการเตรียมทางด้านร่างกาย เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดมีความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.1 ตรวจสอบประวัติของผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางห้องรังสี การแพ้ยา การใช้ยาละลายลิ่มเลือด เช่น ASA, Warfarin การเจ็บป่วยในอดีต ถ้าหากพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผลเลือดผิดปกติ ต้องรายงานให้แพทย์ทราบ

1.2 ตรวจวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด หากสัญญาณชีพผิดปกติ ต้องรายงานแพทย์ทราบ

1.3 ดูแลหยุดยาขยายม่านตา ยาชาในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกและผ่าตัดจอประสาทตา และหยุดยาหดม่านตาในผู้ป่วยผ่าตัดต้อหิน

1.4 ดูแลให้ผู้ป่วยถอดฟันปลอมและของมีค่าก่อนเข้าห้องผ่าตัด

1.5 ดูแลให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนเข้าห้องผ่าตัด

1.6 ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยการผ่าตัด สิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องพบในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการฝึกปฏิบัติตัวในขณะที่ผ่าตัด ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่ง ๆ การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด

2. การเตรียมทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลต่าง ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด ผลของการผ่าตัด เช่น กลัวความเจ็บปวด กลัวความพิการที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ฉะนั้นพยาบาลควรให้การพยาบาลทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย เพื่อลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลต่าง ๆ ดังนี้

2.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยการพูดคุยให้ความเป็นกันเอง รวมถึงการซักถามอาการและตรวจเย็บอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ

2.2 ประเมินระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อมาวางแผนการพยาบาล โดยการซักถาม พูดคุยและสังเกตพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

2.3 แนะนำสภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัว เครื่องใช้ต่าง ๆ กฎระเบียบต่าง ๆ ในห้องผ่าตัดแก่ผู้ป่วยได้รับทราบ

2.4 ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าจะมีพยาบาลดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาที่รอในห้องผ่าตัด

3. การเตรียมลูกตาก่อนผ่าตัด

ในการผ่าตัดตาที่ได้รับยาชาเฉพาะที่ แบบที่มีการเตรียมล่วงหน้า ต้องมีการเตรียมความพร้อมของลูกตาก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดมีความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดังต่อไปนี้ (เอื้องพร พิทักษ์สังข์, 2554)

3.1 การเตรียมม่านตา ควรเตรียมให้เหมาะสมกับการผ่าตัดแต่ละประเภท เมื่อเป็นการทำผ่าตัดภายในลูกตา (Intraocular surgery) โดยมีการเตรียมดังนี้

3.1.1 การผ่าตัดในบริเวณด้านหน้าเลนส์ตา ได้แก่ การผ่าตัดต้อหิน การผ่าตัดที่กระจกตาจะหดรัดม่านตาให้มีขนาดเล็กโดยใช้ยา Pilocarpine ซึ่งตัวยานี้จะกระตุ้นตัวรับ Cholinergic receptors ในลูกตา ส่งผลให้รูม่านตาหดตัวลง อีกทั้งทำให้กล้ามเนื้อในลูกตาที่ชื่อ Ciliary muscle หดตัว ทำให้เกิดขบวนการเพ่ง (Accommodation) เพิ่มขึ้น เพิ่มความชื้นซาบของ Trabecular meshwork ทำให้การสร้างน้ำเอควีอัส (Aqueous) ลดน้อยลงด้วย ยาซึมผ่านตาทำได้ดี ไม่สลายง่ายและมีพิษน้อย ส่งผลให้ผ่อนคลายและลดความดันในลูกตา (ฉัฐพล วงษ์คำซ่าง, 2549)

3.1.2 การผ่าตัดบริเวณตั้งแต่เลนส์ตาไปด้านหลัง ได้แก่ การผ่าตัดต้อกระจก การผ่าตัดวุ้นลูกตา และจอประสาทตา จะขยายม่านตาให้มีขนาดโต โดยการทำให้รูม่านตาขยายกว้างขึ้นและคงที่ ไม่หดกลับเมื่อมีแสงมากระตุ้น โดยใช้ยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathomimetics) กระตุ้นทำให้กล้ามเนื้อ Dilating muscle ของม่านตาที่มีหน้าที่เปิดรูม่านตาขยาย นอกจากนั้นจะใช้ยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (Parasympatholytic) ยับยั้งการทำงานของ Sphincter muscle ของม่านตาและ Ciliary muscle ทำให้

มานตาขยายคงที่ไม่หดกลับ การหยอดขยายรูม่านตา ใช้วิธีหยอดยาสลับกันระหว่าง 1% Mydriacyl กับ 10 % Phenylephrine ทุก 5-10 นาที ก่อนการผ่าตัดประมาณ 20-30 นาที (งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ, 2556)

3.2 การป้องกันการติดเชื้อที่ตา โดยการหยอดยาที่เป็นกลุ่มที่มีขอบเขตการออกฤทธิ์ กว้าง (Broad spectrum antibiotic) หลาย ๆ ครั้งก่อนเข้าห้องผ่าตัดหรืออาจจะใช้ Providone iodine หยอดตาก่อนผ่าตัด

3.3 ถ้าเป็นการผ่าตัดโดยการฉีดยาชาเฉพาะที่ (Local anesthesia) ให้หยอดยาชา (Topical anesthesia) ก่อนการฉีดยาชาเฉพาะที่ และหลังจากฉีดยาชาเฉพาะที่แล้ว แพทย์จะνωด หรือวางลูกบอลกดบริเวณดวงตาประมาณ 5-10 นาที เพื่อช่วยให้ความดันตาลดลงและให้ยาชา กระจาย เมื่อยาชากระจายดี และความดันตาลดลง ก็จะนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดและเริ่มผ่าตัด (วิภาวี บูรณพงศ์, 2551)

การผ่าตัดตา แม้ว่าจะมีความจำเป็นต่อชีวิตและสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย แต่ก็เป็ นเหตุการณ์ที่น่ากลัว ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ (เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ, 2554; Nijkamp et al., 2004) โดยเฉพาะขณะรอในห้องผ่าตัด เป็นช่วงเวลาที่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วย เพราะอาจทำ ให้ผู้ป่วยคาดคิด ทำนายในสิ่งที่จะกำลังจะเกิดขึ้นในทางน่ากลัว ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ต่อการผ่าตัดส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล (Nijkamp et al., 2004) เนื่องจากผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอ ในห้องผ่าตัดจะได้รับการหยอดยาชา ยาขยายม่านตาและได้รับการฉีดยาชาที่บริเวณดวงตาข้างที่ทำ ผ่าตัด และหลังจากฉีดยาชาแพทย์จะνωดหรือวางลูกบอลกดดวงตาไว้ เพื่อให้ยากระจายตัว และลดความตึงของลูกตาทำให้ความสามารถในการมองเห็นลดลง (วิภาวี บูรณพงศ์, 2551) และนอกจากนี้สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด เป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความ วิตกกังวลสูงขึ้น (Gilmartin & Wright, 2008B; Haugen et al., 2009)

แนวคิดความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์เริ่มเกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรกคลอด และเกิดอย่างต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต เป็นอารมณ์ที่ซับซ้อนที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งที่คุกคามตามการรับรู้แล้วแปรผลตามทัศนะของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม ซึ่งจะมีผลต่อบุคคลทั้งในด้านการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ การตกลงและการเรียนรู้ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ความวิตกกังวลมีผลต่อบุคคล

ทั้งทางด้านร่างกาย ความคิดและจิตใจ (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2553) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด ความวิตกกังวลของ Spielberg (1972) เป็นแนวทางในการศึกษา

ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางอารมณ์ ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการประเมิน สถานการณ์ต่าง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นกระบวนการความคิด บุคคลจะประเมิน สภาพการณ์นั้น ๆ ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับการรับรู้และกระบวนการคิด ของแต่ละบุคคล ความวิตกกังวลมีหลายระดับ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิด ความวิตกกังวลและประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของบุคคลนั้น (Spielberger, 1972)

ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger (1972) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด คือ ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait-Anxiety [A-Trait]) และความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ (State-Anxiety [A-State]) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety หรือ A-Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็น ลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบอยู่เป็นพื้นฐานอารมณ์ที่เป็นลักษณะประจำตัว ของแต่ละบุคคล ความวิตกกังวลในลักษณะนี้ไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง โดยตรง แต่เป็นลักษณะแฝงและจะเป็นตัวเสริมหรือเป็นตัวเพิ่มระดับความรุนแรงของภาวะ วิตกกังวลในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น ความวิตกกังวลแฝงเปรียบได้กับลักษณะนิสัยอื่น ๆ ที่ถูกเพาะขึ้นมา จากการฝึกหัด อบรม เลี้ยงดูของครอบครัวเป็นสำคัญ

2. ความวิตกกังวลในขณะเผชิญสถานการณ์ (State anxiety หรือ A-State) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่มีเหตุการณ์มากระตุ้นบุคคลให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรืออยู่ในอันตราย พฤติกรรมการสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่เรียกว่าอยู่ในภาวะวิตกกังวล คือ ความไม่สุขสบาย หวั่นวิตก กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดปกติ จากเดิม ความรุนแรงและความยาวนานของภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะแตกต่างกันไป ในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานอารมณ์หรืออุปนิสัยวิตกกังวลที่ประกอบอยู่ใน บุคลิกภาพ และยังได้ชี้ให้เห็นว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์นั้น จะขึ้นอยู่กับ ความวิตกกังวลแฝงด้วย บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงย่อมมีแนวโน้มของความวิตกกังวล ขณะเผชิญสถานการณ์สูงได้ด้วย

ความวิตกกังวลแบบแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กัน ในลักษณะเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในขณะเผชิญสถานการณ์ระดับสูง ระดับความวิตกกังวลแบบแฝงที่มีอยู่ในตัวบุคคลจะเป็นตัวเสริมให้เกิดความวิตกกังวลในระดับ

ที่สูงขึ้น ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ เนื่องจากการผ่าตัดถือเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้องเผชิญกับสถานการณ์ในครั้งนี้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวาย ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

กลไกการเกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองต่อภาวะเครียดของบุคคล เกิดจากกระบวนการทางปัญญา ประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามาว่าคุกคามอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคล แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาขึ้น ซึ่งความวิตกกังวลจะแตกต่างออกไปตามแต่ละบุคคล (Spielberger, 1972) สิ่งคุกคามเหล่านี้ จะเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพและความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลซึ่งสามารถแสดงได้ 3 ด้านดังนี้ (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2553)

1. ความวิตกกังวลที่แสดงออกให้เห็นชัดเจนขณะเผชิญสถานการณ์ (State-anxiety) โดยผ่านศูนย์กลางควบคุมทางอารมณ์ (Limbic system)
2. เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางผ่านทางเรติคูลา ฟอร์เมชัน (Reticular formation) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้หลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก
3. มีการใช้กลไกการปรับตัว (Coping mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวลและกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวล

ระดับของความวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละคน จะมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์ หรือบุคลิกของบุคคลนั้น สามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2556)

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับปกติที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้บุคคลตื่นตัวพยายามที่จะค้นหาแหล่งประโยชน์เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาให้ดีขึ้นมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย คือ รู้สึกไม่ค่อยสบาย กระสับกระส่าย การหายใจเร็วขึ้น ปากแห้ง เกิดความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร และอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ

2. ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate anxiety) มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจะทำให้การรับรู้ที่น้อยลง และความสามารถในการสังเกตรายละเอียด สามารถจะเห็นและเข้าใจข้อมูลต่าง ๆ ได้ลดลง การเรียนรู้และการแก้ปัญหาอย่างไม่สามารถทำได้แต่ไม่เต็มประสิทธิภาพสูงสุด อาการทางด้านร่างกายที่ปรากฏออกมาในระดับนี้ คือ มีความตึงเครียด มีชีพจรและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น เหงื่อออก ปวดศีรษะ ปวดปัสสาวะ

3. ความวิตกกังวลสูง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถที่จะจดจำรายละเอียดได้ ไม่สามารถเรียนรู้และแก้ไขปัญหาได้ มีอาการมีเหงื่อและสับสน จะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับอย่างรุนแรง มีอาการใจสั่น ในบางคนอาจมีอาการหายใจเร็ว บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเป็นไปโดยอัตโนมัติเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล

4. ความวิตกกังวลสูงมาก (Panic anxiety) บุคคลจะรับรู้ต่อสถานการณ์สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ บิดเบือนจากความเป็นจริง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีอาการสับสน เอะอะวอวาย กริรร้องหรือแยกตัว มีการเห็นภาพหลอน มีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลง

ซึ่งจะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจะก่อให้เกิดผลในทางสร้างสรรค์ต่อบุคคล โดยจะกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้และรับรู้รวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ส่วนความวิตกกังวลในระดับรุนแรงและรุนแรงสูงสุดนั้นเป็นระดับที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้และรับรู้ได้แคบมาก ทำให้ความสามารถในการไขปัญหาหรือสถานการณ์น้อยลงหรือไม่สามารถแก้ไขได้ และมีผลต่อการปรับตัวและการแสดงออกที่ผิดปกติ ดังนั้น ความวิตกกังวลที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยจะมากหรือน้อย ขึ้นกับสิ่งกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์ บุคลิกภาพของบุคคล ระดับของความวิตกกังวลและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และในการผ่าตัดหากบุคลากรหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถช่วยหรือเสริมพลังให้กับผู้ป่วย จะช่วยลดระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้ ทำให้ผู้ป่วยผ่านกระบวนการผ่าตัดได้ด้วยดี

สาเหตุของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ ขึ้นอยู่กับการตอบสนองของบุคคลนั้น ถูกคุกคามต่อความปลอดภัยหรือต่อการนับถือตนเอง ซึ่งโดยทั่วไปสาเหตุของความวิตกกังวล ถ้าแบ่งตามสิ่งคุกคามของบุคคล สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2556; ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2553)

1. ความวิตกกังวลที่เกิดจากสิ่งคุกคามความปลอดภัยของบุคคล ทำให้เกิดความวิตกกังวล สิ่งคุกคามนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1.1 สิ่งคุกคามด้านร่างกาย (Physical integrity) เป็นสิ่งที่มารบกวนต่อความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ได้แก่ การเจ็บป่วย การจะต้องได้รับการผ่าตัด การบาดเจ็บพื้นฐานในการดำรงชีวิต ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการพัฒนาการในวัยต่าง ๆ เป็นต้น

1.2 สิ่งคุกคามต่อความเป็นตนเอง (Self-system) เป็นสิ่งที่คุกคามความคิด ค่านิยมของบุคคล และกระบวนการพฤติกรรมที่ใช้เพื่อต่อต้านการเปลี่ยนแปลงแนวคิด เป็นสิ่งที่คุกคามความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง แบ่งเป็น 2 อย่าง ได้แก่

1.2.1 ความมุ่งหมาย ความคาดหวัง (ความประสงค์ ความหวัง ความต้องการ จินตภาพของตน) ที่แต่ละบุคคลยึดถือไว้แล้วไม่เป็นไปตามความต้องการ ไม่บรรลุเป้าหมาย หรือไม่เกิดขึ้นจริงในสถานการณ์ที่คาดหวังเหล่านี้

1.2.2 ความต้องการเพื่อศักดิ์ศรี สถานภาพและการเคารพนับถือ มีอยู่แต่ไม่พบในสถานการณ์นั้น เช่น การต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น การที่ต้องเปิดเผยร่างกาย ความกดดันทางสังคม และวัฒนธรรม เป็นต้น

2. ความวิตกกังวลที่เกิดจากการสื่อสารระหว่างบุคคล ผู้ที่มีความวิตกกังวลจะทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์นั้นเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

จากสาเหตุดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามความปลอดภัยหรือคุกคามต่อความเป็นตนเอง และสามารถถ่ายทอดถึงกันได้

ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลมีผลต่อร่างกาย จิตใจ ความคิดและพฤติกรรม ความวิตกกังวลในระดับต่ำและไม่นานเกินไป เป็นตัวกระตุ้นบุคคลให้กระทำสิ่งต่างๆ อย่างกระตือรือร้น สามารถที่จะแก้ปัญหาได้ มีความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ มีความรู้สึกเชื่อมั่นและภูมิใจในตัวเองมากขึ้น แต่ถ้าความวิตกกังวลในระดับรุนแรงหรือเกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนานจะเกิดผลเสียต่างๆ มากมายดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2556; ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2553)

1. ผลการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี อีพิเนพรีน (Epinephrine) นอร์อีพิเนพรีน (Norepinephrine) และอะดรี โนคอร์ติคอลลฮอร์โมน (Adreno cortical hormone) จะถูกขับออกสู่กระแสเลือดมากขึ้น ซึ่งฮอร์ โมนเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ สารน้ำ และการเผาผลาญอาหารในร่างกาย

2. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ระดับความวิตกกังวลเกิดขึ้น เนื่องจากระบบซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ถูกกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หัวใจจะเต้นเร็วและถี่ขึ้น การหายใจลึกและเร็วขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของร่างกายและความดันโลหิต มีการเปลี่ยนแปลงของประจำเดือน ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออกตัวเย็น ผิวน้ำซีดเย็น ม่านตาขยายใหญ่ น้ำตาลถูกขับออกจากตับมากขึ้น กล้ามเนื้อเกร็ง ตัวสั่น

3. ผลต่อความสามารถในการสังเกต ได้แก่ การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้นและผิวหนัง ความสามารถในการสังเกตจะลดลงตามระดับการเพิ่มขึ้นของความวิตกกังวล

4. ผลต่อสมาธิและความจำ ความวิตกกังวลเล็กน้อยและปานกลางจะมีผลให้มีสมาธิและความจำดีขึ้น แต่ความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรง จะมีสมาธิและความจำลดลง จะกระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง

5. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นผลของความรู้สึกขัดแย้งและไม่แน่ใจ จะแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัดใจ กังวล ไม่สบายใจ หวาดหวั่น หงุดหงิด มีความโกรธ อาจมีอารมณ์เศร้า เพราะรู้สึกไม่มีใครสามารถช่วยตนเองได้

6. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะแสดงพฤติกรรมออกได้ทั้งคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย นั่งเฉย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ก้าวร้าว เอะอะ พุดหรือถามซ้ำในเรื่องเดิม หลับตาหรือกลอกตาไปมา ไม่ให้ความร่วมมือในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

จากกลไกและสาเหตุของความวิตกกังวลดังกล่าว สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าความมั่นคงปลอดภัยของตนเองถูกคุกคามจะทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง อาจทำให้เกิดผลเสียที่เป็นอันตรายต่อบุคคลนั้น ๆ ได้

การประเมินความวิตกกังวล

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวล มีดังนี้ (दारारวรรณ ต๊ะปินตา, 2535)

1. การประเมินความวิตกกังวล โดยการให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นการรายงานด้วยวาจา รายงานด้วยการเขียนหรือตอบคำถามจากแบบสอบถาม หรือแบบวัดความวิตกกังวล ซึ่งมีผู้สร้างขึ้นใช้หลายชนิด ได้แก่

1.1 มาตรวัดความวิตกกังวลโดยการเปรียบเทียบกับสายตา เป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเอง มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ปลายเปิดทางด้านซ้ายจะแสดงถึงความรู้สึก “ไม่มีความวิตกกังวล” ปลายเปิดทางด้านขวาจะแสดงความรู้สึก

“มีความวิตกกังวลมากที่สุด” ผู้ที่ทำแบบประเมินนี้จะทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงตามระดับความวิตกกังวลที่มีอยู่ของบุคคลนั้น

1.2 แบบวัดความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ (The State-trait anxiety inventory) ที่พัฒนาขึ้นโดย Spielberger ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 และปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ. 1983 แบบวัดนี้จะแยกประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์และความวิตกกังวลแฝง ซึ่งแบบวัดทั้ง 2 ชนิดประกอบไปด้วยข้อคำถามของแต่ละแบบวัด จำนวน 20 ข้อ โดยให้เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลยจนถึงมากที่สุด ซึ่งการประเมินความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้ใช้ได้สะดวกและได้ผลดี ถ้าแบบวัดที่สร้างขึ้นมีความเที่ยงและความตรงสูง

2. การประเมินจากสภาพทางสรีระวิทยา โดยการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต การหลั่งของน้ำลาย การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต การดึงของกล้ามเนื้อ ความเกร็งของผิวหนัง การตรวจคลื่นสมอง เป็นต้น ซึ่งจะต้องอาศัยผู้ชำนาญการทางการแพทย์และการแปลผลที่ได้จากการตรวจทางสรีระวิทยา

3. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล โดยการสังเกตพฤติกรรมโดยตรงและโดยทางอ้อม การสังเกตโดยตรง เช่น การสังเกตอาการหายใจแรง มือสั่น เหงื่อออก กัดริมฝีปาก ถอนหายใจ ลักษณะการพูดเปลี่ยนไป เช่น พูดเร็วขึ้นหรือพูดช้าลง เป็นต้น ซึ่งการสังเกตพฤติกรรมเพื่อประเมินความวิตกกังวลนี้มีแบบการสังเกตไว้เป็นแนวทางในการสังเกต เช่น TBCL (Timed Behavioral Check List) หรือแบบวัดอัตราการพูด เป็นต้น ส่วนการสังเกตพฤติกรรมทางอ้อม เมื่อประเมินภาวะความวิตกกังวลสามารถสังเกตได้จากสภาพการณ์ธรรมชาติ เช่น การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลที่เข้าไปในเขตหวงห้าม หรือสังเกตพฤติกรรมของบุคคลที่ทำให้คิดถูกหมาย ซึ่งวิธีนี้มักมีปัญหาในเรื่องจรรยาบรรณ และการสังเกตก็ต้องมีการวางแผนล่วงหน้าเป็นอย่างดี หรืออีกวิธีหนึ่งที่จะสามารถสังเกตพฤติกรรมได้ทางอ้อม โดยการให้บุคคลแสดงบทบาทสมมติแล้วสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวลหรือให้บุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแล้วสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวลจาก BAT (Behavioral Avoidance Tests) เป็นต้น

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ ซึ่งสร้างขึ้นโดย Spielberger (1983) มีชื่อเรียกว่า State-Trait Anxiety Inventory from Y-1 [STAI from Y-1] ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ดารารรรณ ต๊ะปินตา (2535) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ เป็นข้อคำถามสั้น ๆ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ (Rating scale) และ

แบ่งระดับความวิตกกังวลแบบช่วงคะแนนเป็น 3 ช่วง (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 3)

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนั้น ไม่ว่าจะการผ่าตัดนั้นจะเป็นการผ่าตัดเล็กหรือการผ่าตัดใหญ่ มักเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและความกลัวกับผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น (Ignacio et al., 2012) และการผ่าตัดตาถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางด้านจักษุ ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเฉพาะที่มากกว่าวิธีการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เนื่องจากสามารถระงับความรู้สึกทำให้ตาหยุดนิ่งได้ดี และจะทำในขณะที่ผู้ป่วยตื่นและรู้สึกตัวดี ซึ่งมีความปลอดภัย และมีภาวะแทรกซ้อนต่ำ (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล, 2551) แต่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตาทุกคนจะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น (เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ, 2554; Mitsonis et al., 2006; Nijkamp et al., 2004; Oliveira et al., 2006) เนื่องจากการผ่าตัดต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย และดวงตาเป็นอวัยวะหนึ่งที่มีความสำคัญกับการดำรงชีวิต เมื่อเกิดความผิดปกติของดวงตาเกี่ยวกับการมองเห็น ย่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (วนิษา ชื่นกองแก้ว และอภิชาติ สิงคาลวนิช, 2550) ถึงแม้ว่าการผ่าตัดจะมีความปลอดภัยเพียงใดก็ตาม แต่ก็ยังเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูงก่อนผ่าตัด (ศรีประภา จันท์มีศรี, 2551) โดยเฉพาะขณะรอในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยต้องมาอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ที่แปลกไปจากหอผู้ป่วยเดิมที่เคยอยู่ จะยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลยิ่งขึ้น (Haugen et al., 2009)

