

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาผลของการเชื่อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัด และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการเชื่อม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัย กำหนดรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

1. มโนทัศน์ของความวิตกกังวล
2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด
3. การประเมินระดับความวิตกกังวล
4. ความต้องการของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด
5. การเชื่อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด
6. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### มโนทัศน์ของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ เกิดได้ตั้งแต่แรกคลอดและเกิดต่อเนื่องได้ตลอดชีวิต สาเหตุเนื่องจากรู้สึกว่ามีบางสิ่งมาคุกคามเอกลักษณ์ของตัวเองหรือต่อความนับถือตัวเอง ต่อสุขภาพ ทำให้เกิดความไม่สบาย ไม่เป็นสุข และมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ทำให้การรับรู้ด้อยลงไป (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2540, หน้า 110) ความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมเป็นพลังที่ช่วยกระตุ้นให้บุคคลเกิดการพัฒนา (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541, หน้า 138) ในขณะที่ความวิตกกังวลระดับรุนแรงจะก่อให้เกิดปัญหา สภาพอารมณ์ที่หวั่นไหว อึดอัด ทำให้บุคคลพยายามปรับตัว หลีกเลี่ยงทั้งปกติและผิดปกติ (เขาวลัทธิวัฒน์, 2541, หน้า 96)

มีผู้ให้ความหมายและอธิบายคำว่าความวิตกกังวลไว้หลายประการดังนี้

แวนเดอร์ฮอร์ส (Vanderhorst, 1980, p.403) ให้ความหมายวิตกกังวลว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตสรีรวิทยา เกิดภายในร่างกายต่อสิ่งคุกคามหรืออันตรายที่ไม่อาจกำหนดได้แน่ชัด แสดงออกทางความรู้สึก ไม่สบายใจ หรือการรับรู้ของประสาทสัมผัสแคบลง

แอทกินสันและคอร์น (Atkinson & Kohn, 1986, p. 64) กล่าวว่าความวิตกกังวล เป็นภาวะที่มีความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ เป็นความรู้สึกกลัว หวาดหวั่นใจ รู้สึกไม่มั่นคงต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นหรือกลัวต่อสิ่งที่คุกคามความรู้สึกนึกคิด

เบิร์นและเอกซ์ทราน (Bourne & Ekstrand, 1982) ให้ความหมายความวิตกกังวลเป็นภาวะที่แสดงออกถึงความหวาดกลัวต่อสิ่งที่กำลังเผชิญ ไม่เจาะจงว่าเป็นบุคคลหรือสถานการณ์ใด ๆ

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539, หน้า 154) กล่าวว่าการมีความรู้สึกกลัว หวาดหวั่น ใจคอไม่สบาย เกิดขึ้นเองโดยไม่ปรากฏสาเหตุหรืออาจมีสาเหตุแต่ไม่สมเหตุสมผล มักมีอาการทางกายร่วมด้วย ความวิตกกังวลต่างจากความกลัวโดยความมีสาเหตุภายนอกชัดเจน ความวิตกกังวลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติ

สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger) ให้ความหมายความวิตกกังวลว่าเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียดหวาดหวั่น กังวลใจและมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะสู้หรือหนี (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, 2540, หน้า 110)

สรุปว่าความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกกลัวเหมือนถูกคุกคาม เสี่ยงภัยตกอยู่ในอันตราย ไม่มีความมั่นคงปลอดภัย ไม่ทราบว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง สามารถแสดงออกมาเป็นความรู้สึกที่สามารถประเมินได้

## ประเภทของความวิตกกังวล

ประเภทของความวิตกกังวลเป็น 3 ประเภท (เขवालักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2541, หน้า 97) ดังนี้

1. ความวิตกกังวลปกติ (Normal anxiety) หมายถึง ความวิตกกังวลที่พบได้ทั่วไป เป็นแรงผลักดันให้ชีวิตประสบความสำเร็จ มีผลให้บุคคลตื่นตัว กระตือรือร้นที่จะแก้ปัญหา การรับรู้ไวและถูกต้อง ความจำและสมาธิดี อารมณ์และการกระทำไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากนัก

2. ความวิตกกังวลเฉียบพลัน (Acute anxiety) หมายถึง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่มีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกคุกคามหรือได้รับอันตราย อาจเรียกว่า ภาวะวิตกกังวล (Anxiety stage) ซึ่งภาวะนี้จะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ของระบบประสาทอัตโนมัติ และต่อมไร้ท่อเรียกว่า ปฏิภิกิริยา “สู้หรือหนี” เพื่อปรับตัวต่อความตึงเครียดหวาดหวั่นนั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม

3. ความวิตกกังวลเรื้อรัง (Chronic anxiety) หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่เป็นสุข ขาดความมั่นคงปลอดภัยที่แฝงอยู่ในตัวบุคคลนั้นตลอดเวลา อาจเรียกว่าอุปนิสัยวิตกกังวล (Trait anxiety) ความวิตกกังวลลักษณะนี้ไม่แสดงออกเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่จะลอยตัวแบบคงที่ เมื่อมีภาวะวิตกกังวล พื้นฐานอารมณ์ที่ถูกเก็บกดไว้จะเป็นแรงเสริมให้สภาพอารมณ์หวาดวิตกนั้น รุนแรงหรือเพิ่มขึ้น โดยไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุของความรู้สึกเหล่านั้นได้

### สาเหตุการเกิดความวิตกกังวล

มีทฤษฎีที่อธิบายการเกิดความวิตกกังวล (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541, หน้า 141-142)

#### 1. ปัจจัยด้านชีวภาพ แบ่งออกเป็น

1.1 ด้านกายภาพของระบบประสาท (neuroanatomical factors) พบว่าบางคนมีลักษณะทางกายภาพของระบบประสาทบกพร่องมาแต่กำเนิด ส่งผลให้การสื่อสารทางชีวเคมีบางอย่างแตกต่างจากผู้อื่นจึงกระตุ้นให้ตื่นตระหนกได้ง่าย

1.2 ด้านชีวเคมี (biochemical factors) บางคนไวต่อสารบางอย่าง เช่น คาเฟอีน แอลกอฮอล์ พบว่าคนที่มีความไวต่อแอลกอฮอล์ในเลือดสูงถูกกระตุ้นให้เกิดอาการตื่นตระหนกได้ง่าย

#### 2. ปัจจัยด้านจิตสังคม แบ่งออกเป็น

2.1 ด้านจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) อธิบายถึงกระบวนการทำงานของจิตใจมนุษย์ในระดับจิตใต้สำนึก ส่วนที่เรียกว่า id ซึ่งเป็นความต้องการตามแรงขับ (impulse) และส่วนที่เรียกว่า superego ซึ่งเป็นความต้องการของความเป็นคุณธรรมเกิดความขัดแย้งกับระบบของจิตใจส่วนที่เรียกว่า Ego ซึ่งเป็นแกนสำคัญในการจัดการกับความขัดแย้ง ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการได้ทำให้บุคคลแสดงถึงความขัดแย้งของจิตใจในระดับจิตใต้สำนึกออกมาเป็นกลไกทางจิตในการป้องกันตนเอง (ego defense mechanism) ที่บกพร่อง มีผลให้เกิดเป็นความวิตกกังวลในลักษณะต่าง ๆ

2.2 ด้านการเรียนรู้ (cognitive-behavioral theory) ในการดำเนินชีวิตตามปกติของมนุษย์ต้องมีการเรียนรู้และปรับตัวตามสิ่งที่เรียนรู้ตลอดเวลา จำเป็นต้องมีความสามารถในการประมวลผลความคิด เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งที่ตนเองรู้สึกว่าเป็นอันตรายในบางคนไม่มั่นใจในวิธีการที่ตนเองเลือกใช้ในการเผชิญกับสิ่งคุกคาม จึงส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง

ซุง (Zung) อธิบายลักษณะอาการสำคัญของความวิตกกังวลไว้ 2 ชนิด (อ้างอิงจาก กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2540, หน้า 110) คือ

1. อาการทางอารมณ์ (Affective symptoms) ได้แก่ ความกังวลใจ หนักใจ เกรงกลัว หวาดหวั่น ไม่สบายใจ หงุดหงิด กระวนกระวาย ตกใจง่าย ความคิดสับสน ตึงเครียด จิตใจไม่สงบ และรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยตนเองได้

2. อาการทางกาย (Somatic symptoms) แสดงออก ดังนี้

2.1 ระบบกล้ามเนื้อ มีอาการกล้ามเนื้อตึงตัว มือเท้าสั่น กระตุก ปวดตามกล้ามเนื้อ เมื่อยล้า เหนื่อยง่าย เจ็บปวดเมื่อเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วน