การเข้ารับการผ่าตัดตาแบบที่มีการเตรียมล่วงหน้าในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ผู้ป่วยมักจะต้องประสบกับสถานการณ์การรอในห้องผ่าตัดทั้งที่เกิดจากตัวผู้ป่วย และจากการที่บุคลากรห้องผ่าตัดจะต้องมีการจัดการให้ผู้ป่วยผ่าตัดตารายแรกของวันสามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ทันที เมื่อจักษุแพทย์พร้อมที่จะทำผ่าตัดในตอนเช้า และให้ผู้ป่วยลำดับต่อไปเข้ารับการผ่าตัดได้ทันทีภายหลังจากที่ผู้ป่วยลำดับก่อนหน้าเสร็จการผ่าตัด โดยไม่ให้เสียเวลาในการรอคอย เพื่อให้เกิดการใช้ห้องผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ข้อจำกัดของเวลา ในการผ่าตัดตาจำเป็นต้องรับผู้ป่วยมารอในห้องผ่าตัดครั้งแรกอย่างน้อย 4 คน เพื่อมาเตรียมความพร้อมของดวงตาก่อนการผ่าตัด โดยในระหว่างรอในห้องผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับประเมินสัญญาณชีพก่อนทำผ่าตัด และหยอดยาชา ยาขยายม่านตาทุก 5-10 นาทีก่อนการฉีดยาชาประมาณ 20-30 นาที และหลังจากฉีดยาชาแพทย์จะนัดหรือวางลูกบอลกดบริเวณดวงตาของผู้ป่วยประมาณ 5-10 นาที ก่อนเข้ารับการผ่าตัดตา (งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ, 2556) ทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดตาส่วนใหญ่มีระยะเวลารอในห้องผ่าตัดแตกต่างกัน ซึ่งในช่วงระยะเวลาการรอการผ่าตัดนี้ ผู้ป่วยจะต้องประสบกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ภายในห้องผ่าตัด ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

จากการศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดที่ใช้ยาชาเฉพาะที่ของ Haugen et al. (2009) พบว่า ร้อยละ 23 ของผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เมื่อมาถึงห้องผ่าตัดและจะเพิ่มสูงขึ้นในขณะรอผ่าตัด และร้อยละ 35 ของผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเมื่อเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nijkamp et al. (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก จะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับปานกลาง จะเกิดขึ้นทันทีตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าจะต้องทำผ่าตัด และจะเพิ่มสูงขึ้นในขณะผ่าตัด และการได้รับการอธิบายที่บริเวณดวงตา เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และสอดคล้องกับการศึกษาของ เอื่องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ (2554) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดตาแบบผู้ป่วยนอก พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตาอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง คิดเป็นร้อยละ 74.5 เนื่องจากดวงตาเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญกับการดำรงชีวิต ทำให้มนุษย์สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ และมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมรอบตัวและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เอื่องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ, 2554)

นอกจากนี้ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น อาจเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ จากการศึกษาของ Marback, Temporini, and Kara Júnior (2007) ที่ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่า ร้อยละ 33 ของผู้ป่วยกลัวการผ่าตัด ร้อยละ 54 กลัวมองไม่เห็น กลัวตาบอด และร้อยละ 12.7 กลัวตายขณะผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการผ่าตัดและปัญหาที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การสูญเสียการควบคุมตัวเอง การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหรือแบบแผนชีวิต ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Nijkamp et al., 2004; Oliveira et al., 2006)

จากสาเหตุและปัจจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามจากความปลอดภัย โดยเฉพาะขณะที่ผู้ป่วยรอในห้องผ่าตัดเป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ (Jawaid et al., 2007; Nigussie et al., 2014) ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด เกิดจากการที่ผู้ป่วยประเมินสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เผชิญขณะรอในห้องผ่าตัดว่าเป็นสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดอันตราย ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล และระดับความวิตกกังวลนี้จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของบุคคลที่แตกต่างกันในสถานการณ์หนึ่ง ๆ อาจทำให้บุคคลรับรู้ได้ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับพื้นฐานและประสบการณ์ของบุคคลแต่ละคน บางครั้งสถานการณ์ที่ไม่สำคัญ แต่สามารถเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลที่ทำให้เกิดผลในระดับรุนแรงได้ (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2553)

ผลของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

ความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาของมนุษย์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ไม่รู้จัก เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นขณะเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นความกลัวที่ไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนถึงสาเหตุของสิ่งที่คุกคาม มีความสัมพันธ์กับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จะแสดงออกมาในลักษณะความหวาดหวั่น หวาดกลัว ตึงเครียด กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ และเคลื่อนไหวโดยไม่มีเป้าหมาย (Grieve, 2002) ความรู้สึกดังกล่าวจะมีผลต่อการทำหน้าที่ของบุคคล ทำให้เกิดการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2553) ผู้ป่วยทุกคนมักมีความวิตกกังวลตั้งแต่รู้ว่าต้องรับการรักษาด้วยผ่าตัด เนื่องจากการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่รักษาด้วยการผ่าตัดนั้นเป็นโรคที่รักษาด้วยวิธีอื่นไม่หาย ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่สุขสบายทางร่างกาย และรู้ว่าหลังผ่าตัดต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากบาดแผลผ่าตัด และต้องพึ่งพาผู้อื่นจึงทำให้วิตกกังวลกังวล (นงเยาว์ สมพิทยานุรักษ์, 2553) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังมีความวิตกกังวลเรื่องภาพลักษณ์ต่าง ๆ หลังผ่าตัด (เรณู อาจสาลี, 2553) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีการประเมินสถานการณ์ที่เผชิญแตกต่างกัน

ขณะรอในห้องผ่าตัด เป็นอีกสถานการณ์หนึ่งที่ผู้ป่วยผ่าตัดตาจะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเกิดอันตรายมากระตุ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล (ปริศนา จิระชีวี, 2551) ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายปล่อยสารแคททีโลลามีนออกมา ทำให้ไปกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตอรอยด์ เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น หัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็วขึ้น ปากแห้ง ตัวสั่น เหงื่อออก ปัสสาวะบ่อย คลื่นไส้ อาเจียน รบกวนต่อสมดุลของอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียม เพิ่มการทำลายไกลโคเจนในตับและกล้ามเนื้อ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2554) ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้งหรือขาดการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน (Gilmartin & Wright, 2008B) ทำให้ไม่สุขสบาย หวาดกลัว ตื่นตกใจ ไม่มีสมาธิ ทำให้การตัดสินใจไม่ดี (Bailey, 2010) ซึ่งความวิตกกังวลนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากการยับยั้งการสร้างแอนติบอดีในร่างกายและยับยั้งการสังเคราะห์สารคอลลาเจนทำให้การหายของแผลหลังผ่าตัดช้าลง ทำให้การฟื้นฟูภาวะปกติยาวนานออกไป (Kagan & Bar-Tal, 2008)

หากความวิตกกังวลสูงตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และต่อเนื่องมาจนถึงในระยะผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการยาระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้นในขณะที่ผ่าตัด ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการใช้ยาระงับความรู้สึก (Nigussie et al., 2014) โดยเฉพาะการผ่าตัดตา หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมาก จะทำให้ผู้ป่วยกระสับกระส่าย ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม ก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือ

ในขณะที่ผ่าตัดได้ ทำให้เป็นอุปสรรคครบวงจรกระบวนการผ่าตัด จนกระทั่งนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ระหว่างผ่าตัด ทำให้ต้องเลื่อนหรืองดการผ่าตัดไป สุดท้ายอาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพหรือสูญเสียดวงตาได้ในที่สุด (ปริศนา จิระชีวี, 2551) จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เป็นปัญหาที่จำเป็น ที่จะต้องหาทางแก้ไขและให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลมากที่สุดก่อนที่จะทำผ่าตัด ดังนั้น การศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด จึงเป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับผู้ที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและช่วยป้องกันหรือลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะรอในห้องผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด มีความพร้อมที่จะเผชิญกับการผ่าตัดที่เกิดขึ้นได้อย่างปลอดภัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

จากแนวคิดความวิตกกังวลของ Spielberger (1972) อธิบายว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นกระบวนการความคิด บุคคลจะประเมินสภาพการณ์นั้น ๆ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้และกระบวนการคิดของแต่ละบุคคล ซึ่งความวิตกกังวลที่แสดงออกมานั้น ประกอบด้วยความวิตกกังวลแฝงที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรม และความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์จะเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะมีปฏิสัมพันธ์กัน เมื่อมีสิ่งเร้ามาเสริมก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ในทุกสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามต่อความปลอดภัย โดยเฉพาะการที่บุคคลต้องเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ โดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากปัจจัยทั้งจากตัวบุคคล และจากสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งคุกคามที่ทำให้มีความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์เกิดขึ้น และระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการรับรู้และกระบวนการคิดของแต่ละบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัด มีได้หลายประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในอดีต ระยะเวลาที่รอการผ่าตัด ความรู้สึกไม่แน่นอนในการผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม (Hughes et al., 2004; Koivula et al., 2002; Nijkamp et al., 2002, 2004; Yilmaz et al., 2012) และความต้องการข้อมูล (ศรีประภา

จันทร์มีศรี, 2551; สุภาพรณ นิตยสุภาภรณ์ และคณะ, 2557; Kiyohara et al. 2004; Pager, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา พบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยประเมินสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ต่าง ๆ รอบตัวขณะรอในห้องผ่าตัด รวมทั้งเกิดจากความคิดหรือความรู้สึกของผู้ป่วยขณะรอในห้องผ่าตัดที่มากระตุ้นทำให้เกิดความวิตกกังวล ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความต้องการข้อมูล

ความต้องการข้อมูลเป็นความประสงค์ที่จะได้รับความรู้หรือคำอธิบายที่ผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด ต้องการจากแพทย์และพยาบาล เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย มีภาวะวิกฤติ หรือมีความเครียดจะมีผลทำให้เกิดความต้องการ โดยเฉพาะในเวลาที่มีภาวะคุกคามชีวิตจะมีความต้องการที่จะลดสิ่งที่มาคุกคามชีวิตเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ (Jalala et al., 2010) ดังนั้นเมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลและต้องการลดความไม่สบายใจจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลเหล่านั้นจะพยายามแสวงหาวิธีการเพื่อปรับตัวเองให้คลายความวิตกกังวล (สุภาพรณ นิตยสุภาภรณ์ และคณะ, 2557) ซึ่งการแสวงหาข้อมูลเป็นวิธีการเผชิญปัญหาวิธีหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ, 2554) เป็นการกระทำเพื่อสนองความต้องการข้อมูล อันเกิดจากการขาดข้อมูลที่ต้องการ (Pager, 2005) ซึ่งความต้องการข้อมูลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสำคัญของข้อมูลในสถานการณ์นั้น ๆ การขาดข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นจะกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (Kiyohara et al., 2004) การให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการจะช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความวิตกกังวลได้ (พรทิภา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ, 2551; Pager, 2005)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมีความต้องการรับรู้ข้อมูลก่อนผ่าตัด อยู่ในระดับมาก (สุภาพรณ นิตยสุภาภรณ์ และคณะ, 2557; เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ, 2554; Kiyohara et al., 2004; Pager, 2005) ส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดแตกต่างจากที่พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยควรจะได้และแตกต่างจากที่ผู้ป่วยได้รับ (ศรีประภา จันทร์มีศรี, 2551) และผู้ป่วยได้รับการตอบสนองน้อยในเรื่องการได้รับข้อมูลที่แท้จริงและการได้รับทราบอาการป่วยที่ชัดเจน (Farbound, Ching, & Tomkinson, 2009) ซึ่งการให้ข้อมูลที่ข้อมูลที่แท้จริงและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยคาดหวังเหตุการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้นและช่วยลดความวิตกกังวล (Kiyohara et al., 2004)

โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการจะมีลักษณะแตกต่างกัน สามารถแบ่งได้ 4 ด้าน (ประณีต ส่งวัฒนา, 2547; Grieve, 2002) ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกทักษะด้านการปฏิบัติตัว ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกรวมถึงมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ (Situation or procedural information) เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับข้อมูลและเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งรวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ข้อมูลทางด้านวิธีการจะช่วยลดภาวะวิกฤติทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยและช่วยลดความกลัวได้ ซึ่งข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการในขณะรอในห้องผ่าตัด ได้แก่

- 1.1 การอธิบายขั้นตอนและวิธีการผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ
- 1.2 อธิบายถึงการเตรียมผู้ป่วย และการติดอุปกรณ์ในการตรวจวัดสัญญาณชีพที่ตัวผู้ป่วย
- 1.3 อธิบายถึงขั้นตอนและวิธีการหยอดยาชา ยาขยายม่านตา และการฉีดยาชาเฉพาะที่
- 1.4 อธิบายถึงวิธีการปฏิบัติ/ คู่มือของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในขณะผ่าตัด เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพเป็นระยะ ๆ การผูกรัดขาเพื่อป้องกันการพลัดตกจากเตียงผ่าตัด

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกทักษะด้านการปฏิบัติตัว (Skill training information) เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการปฏิบัติตัวขณะได้รับการทำหัตถการต่าง ๆ และการปฏิบัติทักษะเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติเกี่ยวกับการผ่าตัด ได้ดี ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกทักษะด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นข้อมูลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ได้แก่

- 2.1 การสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะหยอดยาชา ยาขยายม่านตา และการฉีดยาชาเฉพาะที่
- 2.2 แนะนำการฝึกหายใจผ่อนคลายเป็นลดความกลัว ตื่นเต้น
- 2.3 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัด เช่น การฝึกมองตรง การหายใจได้ลึกคลุมผ่าตัด การไอ
- 2.4 วิธีการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในขณะรอผ่าตัดและขณะผ่าตัด

3. ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย (Patients role information) เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการเผชิญและจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการตัดสินใจได้ และรู้ว่าตนเองอยู่ในบทบาทของผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้และปฏิบัติตัวอย่างไร ได้แก่

3.1 การให้ความร่วมมือในการเตรียมก่อนผ่าตัดและขณะผ่าตัด

3.2 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด เช่น การนอนนิ่ง ๆ ไม่สะบัดหน้า

4. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (Sensation information) เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญในการเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งการให้ข้อมูลประเภทนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยรับทราบว่าเป็นความรู้สึกปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยผ่าตัดทุกคน และช่วยลดความวิตกกังวล ได้แก่

4.1 ความรู้สึกอึดอัด คับแคบ หรือการถูกจำกัดพื้นที่ในการเคลื่อนไหวบนเปลขณะรอในห้องผ่าตัดหรือบนเตียงผ่าตัด

4.2 ความรู้สึกเย็น หรือหนาวเกินไปในห้องผ่าตัด โดยอธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นในการใช้เครื่องปรับอากาศในห้องผ่าตัด

4.3 ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่และหลังได้รับการหยอดยาชา ยาชาขย่มานตา และการฉีดยาชาเฉพาะที่

4.4 ความรู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวกในขณะที่ผ่าตัด

แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด จากการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดจากทีมสุขภาพมาก่อนบ้างแล้ว แต่ขณะรอในห้องผ่าตัดผู้ป่วยยังคงต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการซักซ้อมความเข้าใจ ก่อให้เกิดความร่วมมือในการผ่าตัด (ศรีประภา จันทรมีศรี, 2551) ช่วยบรรเทาความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในการเผชิญกับการผ่าตัด (Pager, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนการผ่าตัดอยู่ในระดับมาก (พรทิวา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ, 2551; สุภาพรรณ นิตยสุภาภรณ์ และคณะ, 2557; Kiyohara et al., 2004; Pager, 2005) และการได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ปริศนา จิระชีวี, 2551; พรทิวา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ, 2551; ศิริลักษณ์ กิจศิริไพศาล และคณะ, 2555) จากการศึกษาความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยผ่าตัดตาของ เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ (2554) พบว่า ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง และข้อมูลที่ต้องการมากที่สุด คือ ด้านเกี่ยวกับการผ่าตัด เช่นเดียวการศึกษาของ งามพิศ ธนไพศาล และคณะ (2551) ที่ศึกษาความต้องการข้อมูล

ก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับมาก และข้อมูลที่ต้องการมากที่สุด คือ ด้านเกี่ยวกับการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีประภา จันทรมีศรี (2551) ที่ศึกษาความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับมาก และข้อมูลที่ต้องการมากที่สุด คือ ด้านเกี่ยวกับสถานการณ์และขั้นตอนวิธีการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Samsudin (2005) ที่ศึกษาความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับมาก และข้อมูลที่ต้องการมากที่สุด คือ ด้านเกี่ยวกับสถานการณ์และขั้นตอนวิธีการ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัด พบว่ายังมีความขัดแย้งกัน จากการศึกษาของ สุภาพรรณ นิตยสุภาภรณ์ และคณะ (2557) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ($r = .213, p < .001$) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สายสวาท ปาจิณะ (2556) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่า ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล

การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัดเกี่ยวกับการได้รับการดูแล เอาใจใส่ ใ่วางใจ การสนับสนุนช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต้องการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000) บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงทำให้เกิดโรคได้ง่าย (Kim et al., 2008) การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ โดยผลทางตรงนั้นทำให้บุคคล (ผู้รับ) เกิดความรู้สึกรับรู้ว่ามีบุคคล (ผู้ให้) ยินดีให้ความช่วยเหลือจนเกิดความรู้สึกด้านบวกว่ามีคนรักใคร่ ยอมรับนับถือ รับรู้ถึงความมีคุณค่าของตนจนทำให้มีอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมีความสามารถที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ ผลของความรู้สึกด้านจิตใจนี้จะส่งผ่านทางระบบประสาท-ระบบต่อมไร้ท่อ และการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันหรืออาจมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผลทางอ้อมจะช่วยลดภาวะวิกฤตในชีวิต เมื่อมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด โดยจะช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกหม่นหมองทางช่วยเหลือหรือรู้สึกว่าคุณค่า และยังช่วยเพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจ

ในตนเอง (Cohen et al., 2000) เมื่อมีสถานการณ์ต่าง ๆ เข้ามากระทบ จะช่วยให้มีการประเมินสถานการณ์นั้นใหม่และสามารถส่งเสริมให้เผชิญสถานการณ์ได้ดีขึ้น (Yilmaz et al., 2012) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอำนาจจัดการกับความวิตกกังวลลงได้ (Krohne & Slangen, 2005) การศึกษาครั้งนี้ใช้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบไปด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากรและการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ มีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้ความรัก ให้ความไว้วางใจ การยกย่อง เอาใจใส่ ห่วงใย เห็นคุณค่า และการรับฟัง รวมทั้งมีความรู้สึก เห็นอกเห็นใจ เนื่องจากผู้ป่วยผ่าตัดตาขณะรอในห้องผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งนอกจากต้องเผชิญกับการเสื่อมตามวัยแล้วยังต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น และต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทำให้เกิดความเครียด ความกลัว มีจินตนาการวณเวียนเกี่ยวกับการผ่าตัด ไม่มั่นใจในความปลอดภัย (ปริศนา จิระชีวี, 2551) ดังนั้นผู้ป่วยผ่าตัดตา จำเป็นต้องการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ถ้าได้รับไม่เพียงพอหรือไม่ตรงกับความต้องการอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ รวมทั้งการให้ความรู้หรือข้อปฏิบัติ ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ เนื่องจากการผ่าตัดเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต ดังนั้น ผู้ป่วยผ่าตัดตาขณะรอในห้องผ่าตัด จำเป็นต้องได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และคอยกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากโรคทางตาทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจน และการผ่าตัดตาเป็นการผ่าตัดที่ทำในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย การขาดการสนับสนุนด้านความรู้หรือด้านข้อมูลข่าวสาร จะส่งผลให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวลได้

3. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องสิ่งของ การเงิน แรงงาน เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านการให้บริการต่าง ๆ ในยามเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัดจะต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น เติงแคบและแข็ง การต้องนอนหงายราบ ห้ามหนุนหมอนร่วมกับการรอผ่าตัดที่ใช้เวลานาน รวมถึงสภาพแวดล้อมอื่นในห้องผ่าตัด ดังนั้น การให้บริการหรือการดูแลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและคลายความวิตกกังวล

4. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเองหรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง การยกย่อง ชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจ และการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

ผู้ป่วยผ่าตัดตาขณะรอในห้องผ่าตัดจะต้องมีการติดต่อสื่อสารกับพยาบาลห้องผ่าตัดตลอดเวลา ตั้งแต่การเชื่อมก่อนการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีโอกาสแสดงความคิดเห็น ตลอดจนได้รับคำชมเชย จากการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีกำลังใจและเต็มใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างมีความสุข (Marback et al., 2007) ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะมีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคงและสามารถลดความวิตกกังวลได้ (Hughes et al., 2004; Nijkamp et al., 2002, 2004)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัด พบว่า การศึกษาของ Nijkamp et al. (2004) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยโรคต่อกระจกแบบผู้ป่วยนอก พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระจก ได้แก่ เพศ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ความคาดหวังและความวิตกกังวล ชนิดแฝง สอดคล้องกับการศึกษาของ Briesen, Geneau, Roberts, Opiyo, and Courtright (2010) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Koivula et al. (2002) ที่ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลจะมีความวิตกกังวลและความกลัวลดลง และการได้รับสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล (Hughes et al., 2004; Koivula et al., 2002; Nijkamp et al., 2002, 2004; Yilmaz et al., 2012) เนื่องจากการให้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

ระยะเวลารอผ่าตัด

ระยะเวลารอผ่าตัด หมายถึง เวลาในการรอผ่าตัดเป็นนาทีที่ผู้ป่วยรอเพื่อที่จะเข้ารับการผ่าตัด โดยนับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาถึงยังบริเวณของห้องผ่าตัด จนกระทั่งนำผู้ป่วยเข้าห้องเพื่อทำการผ่าตัดเป็นความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่การผ่าตัดใกล้จะเกิดขึ้น ในช่วงระยะเวลาการรอผ่าตัดนี้ ผู้ป่วยจะต้องประสบกับสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความคิดคาดการณ์กับสถานการณ์นั้น ๆ ทำให้เกิดความกังวลที่แตกต่างกันไป (Jawaid, 2007) ผู้ป่วยที่มีระยะเวลา

ในการรอผ่าตัดที่นานจะแสดงออกมาในลักษณะหวาดหวั่นกังวล และเกิดความกลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Nigussie et al., 2014) ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรู้และกระบวนการคิดของแต่ละบุคคล (Spielberger, 1972)

สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ต้องประสบกับสถานการณ์การรอในห้องผ่าตัด เนื่องจากต้องมีการรับผู้ป่วยมาเตรียมความพร้อมของดวงตาก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 30 นาที และการที่บุคลากรห้องผ่าตัดจะต้องมีการจัดการให้เกิดการใช้ห้องผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ข้อจำกัดในเรื่องของเวลา แต่บุคลากรในการรับ-ส่งผู้ป่วยมีจำนวนจำกัด ในขณะที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมีจำนวนมาก จึงทำให้ต้องรับผู้ป่วยมาจากหอผู้ป่วยก่อนเวลาผ่าตัดระยะหนึ่ง นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยผ่าตัดลำดับก่อนหน้า อาจมีระยะเวลาการผ่าตัดที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอน เพราะมีความซับซ้อนทางการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยที่รอในห้องผ่าตัดต้องประสบกับสิ่งรบกวนในห้องผ่าตัด ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระยะเวลาการรอผ่าตัดกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัด พบว่า การศึกษาของ Nijkamp et al. (2004) ที่ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่า ระยะเวลาในการรอแพทย์มาทำผ่าตัดที่นานทำให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Gallagher and McKinley (2007) ที่ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ และ Navarro-García et al. (2011) ที่ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พบว่า หากผู้ป่วยมีระยะเวลาการรอผ่าตัดที่นานมากขึ้น ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก็จะเพิ่มตาม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gilmartin and Wright (2008B) ที่ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก พบว่า ระยะเวลาการรอผ่าตัดที่นานร่วมกับการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง ในขณะที่รอผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าไม่ได้รับการดูแลในขณะที่รอผ่าตัด ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และระยะเวลาในการรอผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Gilmartin & Wright, 2008B; Yilmaz et al., 2012) ดังนั้น ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการรอผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัด พบว่า ความวิตกกังวลก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด แต่การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่ได้รับวิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป แบบช่องน้ำทางไขสันหลังที่หอผู้ป่วย และการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมีบริบทที่ต่างจากผู้ป่วยผ่าตัดตาขณะรอในห้องผ่าตัด ในเรื่องวิธีการทำผ่าตัด วิธีการได้รับยาระงับความรู้สึก และวิธีการเตรียมในขณะรอผ่าตัด ดังนั้น การได้ทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตาขณะรอในห้องผ่าตัด จะช่วยให้บุคลากร

ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้มีแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ต้องศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาหรือช่วยลดปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะรอในห้องผ่าตัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตาขณะรอในห้องผ่าตัด ได้แก่ ความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัด ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการให้การพยาบาล เพื่อช่วยลดสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและตอบสนองความต้องการขณะรอในห้องผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตา ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจก โรคต้อหิน โรคทางกระจกตา และโรคทางจอประสาทตาที่แพทย์วางแผนให้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบผู้ป่วยในที่มีการเตรียมล่วงหน้าและใช้ยาชาเฉพาะที่ ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตาแบบผู้ป่วยในจำนวน 2,352 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้อกระจก โรคต้อหิน โรคทางกระจกตาและโรคทางจอประสาทตาที่แพทย์วางแผนให้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและใช้ยาชาเฉพาะที่ แบบผู้ป่วยในที่มีตารางการผ่าตัด และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. มีการรับรู้ปกติ สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้
3. นัดมาเพื่อทำการผ่าตัดโรคต้อกระจก โรคต้อหิน โรคทางกระจกตาและโรคทางจอประสาทตาเป็นครั้งแรก
4. สามารถสื่อสารพูดภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ซึ่งใช้วิธีการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) เท่ากับ .25 เป็น Small effect size เนื่องจากการวิจัยทางการแพทย์ส่วนใหญ่ (52.7%) มีค่า Effect size น้อยกว่า .30 (Burns & Grove, 2009) คำนวณได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 120 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตาที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ในการนำเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละวันมีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตาประมาณ 10-15 ราย หลังจากนั้นได้ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากเลขคู่และเลขคี่ โดยดูจากลำดับการผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตาในแต่ละวัน เช่น ถ้าจับสลากได้เลขคี่ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยผ่าตัดตาที่มีลำดับการผ่าตัดเป็นเลขคี่ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดในวันนั้น ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดโดยเฉลี่ย 4-5 รายต่อวัน และดำเนินการสุ่มแบบนี้ทุกวันจนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบ 120 รายตามที่กำหนด ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 3 เดือน คือ ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559

สถานที่ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูล 3 แห่ง ได้แก่ ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยจักษุและหอผู้ป่วยพิเศษจักษุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ห้องผ่าตัดชั้น 5 อาคารหม่อมเจิงคำ มีจำนวนห้องผ่าตัด 4 ห้อง ให้บริการผ่าตัดทางด้านหู คอ จมูก 2 ห้อง ผ่าตัดทางด้านศัลยกรรมทั่วไป 1 ห้อง และผ่าตัดตา 1 ห้อง และห้องรอผ่าตัด ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกจะเป็นที่รอผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางด้านหู คอ จมูก และทางด้านศัลยกรรมทั่วไป ส่วนที่ 2 จะเป็นที่รอผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตา สำหรับการผ่าตัดตาจะเปิดให้บริการในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00-20.00 น. และวันเสาร์-อาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. ซึ่งเจ้าหน้าที่จะเริ่มไปรับผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยตั้งแต่เวลา 08.00 น. โดยครั้งแรกจะรับผู้ป่วยมารออย่างน้อย 4 ราย เพื่อประเมินความพร้อมของดวงตาก่อนการผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยผ่าตัดตาแต่ละรายจะมีระยะเวลารอผ่าตัดที่แตกต่างกัน และขณะรอในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยผ่าตัดตาจะได้รับการหยอดยาชา ยาขยายม่านตาจากพยาบาลประจำห้องรอผ่าตัด และก่อนเข้ารับการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการฉีดยาชาโดยแพทย์ที่ทำผ่าตัด หลังจากฉีดยาชาแล้วแพทย์จะนวดหรือวางลูกบอลกดบริเวณดวงตาประมาณ 10-20 นาทีก่อนเข้ารับการผ่าตัด และเมื่อเอาลูกบอลออกผู้ป่วยจะได้รับการปิดตาข้างที่จะต้องทำผ่าตัดไว้ ซึ่งการผ่าตัดตาทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติในขณะรอผ่าตัดไม่แตกต่างกัน

หอผู้ป่วยจักษุ ตึก 6 ชั้น 2 และหอผู้ป่วยพิเศษจักษุ ตึก 7 ชั้น 3 เป็นหอผู้ป่วยที่ให้บริการด้านการพยาบาลและดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับดวงตา ทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนและหลังผ่าตัด และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นชุดของคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด และแบบรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลา รอดผ่าตัด

2. แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกรวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์ (State-Trait Anxiety Inventory from Y-1 [STAI from Y-1]) ของ Spielberger (1983) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ดาราวรรณ ติ้ปะนิตา (2535)

ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 ข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 มีลักษณะคำตอบของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์ในการตอบแบบสัมภาษณ์

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกที่ไม่มีความวิตกกังวลเลย
มีบ้าง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกที่มีความวิตกกังวลบ้าง
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกที่มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกที่มีความวิตกกังวลมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เลย	ได้	1 คะแนน	4 คะแนน
มีบ้าง	ได้	2 คะแนน	3 คะแนน
ค่อนข้างมาก	ได้	3 คะแนน	2 คะแนน
มากที่สุด	ได้	4 คะแนน	1 คะแนน

คะแนนสูงสุด 80 คะแนน คะแนนต่ำสุด 20 คะแนน การแปลผลคะแนนความวิตกกังวล โดยการรวมคะแนนทั้งหมด พิจารณาแบ่งค่าคะแนนความวิตกกังวล ซึ่งอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ออกเป็น 3 ระดับ กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนและการแปลผลตาม ดาราวรรณ ติ้ปะนิตา (2535) ดังนี้

ระดับคะแนน 20-39 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับต่ำ

ระดับคะแนน 40-59 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 60-80 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับสูง

แบบสัมภาษณ์นี้ คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2535) ได้นำไปใช้วัดความวิตกกังวลของพยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่ จำนวน 86 คน ได้ค่าความเที่ยงจากการหาค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 ต่อมา เฉลิม เข็มวงศ์ (2557) ได้นำแบบสัมภาษณ์ ความวิตกกังวลไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุขณะผ่าตัด โดยได้รับยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง จำนวน 82 ราย ได้ค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

3. แบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ถึงความประสงค์ที่จะได้รับความรู้หรือคำอธิบายที่ผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด ต้องการจากแพทย์และพยาบาล ในเรื่องเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ การฝึกทักษะด้านการปฏิบัติตัว บทบาทของผู้ป่วย และความรู้สึก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกทักษะ ด้านการปฏิบัติตัว ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ข้อคำถามมีลักษณะ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) โดยกำหนดความต้องการออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนและการแปลผลดังนี้

ไม่เลย	ได้ 1 คะแนน	หมายถึง	ไม่ต้องการข้อมูลนั้นเลย
น้อย	ได้ 2 คะแนน	หมายถึง	ต้องการข้อมูลในระดับน้อย
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	หมายถึง	ต้องการข้อมูลในระดับปานกลาง
มาก	ได้ 4 คะแนน	หมายถึง	ต้องการข้อมูลในระดับมาก

4. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล เป็นแบบสัมภาษณ์ การรับรู้ของผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด เกี่ยวกับการได้รับการดูแล เอาใจใส่ ใ้วางใจ การสนับสนุนช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร ด้านการประเมินเปรียบเทียบ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) โดยกำหนดความต้องการออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 และได้กำหนดเกณฑ์ ให้คะแนนและการแปลผลดังนี้

ไม่ได้เลย	ได้ 1 คะแนน	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนเลย
น้อย	ได้ 2 คะแนน	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนน้อย
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	หมายถึง	ท่านได้รับการสนับสนุนปานกลาง

มาก ได้ 4 คะแนน หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยง (Reliability) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การหาความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูล และการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด จักษุ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความสอดคล้อง และความถูกต้องของเนื้อหาให้ครอบคลุม มีความชัดเจน มีความเหมาะสมของคำถามก่อนนำไปทดลองใช้ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) จากข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่านมีความเห็นสอดคล้องกันในระดับ 3 และ 4 และหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ ความต้องการข้อมูลและแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล เท่ากับ 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ชุดมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้อำนาจของอาจารย์ที่ปรึกษาให้มีความเหมาะสมทั้งด้านโครงสร้างเนื้อหา และการใช้ภาษาก่อนนำไปทดลองใช้

2. การตรวจสอบหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความต้องการข้อมูล และการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลไปทดลองใช้กับ กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย จากนั้นนำคะแนนที่ได้ ไปหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความต้องการข้อมูล และการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล เท่ากับ 0.84, 0.96 และ 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี พิจารณาและตรวจสอบความเหมาะสม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า การให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ และตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมทำการวิจัย

4. ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดตา เหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสัมภาษณ์ทันที พร้อมทั้งประสานงานกับทีมการรักษาพยาบาลในขณะนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

5. ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัย จะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ สามารถที่จะสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุ หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษจักษุ และหัวหน้างานห้องผ่าตัด ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดตา ที่ใช้ยาเฉพาะที่ ก่อนทำผ่าตัด 1 วัน และตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยผ่าตัดตาให้ตรงตามที่กำหนด เพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเลขคู่-เลขคี่ โดยดูจากลำดับการผ่าตัด จากตารางการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดในแต่ละวัน เช่น ถ้าจับฉลากได้เลขคี่ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีลำดับการผ่าตัดเป็นเลขคี่ ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดในวันนั้น ในการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง และในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ที่หอบผู้ป่วยในช่วงเย็นก่อนวันผ่าตัด 1 วัน เพื่อทำการคัดกรองเกี่ยวกับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการสอบถามวัน เวลา สถานที่ บุคคล ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่ามียากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ผิดปกติ และสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างให้เกิดความไว้วางใจ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ตลอดจนขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างแจ้งยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายว่าจะพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอในห้องผ่าตัด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอีกครั้งในห้องผ่าตัด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ในช่วงที่รอผ่าตัดจะมีการประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยทุก 10 นาที ก่อนเข้ารับการผ่าตัด หลังจากหอบผู้ป่วยได้รับการนิดยาชาผ่าน ไปประมาณ 5-10 นาที เมื่อยาชาออกฤทธิ์และผู้ป่วยคลายความปวด ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างฟังโดยปราศจากการชี้นำ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แล้วบันทึกคำตอบของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ ชุดดังกล่าว ประมาณ 5-10 นาที

6. ในระหว่างการตอบแบบสัมภาษณ์ หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดตา เห็นอ้อยออ่อนเพื่อย ความดันโลหิตสูง หรือไม่พร้อมที่จะตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสัมภาษณ์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้พัก และผู้วิจัยจะรอจนกว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการที่จะตอบแบบสัมภาษณ์ต่อไป

7. หลังจากตอบแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อขอเก็บข้อมูลในส่วนของข้อมูลทั่วไป ความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล ที่หอบผู้ป่วยภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างเสร็จสิ้น

การผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง และอยู่ในภาวะพร้อมที่จะตอบแบบสัมภาษณ์ได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ทั้ง 3 ชุดดังกล่าว ประมาณ 20-30 นาที

8. ดำเนินการเช่นข้อ 1-7 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 120 ราย ซึ่งในเก็บข้อมูลจะมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดเฉลี่ยวันละ 4-5 ราย และนำข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยนำมาแจกแจงหาความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
2. ข้อมูลความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด วิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยจะตรวจสอบว่าข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ เป็นข้อมูลที่ตรงตามเงื่อนไข โดยจะทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) ดังนี้
 - 4.1 ตัวแปรทั้ง 2 ตัวมีระดับการวัดที่ระดับ Interval หรือ Ratio
 - 4.2 กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร (Random sampling)
 - 4.3 ข้อมูลของตัวแปรอย่างน้อย 1 ตัวมีการกระจายเป็นแบบปกติ (Normal distribution)
 - 4.4 ที่ระดับค่าหนึ่งของตัวแปรที่หนึ่ง จะมีการกระจายของอีกตัวแปรหนึ่งเท่ากัน หรือมีความแปรปรวนเท่ากัน (Homoscedasticity)
 - 4.5 ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

โดยพิจารณาแบ่งระดับความสัมพันธ์ออกเป็น 3 ระดับ (ประคอง วรรณสุต, 2541 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) ได้แก่