2.2 ระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดันเลือดสูงขึ้น เจ็บหน้าอก

2.3 ระบบหายใจ หายใจไม่อิ่ม หายใจถี่ และหอบร้าวคล้ายจะเป็นลม

ถอนหายใจบ่อย

2.4 ระบบทางเดินอาหาร แน่นท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ท้องผูก เบื่ออาหาร

2.5 ระบบขับถ่ายและระบบสืบพันธุ์ ปัสสาวะบ่อย ความสามารถทางเพศลดลง ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ

2.6 ระบบผิวหนัง หน้าแดงหรือซีด รู้สึกร้อน มือเท้าขึ้น และเย็น เหงื่อออกมาก

2.7 ระบบประสาทส่วนกลาง ฉุนเฉียวง่าย สมาธิไม่ดี มึนงง การรับรู้บกพร่อง นอนไม่หลับ หรือหลับไม่สนิท ความจำไม่ดี ปฏิกริยาต่อความวิตกกังวลควบคุมระดับอารมณ์ที่กำลังเครียดให้อยู่ในระดับที่ทนได้

### ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา

การเจ็บป่วย และการต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นวิกฤตการณ์อย่างหนึ่งในชีวิต หรือเป็นประสบการณ์ที่คุกคามบุคคลทำให้ต้องมีการปรับตัว ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะมีปัญหาต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะการเจ็บป่วยร้ายแรงจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อบุคคลต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จะรู้สึกว่าตนเองถูกคุกคามอย่างรุนแรงมักคาดเดาในสิ่งที่ตนเองไม่รู้ไปในทางเลวร้าย เนื่องจากจะต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความไม่สบาย ตลอดจนการช่วยเหลือตนเอง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ตามปกติ การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นเรื่องซับซ้อนและไม่ได้รับการบอกเล่าหรืออธิบายให้เข้าใจ ต้องพบกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคยความสัมพันธ์กับบุคลากรในทีมสุขภาพแพทย์ พยาบาลและคนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ไม่เคยรู้จักคุ้นเคยกันมาก่อน ไม่รู้จะวางตัวอย่างไรให้เหมาะสม ไม่รู้จะซักถามใคร จะขอความช่วยเหลือจากใคร อาจจะมีแรงใจที่ต้องรบกวนคนอื่นบ่อย ๆ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้รู้สึกถูกคุกคามมากยิ่งขึ้น คือ ลักษณะหรือวิธีการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล

หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการตรวจครั้งแรก ให้การต้อนรับที่ไม่อบอุ่น ไม่เป็น กันเอง การตรวจที่เจ็บปวดน่ากลัว ผู้ป่วยมีทัศนคติและความรู้สึกเกี่ยวกับโรงพยาบาลและทีมสุขภาพไปในทางลบ หรือบวก ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากเพื่อน ญาติ คนรู้จัก ตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและความรุนแรง หรือภาวะวิกฤตที่คิดว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิต (สุชาวดี ชิมมี, 2540, หน้า 69-71) การผ่าตัดเป็นวิกฤตการณ์หนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อผู้ป่วยรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเองในระยะเวลาอันใกล้เป็นเหตุให้ผู้ป่วยหมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดอยู่ตลอดเวลา ยิ่งถ้าคาดคะเนการผ่าตัดไปในทางที่เลวร้ายมากเท่าใด ก็จะทำให้มีความวิตกกังวลมากขึ้นเท่านั้น การผ่าตัดเป็นการรักษาที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลให้กับ ผู้ป่วยและญาติไม่ว่าการผ่าตัดใหญ่ หรือผ่าตัดเล็ก สาเหตุจากความไม่รู้และความไม่เข้าใจในวิธีการรักษา ขาดโอกาสหรือไม่กล้าขอคำแนะนำ ทำให้การปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดขาดประสิทธิภาพ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้การฟื้นหายช้า (สุภาพ อารีเอื้อ, 2541, หน้า 207) เนื่องจากการผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตของผู้ป่วย มีผลกระทบต่อครอบครัวและสภาวะแวดล้อมของผู้ป่วย โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะหรือหน้าที่บางส่วนจากร่างกายไป ผู้ป่วยมักจะกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด ผู้ป่วยอาจแสดงออกให้เห็นชัดเจน ผู้ป่วยจะเก็บความรู้สึก ไม่สบายใจเอาไว้รับสถานการณ์ในวันผ่าตัด (Le Maitre & Finnegan, 1980, p. 54) เมื่อผู้ป่วยมาที่ห้องผ่าตัดเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวลสูงภาวะวิตกกังวลนี้เป็นความรู้สึกหวาดหวั่นไม่มั่นใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองกำลังจะสูญเสียอวัยวะบางส่วน สูญเสียการทำงานของอวัยวะในร่างกาย ประกอบกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดซึ่งเป็นสภาวะแปลกใหม่และเป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้น (กันยา ออประเสริฐและคณะ, 2539, หน้า 46) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่แฝงอยู่ภายใน อาจมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ความนึกคิด การให้ความร่วมมือ แสดงอาการซึมเศร้า หรืออาจแสดงออกทางการเคลื่อนไหวก็ได้ (Le Maitre & Finnegan, 1980, p. 54) ดังนั้น การเตรียมตัวและเตรียมใจผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยให้พร้อม โดยเฉพาะกรณีของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน จะทำให้เกิดปัญหาหลังผ่าตัดน้อยลง (ศักดิ์ชัย ผลประเสริฐ, 2540, หน้า 4) ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดจะมีจินตนาการและหวาดกลัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ในวันผ่าตัดแม้ว่าจะเคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาแล้วก็ตาม ความกลัวที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลมีหลายประการ ดังต่อไปนี้ (Atkinson & Kohn, 1986, pp. 65-66, เรณู อาจสาสิทธิ์ และคณะ, 2532, หน้า 10)

๑. กลัวในสิ่งที่ตนไม่รู้ เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
2. กลัวตาย

3. กลัวการดมยาสลบ
4. กลัวแพทย์ผ่าตัดไม่มีความชำนาญ
5. กลัวสูญเสียภาพลักษณ์ และกลัวสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ
6. กลัวการอยู่อย่างโดดเดี่ยว
7. กลัวการที่จะสอบถามแพทย์ถึงสิ่งที่ตนอยากทราบ กลัวรับไม่ได้กับคำตอบที่ได้รับ
8. กลัวต้องพึ่งพาผู้อื่นหลังผ่าตัดแล้ว
9. กลัวการขาดความเป็นส่วนตัว ต้องให้ข้อมูล เปิดเผยร่างกายรับการตรวจกับคนแปลกหน้า
10. กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
11. กลัวเสียรายได้จากการที่ต้องขาดงาน ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
12. กลัวต้องเป็นภาระของครอบครัว
13. กลัวต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรือกิจกรรมประจำวัน
14. กลัวการปวดแผลผ่าตัดและความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ร้อยละ 36 – 85 ขึ้นกับระดับการศึกษา ทัศนคติ และวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน ชนิดของการผ่าตัด ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดด้วยโรคมะเร็งพบว่าความเครียดและวิตกกังวลสูงเกือบร้อยละ 90 (ศิริพร ปีติมานะอารี, 2541, หน้า 145)

กัญญา ออประเสริฐ, เรณู อาจสาถิ, พิภูลทิพย์ หงษ์เหิรและศิริลักษณ์ สุวรรณวงศ์ (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยในห้องรอผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในของแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริราช ที่มารอผ่าตัด ณ ตึกผ่าตัดสยามินทร์ จำนวน 120 ราย โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ต่อภาวะแวดล้อมในห้องผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและสิ่งที่ต้องประสบในห้องผ่าตัดและความวิตกกังวลในห้องรอผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านเพศ วิธีให้ยาระงับความรู้สึก และการได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ

ลลิตา อาชานานุกาพ. (2541, หน้า 260) เชื่อว่าความกลัวจะเชื่อมโยงไปสู่ความวิตกกังวล ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยนอกที่มารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดีจำนวน 111 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยนอกที่มารับการผ่าตัดมีความกลัวร้อยละ 64 โดยเพศหญิงมีความกลัวมากกว่าเพศชาย กลุ่มอายุ < 40 ปี มีความกลัวมากกว่ากลุ่มอื่น เรื่องที่มี

ความถี่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ กลัวเจ็บ ร้อยละ 70.4 กลัวเป็นมะเร็งร้อยละ 37.8 และกลัวไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 12.3