ความสัมพันธ์ระดับต่ำ	คือ มีค่า $r = 0.1$ ถึง 0.3
ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง	คือ มีค่า $r = 0.3$ ถึง 0.7
ความสัมพันธ์ระดับสูง	คือ มีค่า r สูงกว่า 0.7

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคต้อกระจก โรคต้อหิน โรคทางกระจกตาและโรคทางจอประสาทตา ที่แพทย์วางแผนให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและใช้ยาเฉพาะที่จำนวน 120 ราย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประวัติโรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด และระยะเวลารอผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความต้องการข้อมูลและการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดตา

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล ระยะเวลารอผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตา

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัดและระยะเวลารอผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยผ่าตัดตา
($n=120$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	35.8
หญิง	77	64.2
อายุ		
20-40 ปี	5	4.2
41-60 ปี	39	32.5
61 ปีขึ้นไป	76	63.3
$M = 63.07, SD = 11.65, \text{Min} = 20, \text{Max} = 83$		
สถานภาพสมรส		
คู่	92	76.7
โสด	2	1.6
หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	26	21.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	8	6.7
ประถมศึกษา	90	75
มัธยมศึกษา	14	11.7
ปริญญาตรี	5	4.1
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.5
อาชีพ		
รับราชการ	3	2.5
ข้าราชการบำนาญ	5	4.2
รัฐวิสาหกิจ	1	0.8
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	5	4.2
ลูกจ้าง/ รับจ้าง	13	10.8
เกษตรกรกรรม	41	34.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ทำงาน	52	43.3
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	50	41.7
มี*	70	58.3
การวินิจฉัยโรค		
ต่อกระดูก	97	80.8
ต่อหิน	10	8.4
จอประสาทตาเสื่อม	12	10
กระจกตาเสื่อม/ แผลที่กระจกตา	1	0.8
ชนิดของการผ่าตัด		
ผ่าตัดต่อกระดูก	97	80.8
ผ่าตัดต่อหิน	10	8.4
ผ่าตัดจอประสาทตา	12	10
ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา	1	0.8
ระยะเวลาการผ่าตัด (นาที)		
$M = 66.38, SD = 28.60, \text{Min} = 20, \text{Max} = 155$		

หมายเหตุ: *โรคประจำตัวที่พบ คือ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร โรคหอบหืด โรคเก๊าท์ โรคภูมิแพ้ โรคไตเรื้อรัง โรคโลหิตจาง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.2) อายุเฉลี่ย 63.07 ปี ($SD = 11.65$) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.7) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 43.4) รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 34.2) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.3) การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นโรคต่อกระดูก (ร้อยละ 80.8) การผ่าตัดที่ได้รับจึงเป็นการผ่าตัดต่อกระดูก (ร้อยละ 80.8) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ย 66.38 นาที ($SD = 28.607, \text{Min} = 20, \text{Max} = 155$)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตาโดยหาจำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตา ($n = 120$)

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ	พิสัย		<i>M</i>	<i>SD</i>
			ที่เป็นไปได้	ที่เป็นจริง		
ระดับต่ำ	56	46.7	20-39	28-39	35.87	2.44
ระดับปานกลาง	63	52.5	40-59	40-56	45.01	4.01
ระดับสูง	1	0.8	60-80	63	63.0	-
รวม	120	100	20-80	28-63	40.90	6.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดตาส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.5) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลโดยรวม 40.90 ($SD = 6.0$)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความต้องการข้อมูล และการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดตา แสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการข้อมูลและการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดตา ($n = 120$)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>
ความต้องการข้อมูล	57.06	14.10
การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล	69.26	6.44

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดตามีความต้องการข้อมูล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 57.06$, $SD = 14.10$) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 69.26$, $SD = 6.44$)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ของปัจจัยความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตา แสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตา ($n = 120$)

ตัวแปร	<i>r</i>	<i>p</i> -value
การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล	-.186	.042
ระยะเวลารอผ่าตัด	.297	.001
ความต้องการข้อมูล	.033	.720

จากตารางที่ 4 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.186$) และระยะเวลารอผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .297$) ส่วนความต้องการข้อมูล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา ได้แก่ ความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัด โดยใช้แนวคิดความวิตกกังวลของ Spielberger (1972) เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อกระจก โรคต้อหิน โรคทางกระจกตาและโรคทางจอประสาทตาที่แพทย์วางแผนให้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด และใช้ยาชาเฉพาะที่ แบบผู้ป่วยในที่มีตารางการผ่าตัดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 120 ราย ที่ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูล แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และแบบรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลารอผ่าตัด มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) ของแบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูล และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล เท่ากับ 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูล และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล เท่ากับ 0.84, 0.96 และ 0.92 ตามลำดับ ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การจัดระดับและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.2) ซึ่งอยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 63.07 ปี ($SD = 11.65$) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.7) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 43.3) รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 34.2) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.3) การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นโรคต่อกระจก (ร้อยละ 80.8) การผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจก (ร้อยละ 80.8) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลารอผ่าตัดเฉลี่ย 66.38 นาที ($SD = 28.607$, Min = 20, Max = 155)

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.5) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลโดยรวม 40.9 ($SD = 6.0$) มีความต้องการข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 57.06, SD = 14.10$) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 69.26, SD = 6.44$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดตา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.186$) และระยะเวลารอผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .297$) ส่วนความต้องการข้อมูล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเพื่อศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด พบว่า ส่วนใหญ่คือร้อยละ 52.5 มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการผ่าตัดตาเป็นครั้งแรก ซึ่งดวงตาเป็นอวัยวะที่ใช้ในการมองเห็น และมีความสำคัญกับการดำรงชีวิต ทำให้มนุษย์สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ (เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ, 2554) และขณะรอในห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการหยอดยาชา ยาขยายม่านตาและฉีดยาชาบริเวณดวงตาข้างที่ทำผ่าตัด ทำให้ความสามารถในการมองเห็นลดลง (วิภาวี บูรณพงศ์, 2551) ซึ่งการฉีดยาชาบริเวณดวงตา เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว (Nijkamp et al., 2004) และผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ที่แปลกใหม่ในห้องผ่าตัด ความหนาวเย็นของห้องผ่าตัด เครื่องมือแปลกใหม่ บุคลากรที่มีการแต่งกายแตกต่างไปจากเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย และต้องแยกจากบุคคลใกล้ชิด (Haugen et al., 2009) ทำให้ผู้ป่วยประเมินว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นอันตรายหรือเป็นภาวะที่คุกคามต่อสวัสดิภาพความมั่นคงของตัวเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่แตกต่างออกไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้ และกระบวนการคิดตามแต่ละบุคคล (Spielberger, 1972) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างทุกราย

จึงมีความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื่องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ (2554) ที่ศึกษา ความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดตาแบบผู้ป่วยนอก และการศึกษาของ Nijkamp et al. (2004) ที่ศึกษา ความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดตาที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1 มีความวิตกกังวล ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาพร้อมกับการผ่าตัดต่อกระจก ซึ่งการผ่าตัดนี้ มีระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดตาชนิดอื่น ประกอบกับผู้ป่วยเป็นเพศหญิง อายุ 35 ปี ซึ่งเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย (Mitchell, 2011; Nijkamp et al., 2004; Yilmaz et al., 2012) และผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี จะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 61-80 ปี เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมาก จะมีประสบการณ์มากกว่า ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหา ได้ดีกว่า (มานฉิก อยุธยา และปราณี ศรีพลแทน, 2556)

การที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด อาจมีสาเหตุจาก องค์ประกอบด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 64.2 เป็นเพศหญิง ซึ่งเพศหญิง จะมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพศหญิง จะมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย (Mitchell, 2011; Nijkamp et al., 2004; Yilmaz et al., 2012) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 64.2 อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 63.07 ปี และในช่วงเวลา เก็บข้อมูลวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคทางจอประสาทตาและโรคทางกระจกตา ส่วนใหญ่แพทย์ จะผ่าตัดโดยใช้วิธีการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เนื่องจากมีระยะเวลาผ่าตัดที่นานและผู้ป่วย ไม่สามารถให้ความร่วมมือในขณะที่ผ่าตัดได้ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.8 เป็นโรคต่อกระจก การผ่าตัดที่ได้รับจึงเป็นการผ่าตัดต่อกระจก ซึ่งในปัจจุบันการผ่าตัด ต่อกระจกมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูง และหลังผ่าตัดส่วนใหญ่จะหายดีเป็นปกติ (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล, 2551) จึงเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความหวัง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมผ่าตัดล่วงหน้า ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดในระดับปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ และพยาบาล และระยะเวลารอผ่าตัดกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา สามารถอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

2.1 ความต้องการข้อมูล ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน หมายถึง ความต้องการข้อมูลที่มากขึ้นหรือน้อยลงไม่สามารถลด

หรือเพิ่มระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้ เนื่องจากความต้องการข้อมูลเป็นความรู้ลึกของบุคคล จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดข้อมูล และความต้องการข้อมูลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสำคัญของ ข้อมูลในสถานการณ์นั้น ๆ (Kiyohara et al., 2004) การขาดข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นจะกระตุ้น ให้เกิดความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น (Jlala et al., 2010) การแสวงหาข้อมูลจึงเป็นการ เผชิญปัญหาวิธีหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้ เพื่อสนองความต้องการข้อมูลอันเกิดจากการขาดข้อมูลที่ ต้องการ (Pager, 2005) เนื่องจากข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจ โดยเฉพะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนสูง เช่น ในระยะก่อนผ่าตัด นอกจากนี้การ ผ่าตัดเป็นความรู้เฉพาะสาขาแพทย์ ที่คนทั่วไปไม่มีความรู้แต่ต้องเกี่ยวข้องและเป็นผู้รับผลกระทบ ที่เกิดขึ้น โดยตรง ผู้ป่วยผ่าตัดจึงมีความต้องการข้อมูลที่มากขึ้น (พรทิวา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ, 2551)

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับมาก และความต้องการข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล อาจมีสาเหตุมาจาก กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 63.07 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งในปัจจุบัน การผ่าตัดต่อกระดูกมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูง และหลังผ่าตัดส่วนใหญ่จะหายดีเป็นปกติ (ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล, 2551) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมผ่าตัด ล่วงหน้า สิ่งเหล่านี้จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความต้องการข้อมูลที่มากจึงไม่ใช่เพื่อลดความวิตกกังวล แต่เพื่อที่จะ สามารถปฏิบัติตนได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด มากกว่า (สายสวาท ปาจิณะ, 2556) ดังนั้น ไม่ว่าจะกลุ่มตัวอย่างจะมีความวิตกกังวลมากหรือน้อย แตกต่างกัน ก็จะมีความต้องการข้อมูลในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายสวาท ปาจิณะ (2556) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับมาก แต่ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และสอดคล้อง กับการศึกษาของ พรทิวา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความต้องการข้อมูลกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหู คอ จมูก พบว่า ผู้ป่วย มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับมาก แต่ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์ กับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สุภาพรรณ นิตยสุภากรณ์ และคณะ (2557) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับปานกลาง และความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวล

ก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .213, p < .01$)

2.2 การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.186, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลในระดับมาก จะกระตุ้นให้รับรู้ถึงความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต้องการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ (Kim et al., 2008) เนื่องจากบุคคลต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อพึ่งพาอาศัยกันในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (House, 1981) การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่าง ๆ ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยได้ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Yilmaz et al., 2012) จึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอำนาจจัดการกับความวิตกกังวลลงได้ (Krohne & Slangen, 2005) การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ซึ่งหากผู้ป่วยผ่าตัดได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง และช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ (Hughes et al., 2004; Yilmaz et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nijkamp et al. (2004) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทางด้านบวกจะทำให้ระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดลดลง ($r = -.265, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Koivula et al. (2002) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลจากพยาบาล จะมีความวิตกกังวลและความกลัวลดลง ดังนั้นการได้รับสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลในด้านบวกทำให้ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง

2.3 ระยะเวลารอผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .297, p < .01$) เป็นไปตามสมมติฐาน หมายถึง ระยะเวลารอผ่าตัดที่มากขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลารอผ่าตัดโดยเฉลี่ย 66.38 นาที ($SD = 28.60$) ซึ่งผู้ป่วยผ่าตัดต้ามักจะต้องประสบกับสถานการณ์การรอผ่าตัด เนื่องจากต้องรับผู้ป่วยมาเตรียมความพร้อมของดวงตาก่อนผ่าตัด นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยลำดับก่อนหน้า อาจมีระยะเวลาการผ่าตัดที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอน ส่งผลให้ผู้ป่วยผ่าตัดต้ามักมีระยะเวลารอในห้องผ่าตัดที่นานขึ้น

แม้ยังไม่พบการศึกษาที่ระบุว่า ระยะเวลาการรอผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดตาที่เหมาะสมควรนานเท่าไร แต่การมีระยะเวลาการรอผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง (Gilmartin & Wright, 2008B) และเป็นเหตุให้ผู้ผู้ป่วยประสบกับสิ่งเร้าต่าง ๆ ในห้องผ่าตัดเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความคิดคาดการณ์กับสถานการณ์นั้น ๆ ส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด (Jawaid et al., 2007; Nigussie et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nijkamp et al. (2004) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก พบว่า ระยะเวลาในการรอแพทย์มาทำผ่าตัดที่นานทำให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gallagher and McKinley (2007) ที่ศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ พบว่า หากผู้ป่วยมีระยะเวลาการรอผ่าตัดที่นานมากขึ้น ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก็จะเพิ่มตาม ดังนั้น ระยะเวลาการรอผ่าตัดจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด อยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และระยะเวลาการรอผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จากผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรทำความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด โดยการประเมินวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจัดทำแนวทางการดูแล การประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยในขณะรอผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง และควรมีการสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุย เพื่อได้ระบายความรู้สึกที่อาจเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลได้ตลอดเวลาที่รอผ่าตัด และการมีระยะเวลาการรอผ่าตัดที่นานเกินไป จะมีโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยประสบกับสถานการณ์หรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ในห้องผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น จึงควรมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยการลดระยะเวลาการรอผ่าตัด เพื่อช่วยป้องกันหรือลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

ด้านการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดต่อกระจก ซึ่งมีความรุนแรงของโรค และระยะเวลาในการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดตาดชนิดอื่น จึงอาจยังไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัดได้ทั้งหมด

1. ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มเดิม แต่ให้มีความหลากหลายของชนิดการผ่าตัด รวมทั้งการเลือกตัวแปรอื่น ๆ มาศึกษา เช่น ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดต่างชนิดกัน จะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด โดยรวมต่อไป

2. ควรนำผลการศึกษารั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยทำนายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด

บรรณานุกรม

- กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, พรพิมล มาศนรากรณ์, และสมพร ชินโนรส. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. ใน สมพร ชินโนรส และไสว นรสาร (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางศัลยศาสตร์เล่ม 4* (หน้า 1-28). กรุงเทพฯ: ไร่ไทยเพลส.
- เกษชาดา เอื้อไพโรจน์กิจ. (2550). การเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก. ใน ปวีณา บุญนุรพงศ์, อรุณช เกี้ยวข้อง และเทวารักษ์ วีระวัฒนกันท์ (บรรณาธิการ), *วิสัญญีวิทยาชั้นต้น* (หน้า 188-193). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- งานการพยาบาลห้องผ่าตัด. (2558). *สรุปผลงานงานการพยาบาลห้องผ่าตัดทางด้านจักษุ ปี 2556-2558*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.
- งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ. (2556). โรคของแก้วตา. ใน ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (บรรณาธิการ), *ตำราทางจักษุวิทยา* (หน้า 198-230). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- งามพิศ ธนไพศาล, กัลยารัตน์ แสนโกษณ์, นิมนอนงค์ หล่อปริชาเศรษฐ, ไข่มุก โอนไธสง, วนิชดา อามาตย์ และวนารัตน์ ชินพันธ์. (2551). ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 23(4), 360-365.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2555). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2554). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 11). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการสถาบันบรมราชชนก.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภรใจ เจริญสุข. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการสถาบันบรมราชชนก.
- เฉลิม เข็มวงศ์. (2557). *ความสุขสบายและปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสบายของผู้ป่วยสูงอายุนะผ่าตัด โดยได้รับยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ณัฐพล วงษ์คำซ่าง. (2549). การผ่าตัดต่อกระดูก. ใน ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และณวพล กาญจนารักษ์ (บรรณาธิการ), *ตำราปฏิบัติการและหัตถการทางจักษุวิทยา* (หน้า 127-136). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- คาราวรรณ ต๊ะปีนตา. (2535). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับวิธีฝึกสติ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดิเรก ผาติกุลศิลา. (2556). ต่อกระดูก. ใน สมสงวน อัญญคุณ และคณะ (บรรณาธิการ), *โรคตาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ* (หน้า 81-93) (พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุง). เชียงใหม่: โครงการตำรา งานบริการวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงเยาว์ สมพิทยานุรักษ์. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประภา ยอดแก้ว และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล. (2551). การดูแลผู้ป่วยทางจักษุวิทยา ก่อนและหลังผ่าตัด. ใน ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา* (หน้า 138-152). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ประณีต ส่วงวัฒนา. (2547). *การให้ข้อมูลและคำปรึกษาผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1 เรื่องก้าวทันยุคกับการดูแลผู้ป่วย.
- ปรีศนา จิระชีวี. (2551). ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิสมัย อรทัย และศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติตระกูล. (2551). พฤติกรรมเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรามาชิปดี. *วารสารกองการพยาบาล*, 35(1), 115-122.
- ไพบุลย์ บวรวัฒนดิถ, (2551). การผ่าตัดทางจักษุวิทยา. ใน ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา* (หน้า 118-137). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

- พรทิศา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ. (2551). การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการ ข้อมูลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหู คอ จมูก ใน โรงพยาบาล สงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(2), 185-189.
- มาณิกา อยู่สำราญ และปราณี ศรีพลแทน. (2556). การรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความ วิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารวิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยี [ฉบับพิเศษ]*, 10, 419-428.
- ยศอนันต์ ยศไพบูลย์. (2550). *การผ่าตัดรักษาจอตาออกหลุด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: แอนนาออฟเซท.
- เรณู อาจสาดี. (2551). ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด. ใน ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), *การพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ* (หน้า 193-208). กรุงเทพฯ: โอกรูป เพรส.
- เรณู อาจสาดี. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- รินเริง ติลาณุกรม. (2550). การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน. ใน ปวีณา บุญบุรพงศ์, อรุณช เกี่ยวข้อง และเทวารักษ์ วีระวัฒนกันท์ (บรรณาธิการ), *วิสัญญีวิทยาขั้นต้น* (หน้า 174-187). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2559). บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 22(1), 9-20.
- วณิชา ชื่นกองแก้ว และอภิชาติ สิงคาลวณิช. (2550). *จักษุวิทยา*. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนา อินเตอร์พรีนซ์.
- วินัย ชัยครุณ, (2556). โรคแผลเปื่อยกระจกตาติดเชื้อ. ใน สมสงวน อัญญคุณ และคณะ (บรรณาธิการ), *โรคตาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ* (หน้า 112-122) (พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุง). เชียงใหม่: โครงการตำรางานบริการวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิภาวี บูรณพงศ์. (2551). การผ่าตัดส่วนหน้า. ใน วณิชา ชื่นกองแก้ว และอภิชาติ สิงคาลวณิช (บรรณาธิการ), *จักษุวิทยา* (หน้า 419-437). กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พรีนซ์.
- ศิริลักษณ์ กิจศิริไพศาล, บังอร ปีประทุม และจุไรรัตน์ ภูริบุตร. (2555). การรับรู้และความต้องการ ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจก แบบไม่ค้างคืน. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี [ฉบับพิเศษ]*, 20(5), 437-488.

- ศรีประภา จันทร์มีศรี. (2551). *ความต้องการและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศรีพิมล ดิษยบุตร. (2553). *สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช*. ศรีสะเกษ: คณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.
- ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และกิตติชัย อัครพิพัฒน์กุล. (2551). *ตำราพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา*.
กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์ และณवल กาญจนารัตน์. (2549). *ตำราปฏิบัติการและหัตถการ
ทางจักษุวิทยา*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, ณवल กาญจนารัตน์ และภาคภูมิ คัมภีร์พันธุ์. (2556). *ตำราสายตาลี้นราง*.
กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สายสวาท ปาจินะ. (2556). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล
ของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์
เฉลิมพระเกียรติ*. กรุงเทพฯ: โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางาน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์
เฉลิมพระเกียรติ.
- สุพานี เสนาดิสัย. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด*. ใน สุพานี เสนาดิสัย และวรรณภา
ประไพพานิช (บรรณาธิการ), *การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ*
(หน้า 677-699). กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- สุภาพรรณ นิตยสุภาภรณ์, นภาพร แก้วนิมิตชัย และรัชณี นามจันทรา. (2557). *ความสัมพันธ์ของ
ปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด
ของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด*. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 25(1), 1-15.
- เอื้องพร พิทักษ์สังข์. (2554). *การพยาบาลและหัตถการทางตา*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราศิริราช
สำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอื้องพร พิทักษ์สังข์, จุฑาไล ดันตเทิดธรรม, สุกัญญา สุกฤษณ์ และอรทัย วรรณกุลศักดิ์. (2554).
*การศึกษาความวิตกกังวล ความเครียด และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับ
การผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก*. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 4(1), 35-42.
- Anuja, B. S., Devi, E. S., Sequira, L., Rao, L., & Pai, H. V. (2014). Effectiveness of intra
operative hand holding on anxiety and physiological parameters among patients
undergoing cataract surgery. *Nitte University Journal of Health Science*, 4(2), 27-33.

- Bailey, L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *Association of PeriOperative Registered Nurses, 92*(4), 445-460.
- Briesen, S., Geneau, R., Roberts, H., Opiyo, J., & Courtright, P. (2010). Understanding why patients with cataract refuse free surgery: The influence of rumours in Kenya. *Tropical Medicine and International Health, 15*(5), 534-539.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The Practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). New York: Saunders Elsevier.
- Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Bandeira, D., & Ferreira, M. B. C. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 45*(3), 298-307.
- Clayton, J. L. (2008). Special needs of older adults undergoing surgery. *Association of PeriOperative Registered Nurses, 87*(3), 557-570.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-25). New York: Oxford University Press.
- Cohen, S., & Will, T. M. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.
- Cunha, E. N., Barreto, A. R. C., Costa, V. S., Nascimento, P. V., Vieira, S. L. (2014). Nursing actions in the control and treatment of cataracts: Integrative review. *Journal Nursing UFPE online, 8*(2), 407-15.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, G. A., & Buchner, A. (2007). G*Power: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.
- Farbound, A., Ching, H. Y., & Tomkinson, A. (2009). Risk perception in consent for surgery procedures: A comparative analysis. *Journal of One Day Surgery, 19*(4), 104-107.
- Gallagher, R., & MicKinley, S. (2007). Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical care, 16*(3), 248-265.
- Gilmartin, J., & Wright, K. (2008A). The nurse's role in day surgery: A literature review, *International Nursing Review, 54*, 183-190.

- Gilmartin, J. & Wright, K. (2008B). Day surgery: Patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2418-2425.
- Grieve, R. J. (2002). Day surgery preoperative anxiety reduction and strategies. *British Journal of Nursing*, 11(10), 670-678.
- Haugen, A. S., Eide, G. E., Olsen, M. V., Haukeland, B., Remme, A. R., & Wahl, A. K. (2009). Anxiety in the operating theatre: A study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anesthesia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2301-2310.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hughes, W. J., Tomlinson, A., Blumenthal, A. J., Davidson, J., Sketch Jr, H. M., & Watkins, L. L. (2004). Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(8), 179-185.
- Ignacio, J. J., Fai, M. C., Hui, S. T., Marie, L. M. T., & Goy, R. (2012). Research in brief-The effect of music on pain, anxiety, and analgesic use on adults undergoing an orthopedic surgery: A pilot study. *Singapore Nursing Journal*, 39(4), 49-51.
- Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S., & Khan, Z. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 12(2), 145-148.
- Jenchitr, W., Hanutsaha, P., Iamsirithaworn, S., Parnrat U, & Choosri P. (2007). The national survey of blindness, low vision and visual impairment in Thailand 2006-2007. *Thai Journal of Public Health Ophthalmology*, 21(1), 10-94.
- Jlala, H. A., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G., & Bedforth, N. M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anesthesia. *British Journal of Anesthesia*, 104(3), 369-374.
- Kagan, I., & Bar-Tal, Y. (2008). The effects of preoperative uncertainty and anxiety on short-term recovery after elective arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 576-583.
- Kim, H. S., Sherman, D. K., & Taylor, S. E. (2008). Culture and Social Support. *American Psychologist*, 63(6), 518-526.