ทองทิพย์ คำรงวัฒน์ และจรรยา ตันติธรรม (2539, หน้า 44) ศึกษาความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยทั้งระยะก่อนและหลังการตรวจสวนหัวใจ ตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคลิ้นหัวใจจำนวน 60 ราย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับปานกลางในระยะก่อนการตรวจสวนหัวใจ และมีระดับต่ำในระยะหลังการตรวจสวนหัวใจ แต่ในระยะก่อนการตรวจสวนหัวใจ ระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญโดยรวมสูงกว่าระยะหลังการตรวจสวนหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดมีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกันมีหลายประการ ดังนี้

1. เพศ ความแตกต่างทางด้านเพศมีผลทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด มีความแตกต่างกัน ซึ่งเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย
2. อายุ ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับอายุ
3. ฐานะทางเศรษฐกิจ มีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ไม่มากนัก
4. ระดับการศึกษา มีผลทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย มีความแตกต่างกัน
5. ประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับ ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า ประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับมาก่อน มีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

นอกจากปัจจัยที่ได้กล่าวมาแล้วยังมีปัจจัยที่อาจมีผลทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแตกต่างกัน เช่น ทักษะคติ บุคลิกลักษณะ ความคาดหวัง ประสบการณ์ในอดีต ระบบเกื้อหนุน คำจูง รวมทั้งสัมพันธ์กับบุคลากรและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เป็นต้น (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2540)

### การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลมีหลายวิธี ในการศึกษาครั้งนี้การประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการประเมินความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ได้ โดยใช้แบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบตามความรู้สึกของตน แล้วจึงนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล เป็นวิธีที่นิยมมาก แบบสอบถามที่ใช้ประเมินความวิตกกังวล ได้แก่ แบบประเมินความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์

ที่เรียกว่า State – Trait Inventory (STAI) ซึ่งสปีลเบอร์เกอร์ได้สร้างขึ้น และนำมาใช้ในปี 1970 เรียกว่า STAI form X ประกอบด้วยสองส่วนคือ ส่วนแรกเป็นการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (form X – 1) หรือแบบสเตรท (state) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลในสถานการณ์หนึ่งๆ ที่เกิดขึ้นชั่วคราว มี 20 ข้อคำถาม ส่วนที่สองเป็นการประเมินความวิตกกังวลแฝง (form X – 2) หรือแบบเทรท (trait) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่มีลักษณะคงที่ในตัวบุคคล มี 20 ข้อคำถาม และผู้สร้างเครื่องมือได้ปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดมาเรื่อยๆ จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1983 ได้ปรับเป็น STAI form Y ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในปัจจุบัน เนื่องจากแบบวัดใน form X นั้น ผู้สร้างพบว่า มีข้อบกพร่องอยู่ 3 ประการ คือ ประการแรก ข้อคำถามบางข้อ ไม่สามารถแยกแยะระหว่างความซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้ ประการที่สอง บางข้อคำถามนั้น ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ หรือในกลุ่มวัยรุ่นไม่สามารถเข้าใจคำถาม ประการที่สาม ข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกและทางลบ ไม่สมดุลกัน แบบประเมิน STAI form Y ประกอบด้วยสองส่วน เช่นเดียวกับ STAI form X คือ STAI form Y – 1 และ STAI form Y – 2 ผู้ที่มีคะแนนรวมสูง แสดงว่ามีความวิตกกังวลสูงกว่า ผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำ (Spielberger, 1983 อ้างถึงในปริญา สนิกะวาทิ, 2542) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความวิตกกังวลโดยแบบประเมินด้วยตนเองโดยเลือกใช้แบบประเมินความวิตกกังวล STAI form Y แปลเป็นภาษาไทยโดยชาตรี นนทศักดิ์ และสมโภชน์ เขียมสุภายิต เป็นผู้ปรับความชัดเจน ทั้งในด้านภาษาและความหมายทางจิตวิทยา คาราวรรณ คีระปิ่นตา (2535) นำแบบวัดฉบับภาษาไทย ไปวัดความวิตกกังวลของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่ จำนวน 86 คน นำผลที่ได้มาทดสอบค่าความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1970) ได้ค่าความเที่ยง 0.9

ปริญา สนิกะวาทิ (2542) นำแบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ ฟอร์มวาย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการตัดเต้านมออก และมารับการรักษาที่คลินิกเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย นำคะแนนที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดความวิตกกังวลแฝงเท่ากับ 0.81 และ 0.79 ตามลำดับ

เนื่องจากแบบวัดนี้สามารถแยกแยะระหว่างความวิตกกังวลและความซึมเศร้าได้ มีจำนวนข้อคำถามน้อย ผู้ประเมินสามารถเข้าใจข้อคำถามได้ง่าย และใช้เวลาในการประเมินไม่มากนัก



## ความต้องการของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความต้องการความเข้าใจ ความใส่ใจจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ต้องการความรู้สึกปลอดภัยขณะอยู่ในโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ การรักษาที่ได้รับ ให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล ต้องการได้รับความรู้สึกว่าเป็นบุคคลสำคัญ ได้รับการเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจากแพทย์ พยาบาล เพราะขณะเจ็บป่วย มโนทัศน์ที่เคยมีต่อตนเองจะเสียไป (สุชาวดี ยิมมี, 2540, หน้า 72) มาสโลว์ได้พิสูจน์แล้วว่าความต้องการพื้นฐาน 5 ชั้น คือ ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ ความต้องการการยกย่องนับถือ และความต้องการเกิดประจักษ์แห่งตน ในความต้องการเหล่านี้ ความต้องการด้านร่างกายเป็นความต้องการในระดับต่ำที่สุด มีพลังที่สุดและเห็นได้ชัดที่สุด ได้แก่ ความต้องการออกซิเจน น้ำ อาหาร ที่พักอาศัย การพักผ่อนหลับนอนและความต้องการทางเพศ ในขณะที่เจ็บป่วยหรือในช่วงวิกฤต จะประสบปัญหาการไม่บรรลุถึงความต้องการขั้นต่ำอย่างทันทีทันใด เมื่อบุคคลไม่สามารถบรรลุความต้องการแล้ว จะมีแรงจูงใจให้บุคคลต้องการเรียนรู้และลงมือกระทำเพื่อให้บรรลุความต้องการ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541, หน้า 44-45) กันยา ออประเสริฐ, ศิริรักษ์ พุ่งเดช และนภาพร วาณิชกุล (2539, หน้า 57) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยที่ได้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังขณะรอผ่าตัดและขณะผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด ศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ขณะรอผ่าตัดผู้ป่วยมีความต้องการได้รับข้อมูลอยู่ในระดับมาก สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการอันดับสูงสุดคือ ด้านการแสวงหาคำตอบเพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในชีวิต ได้แก่ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

มาสโลว์กล่าวถึงเรื่องความต้องการในการเรียนรู้ของผู้รับบริการด้านความต้องการความมั่นคงปลอดภัยว่า ความต้องการความปลอดภัยทางจิตใจ ได้แก่ ความต้องการการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ที่เหมาะสม การอธิบายหรือการให้ข้อมูลในสิ่งที่ต้องการทราบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เช่น สิ่งแวดล้อม กฎระเบียบของโรงพยาบาล เป็นต้น การติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับครอบครัว ส่วนความต้องการความปลอดภัยทางกาย ได้แก่ ความต้องการทราบปัญหาหรือโรคที่เผชิญอยู่ สาเหตุ การติดต่อ และผลกระทบของโรคที่มีต่อร่างกาย วิธีการตรวจวินิจฉัยและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผลการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค แผนการรักษาพยาบาล การดูแลจัดการกับการเจ็บป่วย/การรักษา เช่น การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การรับประทานยาที่ถูกต้อง และการสังเกตอาการข้างเคียงของยา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกัน อาการ

และอาการแสดงที่ผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แหล่งประโยชน์ในชุมชนและการมาตรวจตามนัด (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541, หน้า 48-49) ลักษณะข้อมูลที่ได้รับบริการต้องการ จะมีความแตกต่างกันตามระยะเวลา แผนกผู้ป่วยและสถานะหรือเหตุการณ์ที่เผชิญ ข้อมูลที่ผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมต้องการทราบ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรคและเหตุผล การวินิจฉัยโรคที่แน่นอน พยาธิสภาพ สาเหตุของโรค ความรุนแรง หรืออันตรายของโรค ระยะเวลาของการเกิดความรู้สึกเจ็บปวด แผนการรักษาและเหตุผล ความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องผ่าตัด รายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น สภาพและความรู้สึกเจ็บปวดที่ต้องเผชิญ วิธีควบคุมความเจ็บปวด การดูแลความปลอดภัยภายหลังการผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสมทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โอกาสที่หายจากโรคหรือกลับเป็นซ้ำ การสูญเสียหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด รวมทั้งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อหน้าที่การงาน การร่วมกิจกรรมในสังคม และการดำรงชีวิตในสังคม รวมทั้งแนวทางการแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดต้องการทราบหรือข้อมูลที่พยาบาลควรให้แก่ผู้ป่วยดังนี้

วอล์กเกอร์ (Walker, 1983, อ้างอิงจาก ปราณี, 2537, หน้า 49) เสนอแนะว่า ข้อมูลที่สมควรบอกผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์อะไร แต่ละเหตุการณ์จะเกิดเมื่อไร ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง หรือมีส่วนร่วมในการรักษาได้อย่างไร

ปราณี นิพัทธกุลศลกกิจ (2537, หน้า 51-52) ได้สรุปและเสนอแนะลักษณะข้อมูลที่พยาบาลควรให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (procedural information) ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ซึ่งเป็นข้อมูลที่บอกเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อน ระหว่างและหลังการผ่าตัด ซึ่งรวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย เครื่องมือต่างๆ เช่น การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลอะไรบ้าง พร้อมทั้งเหตุผลการทำกิจกรรมนั้น

กลุ่มที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในระหว่างและหลังผ่าตัด เช่น อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกหลังได้รับยานา ก่อนผ่าตัดจะรู้สึกง่วงนอน เลื่อนลอยและอ่อนคลาย หรือจะรู้สึกเจ็บคอเล็กน้อย เนื่องจากการใส่ท่อหลอดลมคอ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด (instruction information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับการออกกำลังกายหลังการผ่าตัด ซึ่งจะช่วยลดปริมาณความต้องการยาแก้ปวดและช่วยฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการผ่าตัดให้เร็วขึ้น

## การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด (Pre operative visits)

การเยี่ยมและพูดคุยกับผู้ป่วยตลอดจนการอธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ของการให้ยาระงับความรู้สึกจะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวได้ดีกว่าการให้นำความรู้สึกรับ Pentobarbital 2 มก./กก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 1 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด (ศิริพร ปิติมานะอารี, 2541, หน้า 144) การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ทั้งหมด หรือทุกรายแต่การเยี่ยมก่อนการผ่าตัดถือเป็น การเริ่มต้นของความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้เยี่ยมกับผู้ป่วยและญาติ การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน พยาบาลจะมีเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยจากตัวผู้ป่วยโดยตรงจากรายงานประวัติ จากเจ้าหน้าที่หรือญาติของผู้ป่วย เป็นการประเมินสถานะทางด้านจิตใจ สภาพเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ การที่พยาบาลห้องผ่าตัดได้พบและสนทนากับผู้ป่วยในวันก่อนผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยกับพยาบาลมากขึ้น (อรอนงค์ พุมอาภรณ์, 2530, หน้า 81) ผู้ป่วยจะรู้สึกอบอุ่นใจที่จะได้พบกับผู้คุ้นเคยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด และรู้สึกมั่นใจในการช่วยเหลือจากพยาบาลในระยะที่อยู่ในห้องผ่าตัด พยาบาลต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก สภาพในห้องผ่าตัด และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องประสบภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเชื่อถือว่า ได้รับข้อมูลจากผู้รู้เห็นเหตุการณ์จริงในห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทในการให้คำแนะนำผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เยี่ยมผู้ป่วย (กันยา ออประเสริฐ, 2540, หน้า 18-19) การให้คำแนะนำ หรือตอบข้อซักถามของผู้ป่วยขณะเยี่ยมเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในระยะผ่าตัด จะต้องให้ความสนใจ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก พยาบาลต้องใช้ทักษะในขณะที่พูดคุย ต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยการได้พูดคุยกับผู้ป่วยจะทำให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วย ให้ความคุ้นเคยก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการผ่าตัด เป็นการให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เป็นการแสดงออกถึงบทบาทด้านการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ไม่ใช่ทำหน้าที่พยาบาลขณะผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแล้วแต่เพียงเท่านั้น (Atkinson & Fortunato & Nancy, 1996, หน้า 302) เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายที่จะก่อให้เกิดปัญหาในระยะผ่าตัดได้ เช่น ทำให้ต้องการยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดเพิ่มขึ้น มีผลต่อการฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึกในระยะหลังผ่าตัด การช่วยบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลห้องผ่าตัดที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้

วิธีการที่มีผู้นิยมใช้ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อน ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดหลายวิธี เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การสัมผัส การใช้ดนตรี การใช้สื่ออารมณ์ขัน การทำสมาธิ เป็นต้น (กันยา ออประเสริฐ, 2541, หน้า 1) ภัสพร ขำวิชา (2534) ได้ศึกษาผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสจะมีความวิตกกังวลขณะอยู่ในห้องรอผ่าตัดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัส

บังอร เจริญชัยภูมิ (2533) ศึกษาผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด โดยจัดดนตรีให้กลุ่มทดลองทางหูฟัง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้ฟังดนตรีมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

โอลิเวอร์ (Oliver, 1980 อ้างถึงใน สมจิตร กาหาวงศ์, 2540, หน้า 30) ให้คำจำกัดความไว้ว่า “ความพึงพอใจ หมายถึง ภาวะการแสดงออกถึงความรู้สึกในทางบวกที่เกิดจากการประเมินเปรียบเทียบประสบการณ์การได้รับบริการที่ตรงกับสิ่งที่ถูกคาดหวังหรือดีเกินกว่าความคาดหวังของลูกค้า” ในทางตรงกันข้าม “ความไม่พึงพอใจ หมายถึงภาวะการแสดงออกถึงความรู้สึกในทางลบที่เกิดจากการประเมินเปรียบเทียบประสบการณ์ การได้รับบริการที่ต่ำกว่าความคาดหวังของลูกค้า”

ความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย (patient satisfaction) ต่อบริการของโรงพยาบาลซึ่งเป็นการประเมินบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลนั้น พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน (Aday and Andersen, 1975 อ้างถึงใน บุญกร พงษ์สวัสดิ์, 2541, หน้า 31) ดังนี้ คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (convenience)
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (coordination)
3. ความพึงพอใจต่ออหยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (courtesy)
4. ความพึงพอใจข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (medical information)
5. ความพึงพอใจคุณภาพของบริการ (quality of care)
6. ความพึงพอใจค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (out-of-pocket cost)

ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ (ศิริพร ดันติพิศวินัย, 2538, อ้างถึงในสมจิตร กาหาวงศ์, 2540, หน้า 36) คือ

1. ความพึงพอใจที่ตรงกับความคาดหวัง เป็นการแสดงความรู้สึกยินดี มีความสุขของ

2. ความพึงพอใจที่เกินความคาดหวัง เป็นการแสดงความรู้สึกปลาบปลื้มหรือประทับใจของผู้รับบริการเมื่อได้รับการบริการที่เกินความคาดหวังที่มีอยู่

### งานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เรณู อางสาตี, พิภูลทิพย์ หงษ์เหิร และกันยา ออประเสริฐ (2532) ศึกษาผลการเชื่อมโยงที่มีแบบแผนของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โดยก่อนผ่าตัด 1 วัน กลุ่มทดลองจะได้รับการเชื่อมจากพยาบาลห้องผ่าตัดตามแบบแผนการเชื่อม พร้อมทั้งได้รับการประเมินระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ส่วนกลุ่มควบคุม จะได้รับการประเมินระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและความรู้เท่านั้น

ในวันผ่าตัดขณะผู้ป่วยรอการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด จะได้รับการประเมินระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและความรู้อีกครั้งหนึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลขณะรอที่ตึกผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ขณะรอที่ตึกผ่าตัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลขณะรอที่ตึกผ่าตัดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุคนธา ผดุงวัตร และ แฉวมิล ทุมวิภาต. (2540, หน้า 17) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อการบริการของพยาบาลห้องผ่าตัดของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลจากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดมีความวิตกกังวลน้อยกว่าและมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของห้องผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญ

วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (2535) ศึกษาผลของการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ในการ

หลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง 32 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ทั้งในขณะที่อยู่ที่หอผู้ป่วยและขณะรอที่ห้องผ่าตัด ตามแผนการพยาบาลที่สร้างขึ้น ผลการวิจัยสรุปว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดของตัวอย่างประชากรในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นันทพร แสนศิริพันธ์ (2540) ศึกษาผลการเชื่อมก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง 50 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย โดยวิธีจับฉลาก กลุ่มทดลองจะได้รับการเชื่อมตามแบบแผนการเชื่อมจากผู้วิจัยและได้รับหนังสือคู่มือ ให้อ่านบททวนเพิ่มจากการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์ในกลุ่มที่ได้รับการเชื่อมก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเชื่อมก่อนผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยหนึ่งวันก่อนผ่าตัดและก่อนเข้ารับการผ่าตัด