- Kiyohara, L. Y., Kayano, L. K., Oliveira, L. M., Yamamoto, M. U., Inagaki, M. M., Ogawa, N. Y., Gonzales, P. E. S. M., Mandelbaum, R., Okubo, S. T., Watanuki, T., & Vieira, J. E. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clinicas de Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo*, *59*(2), 51-56.
- Koivula, M., Paunonen-Ilmonen, M., Tarkka, M. T., Tarkka, M., & Laippala, P. (2002). Social support and its relation to fear and anxiety in patients awaiting coronary artery bypass grafting. *Journal of Clinical Nursing*, *11*(5), 622-633.
- Krohne, H. W., & Slangen, K. E. (2005). Influence of social support on adaptation to surgery. *Health Psychology*, *24*(1), 101-105.
- Liddle, C. (2012). Preparing patients to undergo surgery. *Nursing Times*, *108*(48), 12-3.
- Marback, R., Temporini, E., & Kara Júnior, N. (2007). Emotional factors prior to cataract surgery. *Clinics*, *62*(4), 433-438.
- Mitchell, M., (2011). Influence of gender and anaesthesia type on day surgery anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, *68*(5), 1014-1025.
- Mitsonis, C. I., Mitropoulos, P. A., Dimopoulos, N. P., Mitsonis, M. I., Andriotis, N. M., Gitsa, O. E., & Mitsonis, I. M. (2006). Anxiety and depression in cataract surgery: A pilot study in the elderly. *Psychological Reports*, *99*(1), 257-265.
- Navarro-García, M. A., Marín-Fernández, B., Carlos-Alegre, V. D., Martínez-Oroz, A., Martorell-Gurucharri, A., Ordoñez-Ortigoza, E., & García-Aizpún, Y. (2011). Preoperative mood disorders in patients undergoing cardiac surgery: Risk factors and postoperative morbidity in the intensive care unit. *Revista Española de Cardiología*, *64*(11), 1005-1010.
- Nazari, R., Ahmadzadeh, R., Mohammadi, S., & Kiasari, J. R. (2012). Effects of hand massage on anxiety in patients undergoing ophthalmology surgery using local anesthesia, *Journal of Caring Sciences*, *1*(3), 129-134.
- Nigussie, S., Belachew, T., & Wolancho, W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BioMed Central Surgery*, *14*(67), 2-10.

- Nijkamp, M. D., Ruiter, R. A. C., Roeling, M., Van den Borne, B., Hiddema, F., Hendrikse, F., & Nuijts, R. M. M. A. (2002). Factors related to fear in patients undergoing cataract surgery: A qualitative study focusing on factors associated with fear and reassurance among patients who need to undergo cataract surgery. *Patient Education and Counseling, 47*, 265-272.
- Nijkamp, M. D., Kenens, C. A., Dijker, A. J. M., Ruiter, R. A. C., Hiddema, F., & Nuijts, R. M. M. A. (2004). Determinants of surgery related anxiety in cataract patients. *British Journal of Ophthalmology, 88*, 1310-1314.
- Oliveira, R., Temporini, E. R., Kara, N., Carricondo, P. C., & Kara-jose, A. C. (2006). Perception of patients about cataract. *Clinics, 60*(6), 455-460.
- Pager, C. K. (2005) Randomized controlled trial of preoperative information to improve satisfaction with cataract surgery. *British Journal of Ophthalmology, 89*, 10-13.
- Pearson, A., Richardson, M., Peels, S., & Cairns, M. (2004). The care of patients whilst in the day surgery unit: A systematic review. *Health Care Reports, 2*(2), 22-54.
- Polit, D. F., & Beck, C. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). New York: Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Samsudin, N. (2005). *Patients' information needs in perioperative care: Perception of patients and nurse at the hospital of university science Malaysia*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master nursing (international program), Prince of Songkla University, Songkla, Thailand.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (12th ed.). New York: Lippincott-Raven.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (STAI) Y: Self-evaluation questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Wakim, J. H., Smith, S., & Guinn, C. (2010). The efficacy of music therapy. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 25*, 226-232.
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Global data on visual impairments 2010*. Retrieved from <http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf>.

Yilmaz, M., Sezer, H., Gürler, H., & Bekar, M. (2012). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing, 21*(7-8), 956-964.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงในการศึกษาและพหุศาสตร์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

รหัสจริยธรรมการวิจัย 17-03-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาววารุณี กุลราช

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อกระຈก โรคต้อหิน โรคทางกระຈกตาและโรคทางจอประสาทตา ที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดตา เป็นครั้งแรก และใช้ยาชาเฉพาะที่ เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถได้ยินและสื่อสารพูดภาษาไทยได้ โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 120 คน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ การตอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 4 ชุด โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็น 2 ช่วง คือ ขณะที่รอในห้องผ่าตัด ท่านจะได้รับแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ท่านฟังทีละข้อ พร้อมทั้งบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที และในระยะหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ท่านจะได้รับแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูล และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ท่านฟังทีละข้อ พร้อมทั้งบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

ประโยชน์ของการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้อาจจะไม่ได้เป็นประโยชน์กับท่าน โดยตรง แต่ผลการวิจัยจะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อลดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัด และช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่อยู่ในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาววารุณี กุสราข หมายเลขโทรศัพท์ 081-7183961 หรือที่ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102835

นางสาววารุณี กุสราข
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823 หรือคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ศูนย์วิจัยโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี

ภาคผนวก ข
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วย
ผ่าตัดตา

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ
ใดๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวม
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาววารุณี กุศลราช)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาววารุณี กุศลราช)

ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลในแบบสัมภาษณ์จะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์แต่ประการใด และจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริง เพราะข้อมูลที่ได้จากท่าน มีความสำคัญยิ่งต่อผลการวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตา ขณะรอในห้องผ่าตัดอย่างแท้จริง ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

แบบสัมภาษณ์มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูล

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ท่านโปรดตอบคำถามซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไป โดยผู้สัมภาษณ์จะกรอกข้อมูลที่ได้รับลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในวงเล็บหน้าข้อที่ตรงกับที่ท่านตอบในแต่ละข้อ

1. เพศ

- () ชาย () หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

- () คู่ () โสด

() หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

- () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา () ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

- () รับราชการ () ข้าราชการบำนาญ

() รัฐวิสาหกิจ () ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว

() ลูกจ้าง/ รับจ้าง () เกษตรกรรม

() ไม่ได้ทำงาน () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. ประวัติโรคประจำตัว

- () ไม่มี () มี โปรดระบุ.....

7. การวินิจฉัยโรค

- () ต้อกระจก () ต้อหิน

() จอประสาทตาเสื่อม () กระจกตาเสื่อม/ แผลที่กระจกตา

() อื่น ๆ โปรดระบุ.....

8. ชนิดของการผ่าตัด

- () ผ่าตัดต้อกระจก () ผ่าตัดต้อหิน

() ผ่าตัดจอประสาทตาเสื่อม () ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

9. ระยะเวลาที่ใช้ในการรอผ่าตัด

เวลาที่มาถึงห้องผ่าตัด.....เวลาที่เข้าห้องผ่าตัด.....

รวมระยะเวลาการรอในห้องผ่าตัด.....นาที

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบความรู้สึกของท่านที่เกิดขึ้น ขณะรอในห้องผ่าตัด โดยผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสัมภาษณ์ให้ท่านฟังทีละข้อ และขอให้ท่านประเมินความรู้สึกของตัวเอง แต่ละข้อ ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด และคำตอบที่ดีที่สุดคือคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด โดยผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย **V** ลงในช่องที่ตรงกับท่านตอบในแต่ละข้อ

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่าไม่มีความวิตกกังวลเลย
มีบ้าง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่ามีวิตกกังวลบ้าง
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่ามีวิตกกังวลค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกว่ามีวิตกกังวลมากที่สุด

ความรู้สึก	ระดับความวิตกกังวล			
	ไม่เลย (1)	มีบ้าง (2)	ค่อนข้างมาก (3)	มากที่สุด (4)
1. ท่านรู้สึกสงบ				
2. ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในชีวิต				
3. ท่านเป็นคนเครียด				
4. ท่านรู้สึกเกร็งและเครียด				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
18. ท่านรู้สึกสับสน				
19. ท่านรู้สึกมั่นคง				
20. ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นคนน่าคบ				

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูล

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบเกี่ยวกับความประสงค์ของท่าน ในการ ได้รับความรู้หรือ คำอธิบายที่ต้องการจากแพทย์และพยาบาล ขณะรอในห้องผ่าตัด โดยผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้อ่าน ข้อความในแบบสัมภาษณ์ให้ท่านฟังทีละข้อ และขอให้ท่านประเมินความรู้สึกของตัวเอง แต่ ละข้อ ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด และคำตอบที่ดีที่สุดคือคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด โดยผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับท่านตอบในแต่ละข้อ

ไม่เลย	ได้ 1 คะแนน	หมายถึง	ไม่ต้องการข้อมูลนั้นเลย
น้อย	ได้ 2 คะแนน	หมายถึง	ต้องการข้อมูลในระดับน้อย
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	หมายถึง	ต้องการข้อมูลในระดับปานกลาง
มาก	ได้ 4 คะแนน	หมายถึง	ต้องการข้อมูลในระดับมาก

ข้อมูลที่ต้องการทราบ	ความต้องการข้อมูล			
	ไม่เลย (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ				
1. ขั้นตอนและวิธีการเตรียมตัวที่ท่านได้รับในขณะรอผ่าตัด เช่น การหยอดยาชา การหยอดยายาฆ่าเชื้อ				
2. ขั้นตอนและวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่ ที่ท่านได้รับในขณะรอผ่าตัด				
.				
.				
.				
.				
.				
19. ความรู้สึกของอาการที่เกิดขึ้นในขณะและหลังได้รับการฉีดยาชาเฉพาะที่				
20. ความรู้สึกของอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด เช่น อาการปวดแผลหลังผ่าตัด				

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ของท่าน เกี่ยวกับการได้รับการดูแล เอาใจ ใส่ว่างใจ การสนับสนุนช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล ขณะรอในห้องผ่าตัด โดยผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสัมภาษณ์ให้ท่านฟังทีละข้อ และขอให้ท่านประเมินความรู้สึกของตัวเองแต่ละข้อ ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด และคำตอบที่ดีที่สุดคือคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด โดยผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับท่านตอบในแต่ละข้อ

- ไม่ได้เลย ได้ 1 คะแนน หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนเลย
 น้อย ได้ 2 คะแนน หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนน้อย
 ปานกลาง ได้ 3 คะแนน หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนปานกลาง
 มาก ได้ 4 คะแนน หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนมาก

ข้อความ	การสนับสนุนจากแพทย์และพยาบาล			
	ไม่ได้เลย (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)
การรับรู้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์				
1. แพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัดให้ความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจท่าน ขณะรอในห้องผ่าตัด				
2. เมื่อท่านไม่สบายใจ หรือต้องการระบายความรู้สึก ขณะรอในห้องผ่าตัด แพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัด ยินดีรับฟังและเข้าใจท่าน				
.				
.				
.				
.				
19. แพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัด ให้ความมั่นใจกับท่านในการผ่าตัดของตัวท่าน				
20. แพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัด ให้ท่านได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการผ่าตัดครั้งนี้				

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ปทุมารักษ์ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. อาจารย์อมรรัตน์ แสงใสแก้ว อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลในคลินิก
วิทยาลัยพยาบาลนครพนม
มหาวิทยาลัยนครพนม
3. นางเอี่ยมพร ชมภูมี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
แผนกห้องผ่าตัดตา
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
4. นางสาววันทนีย์ คุปวานิชพงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
แผนกห้องผ่าตัดตา
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
5. นางลักขณา ท้ามา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกห้องผ่าตัดตา
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี