

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการทบทวนวรรณกรรมโดยครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. การผ่าตัด
2. ความวิตกกังวล
3. แนวคิดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์
4. ความวิตกกังวลของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด
5. การประเมินความวิตกกังวล
6. โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก
7. ความพึงพอใจ
8. ความพึงพอใจของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

การผ่าตัด

การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาโรควิธีหนึ่งที่มีการตัดส่วนซึ่งเป็นโรค หรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ชนิดของการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับสิ่งที่นำมาพิจารณา ซึ่งแบ่งเป็น 3 วิธี ดังนี้ (Tayler, Lillis. & Mone, 1993)

1. จัดชนิดของการผ่าตัดตามความรีบด่วนของการผ่าตัด ได้แก่

1.1 การผ่าตัดแบบอิเล็กทีฟ (Elective Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่กำหนดวันเวลาตามความสมัครใจของผู้ป่วย หรือตามความเหมาะสม พยาธิสภาพของโรคอยู่ในระยะรอได้ เป็น การผ่าตัดที่ไม่รีบด่วน

1.2 การผ่าตัดแบบรีบผ่าตัด (Urgent Surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่ต้องกระทำภายใน 24-48 ชั่วโมง เพื่อกองการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายให้เป็นปกติ ป้องกันการทำลายเนื้อเยื่อ หรือการมีพยาธิสภาพจนส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพ

1.3 การผ่าตัดแบบด่วน (Emergency Surgery) หมายถึง การผ่าตัดด่วน ต้องทำทันทีที่สามารถผ่าตัดได้ เพื่อมิให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

2. จัดชนิดของการผ่าตัดตามความเสี่ยงของการผ่าตัด ได้แก่ (Tayler et al., 1993)

2.1 การผ่าตัดใหญ่ (Major Surgery) หมายถึง การทำผ่าตัดที่มีความเสี่ยงได้รับอันตรายจากการผ่าตัดสูง เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลานานในการทำผ่าตัด คือ ต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดมากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการระบุความรู้สึกทั่วร่างกาย หรือได้รับยาชาทางช่องไขสันหลัง มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ปอด ตับ ไต เป็นต้น อาจเป็นการผ่าตัดแบบอิลคทีฟ การผ่าตัดแบบรีบผ่าตัด หรือการผ่าตัดแบบด่วนก็ได้

2.2 การผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery) หมายถึง การทำผ่าตัดที่มีความเสี่ยงได้รับอันตรายต่ำ เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาน้อยในการทำผ่าตัด มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย มักเป็นการผ่าตัดเพื่อแก้ไขรอยโรคของผิวหนัง หรือเป็นการผ่าตัดที่ต้องนัดล่วงหน้า

3. จัดชนิดของการผ่าตัดตามวัตถุประสงค์ของการผ่าตัด ได้แก่ (Tayler et al., 1993)

3.1 การผ่าตัดเพื่อตรวจวินิจฉัย (Diagnostic Surgery) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อตรวจวินิจฉัยหรือเพื่อยืนยันคำวินิจฉัยโรค

3.2 การผ่าตัดเพื่อการรักษา (Ablative Surgery) หมายถึง การผ่าตัดนำส่วนที่มีพยาธิสภาพออกจากร่างกาย ทำให้พยาธิสภาพของโรคหายไป

3.3 การผ่าตัดเพื่อประคับประคอง (Palliative Surgery) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการของโรค หรือเพื่อลดความรุนแรงของโรคลง แต่ไม่ได้ทำให้พยาธิสภาพหายไป

3.4 การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติโรคที่เป็นมาแต่กำเนิด (Constructive Surgery) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติเชิงโครงสร้างและหน้าที่ที่เป็นมาแต่กำเนิด

3.5 การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติโรคที่มีได้เป็นมาแต่กำเนิด (Reconstructive Surgery) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติเชิงโครงสร้างและหน้าที่ที่มีได้เป็นมาแต่กำเนิด เช่น อาจเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุ

3.6 การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (Transplant) หมายถึง การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ อาจเป็นการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ปลูกถ่ายตับ หัวใจ เปลี่ยนกระเพาะ

ประเภทของยาระงับความรู้สึกที่ใช้กับการผ่าตัด

โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 วิธี คือ (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และเบญจวรรณ ชีระเทอดตระกูล, 2546; แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลเมืองสมุทรปราการ, 2544)

1. การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General Anesthesia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึก ไม่มีความเจ็บปวด กดปฏิกิริยาตอบสนอง (Reflex) ต่าง ๆ ทั้งทางการเคลื่อนไหว ระบบประสาทอัตโนมัติ รวมทั้งปฏิกิริยาการไอ การกลืน การขย้อน และการอาเจียน กล้ามเนื้อจะหย่อน

ตัวตลอดเวลาที่ผ่าตัด และจะกลับคืนสู่สภาพปกติเมื่อหยุดยา วิธีการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่ใช้ในปัจจุบันมี 2 วิธี คือ การให้ยาระงับความรู้สึกโดยการสูดดม (Inhalation Anesthesia) และทางหลอดเลือดดำ (Intravenous Anesthesia)

2. การระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ (Regional Anesthesia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกชั่วคราว และเกิดขึ้นเฉพาะบางส่วนของร่างกาย โดยบริหารยาชาบริเวณรอบ ๆ เส้นประสาทหรือบริเวณที่เส้นประสาทไปเลี้ยง ยาชาจะสกัดกั้นการสื่อนำพลังประสาทที่บริเวณที่เส้นประสาทสัมผัสกับยาชาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวด แต่ยังคงรู้สึกตัวตลอดเวลาที่ผ่าตัด เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณที่ใช้บ่อย ได้แก่ การฉีดยาชาเฉพาะที่ (Local Infiltration) การให้ยาชาบริเวณผิวหนังหรือผิวเยื่อเมือก (Topical Anesthesia) การให้ยาชาทางหลอดเลือดดำ (Intravenous Regional Anesthesia) การให้ยาชาสกัดกั้นกลุ่มประสาทเบรเคียล (Brachial Plexus Block) และการให้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal Block) หรือช่องเหนือดุรา (Epidural Block)

ระยะของการผ่าตัด

โดยทั่วไปแบ่งระยะของการดูแลผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการผ่าตัด เป็น 3 ระยะ คือ (เรณู อาจสาธิต, 2550; Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2008)

1. ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative Phase) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยทราบว่าจะต้องรับการผ่าตัดจนถึงเมื่อส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดแล้ว การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ คือ การเตรียมผ่าตัด โดยการประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยให้พร้อมรับการผ่าตัด และเซ็นใบยินยอมรับการรักษาด้วยการผ่าตัด ดังนั้นการให้ความรู้จะต้องจัดให้เหมาะสม และจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยควรจะรู้และปฏิบัติตัวอย่างไร เพื่อความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว

2. ระยะระหว่างผ่าตัด (Intraoperative Phase) เริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจนผ่าตัดเสร็จ และย้ายผู้ป่วยเข้าห้องสังเกตอาการ (RR) หลังผ่าตัดแล้ว การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ คือ การช่วยแพทย์ทำการผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยและญาติ โดยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อลดความวิตกกังวล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของการผ่าตัด ตลอดจนการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของภาวะสุขภาพผู้ป่วยเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่องในการดูแลบนหอผู้ป่วย

3. ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative Phase) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าห้องสังเกตอาการ (RR) จนถึงเมื่อผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพ และเข้าสู่ภาวะปกติ การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ แบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา คือ (อรพินท์ หลักแหลม, 2545)

3.1 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันทีในห้องสังเกตอาการ หรือห้องพักฟื้น (Immediate Phase) จะเป็นการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกาย ทุก 10-15 นาที นานอย่างน้อย 2 ชั่วโมง หรือจนผู้ป่วยตื่นดี

3.2 การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วย (Ongoing Phase) จะเป็นการส่งเสริมการหายจากโรค ส่งเสริมการหายของบาดแผล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจนเข้าสู่ภาวะปกติในที่สุด

ผลกระทบของการผ่าตัด

ผลกระทบของการผ่าตัดที่มีต่อผู้ป่วย มีดังนี้

1. ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะเกิดภาวะเครียดอย่างมากซึ่งส่งผลกระทบในแบบแผนสุขภาพที่สำคัญ ๆ คือ (ช่อลดา พันธุเสนา, 2544)

1.1 แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ โดยทั่วไปบุคคลจะมีการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดในทางลบมากกว่าทางบวก เพราะถือว่าการผ่าตัดนั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต การรับรู้ที่มีอยู่อาจไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้นำไปสู่การดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ การขาดความรู้ในเรื่องโรคและการผ่าตัดหรือมีความรู้แต่เพียงผิวเผิน ซึ่งไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพได้ดี

1.2 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร เป็นกระทบโดยอ้อมจากภาวะเครียดก่อนผ่าตัด ทำให้มีการเบื่ออาหารหรือเป็นผลกระทบโดยตรงจากพยาธิสภาพของโรคที่มีมาก่อนผ่าตัด เช่น มะเร็งของหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร ทำให้มีอาการกลืนลำบาก หรือการย่อยและการดูดซึมอาหารผิดปกติ ทำให้มีอาการกลืนได้ อิ่มยาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น ในรายที่มีภาวะขาดอาหารก่อนผ่าตัดอาจมีความรุนแรงและมีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดมากขึ้น เนื่องจากมีกล้ามเนื้อและไขมันน้อย และอาจมีอาการบวมเนื่องจากระดับโปรตีนต่ำ มีภูมิคุ้มกันลดลงทำให้ติดเชื้อง่ายและแผลหายช้า ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือโรคแทรกซ้อนที่มีมาก่อน เช่น โรคเบาหวานที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีพอ เนื่องจากภาวะเครียดและโรคที่เป็น มีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและไม่คงที่ มักมีภาวะสูญเสียน้ำ อิเล็กโทรไลต์และมีภาวะกรดต่างผิดปกติ ซึ่งอาจมีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังผ่าตัด โดยเฉพาะถ้ามีการติดเชื้อร่วมด้วย

1.3 แบบแผนการขับถ่าย ผลกระทบที่เกิดขึ้นในแบบแผนนี้อาจเนื่องมาจากโรคหรือพยาธิสภาพที่เกิดโดยตรงก่อนการผ่าตัด เช่น เป็นนิ่วอุดตันในทางเดินปัสสาวะ หรือเป็นมะเร็งในลำไส้ใหญ่ ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ ถ้าปัสสาวะอุจจาระเป็นเลือด ขับถ่ายไม่ออก และมีการกั่งของของเสียในร่างกายสูง นอกจากนี้ยังเป็นผลกระทบที่เนื่องมาจากผลกระทบในแบบแผนอื่น เช่น ปัสสาวะไม่ออกจากการไหลเวียนเลือดที่ลดลง หรือจากการขาดน้ำ เป็นต้น บางรายมีการกั่งของของเสีย ทำให้ตรวจพบระดับบียูเอ็น (BUN) ครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดสูง มีโปรตีนในปัสสาวะสูง (Proteinuria) จากภาวะไตวาย

1.4 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย ภาวะเครียดก่อนผ่าตัด อาจส่งผลให้ระบบการไหลเวียนเลือดและการเต้นของหัวใจผิดปกติ ซึ่งเป็นผลจากการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมนในร่างกายสัญญาณชีพมักมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ชีพจรเร็วขึ้น และไม่สม่ำเสมอ หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นต้น อย่างไรก็ตามผลกระทบในแบบแผนนี้จะมีมากขึ้นในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ เช่น มีการบาดเจ็บที่ทรวงอกและมีเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด ปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของหัวใจ เช่น มีภาวะหัวใจทำงานล้มเหลวอันเนื่องมาจากโรคของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความดันโลหิตสูง หรือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจะมีผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือมีการเคลื่อนไหวที่ลดลง การไอ และการหายใจก็มีประสิทธิภาพน้อยลง การแลกเปลี่ยนก๊าซและออกซิเจนน้อยลง อาการหอบเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ซีด เจ็บหน้าอกจึงมักพบเสมอ

1.5 แบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ความเครียดมักเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เมื่อทราบว่าตนเองจะต้องได้รับการผ่าตัดไม่มากนักน้อยขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ส่วนบุคคล ทำให้นำไปสู่การตอบสนองที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การปฏิเสธหรือไม่ยอมรับจนกระทั่งยอมรับและยินยอมพร้อมใจที่จะเข้ารับการผ่าตัด ความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับทุกสิ่งทุกอย่างเกี่ยวกับการผ่าตัดและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเสมอ ความกลัวที่พบบ่อยคือ กลัวตาย กลัวความเจ็บปวด กลัวยาชาลง กลัวว่าผ่าตัดแล้วรูปร่างจะเปลี่ยนไป ไม่เหมือนคนปกติ ความกลัวที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มีสาเหตุเนื่องจากความไม่รู้หรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง (เรณู อาจสาลิ, 2550) นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลในเรื่องการเรียน โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยเรียน หรือกังวลในเรื่องงาน เนื่องจากขาดงานหลายวันและไม่แน่ใจว่าต้องหยุดงานไปอีกนานเท่าไร ความวิตกกังวลจะมีค่อนข้างสูงในรายที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจและเป็นผู้ที่หารายได้สนับสนุนครอบครัวเพียงคนเดียว ความวิตกกังวลมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการผ่าตัด

ส่วนผลกระทบในแบบแผนอื่นก็มีความสำคัญต่อการรักษา ได้แก่ แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ เช่น ในบางรายมีอาการกระสับกระส่ายนอนไม่หลับเนื่องจากความเจ็บปวดหรือวิตกกังวลสูง ในบางรายอาจมีความรู้สึกต่อต้านตนเองในทางลบจากการผ่าตัดหลายครั้ง หรือเป็นโรคที่เรื้อรังรักษาไม่หาย หรือจากการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง หน้าตา บทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม เป็นต้น อย่างไรก็ตามผลกระทบที่เกิดขึ้นมักมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันกับแบบแผนที่กล่าวมา หรือ สืบเนื่องมาจากโรคและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดโดยตรง ผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงหรืออันตรายจากการผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินสภาพและการเตรียมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดีและเหมาะสม

2. ในระยะระหว่างการผ่าตัด ผลกระทบของการผ่าตัดที่มีต่อผู้ป่วย มีดังนี้

2.1 มีผลกระทบต่อหน้าที่ และการทำงานตามปกติของร่างกาย (วรรณช เกียรติพงษ์ และคณะ, 2545) เช่น การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การใช้ชีวิตในสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

2.2 ภาวะเครียดหรือวิตกกังวลต่อการผ่าตัด (เรณู อาจสาธิต, 2550) เนื่องจากความไม่รู้จักความกลัวตาย กลัวการดมยาสลบ กลัวความเจ็บปวด กลัวถูกแยกจากครอบครัว กังวลต่อการเรียน การงาน ครอบครัว และเศรษฐกิจ เป็นต้น

2.3 ภาวะความต้านทานต่อการติดเชื้อต่ำ (ชอลดา พันธุเสนา, 2544) เมื่อมีการกรีดผิวหนังทำให้เกิดบาดแผลขึ้นผิวหนังถูกทำลายเชื้อโรคก็จะผ่านลงไปได้ แม้ว่าเราจะพยายามทำความสะอาดผิวหนังบริเวณนั้นกันอย่างดีแล้วก็ตาม

2.4 ระบบหลอดเลือดผิดปกติ ขณะที่ทำผ่าตัด (ชอลดา พันธุเสนา, 2544) แม้แพทย์จะพยายามผูกหลอดเลือดหรือใช้เครื่องมือไฟฟ้าให้เลือดหยุด แต่ก็ยังมีเลือดออกซึม ๆ มาซึ่งอยู่ และถ้าหลอดเลือดใดผูกไว้ไม่ดี ก็จะทำให้มีเลือดออกในบริเวณนั้นมากขึ้น ที่เรียกว่า การตกเลือด จนอาจทำให้เกิดภาวะช็อกในขณะผ่าตัด และภายหลังผ่าตัด

2.5 หน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ถูกรบกวนในขณะผ่าตัด โดยอวัยวะนั้นจะถูกดึงหรือตัดออก ทำหน้าที่การทำงานของอวัยวะนั้นหยุดไปชั่วคราวหลังผ่าตัด (ชอลดา พันธุเสนา, 2544)

3. ในระยะหลังผ่าตัด ผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด มีดังนี้ (ชอลดา พันธุเสนา, 2544)

3.1 แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบ อาจมีการรับรู้และการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้ หรือยังมีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการที่ต้องเผชิญกับสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือก่อนผ่าตัด ได้แก่ อวัยวะบางส่วนถูกตัดขาด ในบางรายอาจไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตัวหรือดูแลสุขภาพอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

3.2 แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ผลจากการผ่าตัดโดยทั่วไป และการดมยาสลบมักก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อแบบแผนนี้ ได้แก่ ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะไม่สมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะไม่สมดุลกรดต่างในร่างกาย การติดเชื้อของแผลผ่าตัด การมีไข้หลังผ่าตัด

3.3 แบบแผนการขับถ่าย ผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะออกน้อยเนื่องจากการสูญเสียน้ำหรือเลือดในระหว่างหรือหลังผ่าตัด ทำให้ปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลง หรือทำให้เกิดภาวะไตวายได้ (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และ

เบญจวรรณ วีระเทอดตระกูล, 2546)

3.4 แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดในแบบแผนนี้ มักเป็นผลกระทบโดยตรงต่อระบบต่าง ๆ ดังนี้

3.4.1 ระบบทางเดินหายใจ ภายหลังผ่าตัดระยะแรกภาวะพร่องออกซิเจนเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และเบญจวรรณ วีระเทอดตระกูล, 2546) สาเหตุอาจเกิดจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ภาวะหายใจช้า มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ภาวะปอดแฟบ เป็นต้น นอกจากนี้ภายหลังผ่าตัดยังพบการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ (ช่อลดา พันธุเสนา, 2544) ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็ว สั่น และตื่น เจ็บหน้าอกขณะหายใจ มีไข้สูง หนาวสั่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ชีพจรเร็ว ไอมีเสมหะ เสียงหายใจผิดปกติ

3.4.2 ระบบหัวใจและระบบไหลเวียน ภายหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นมักพบปัญหาที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและระบบไหลเวียน ได้แก่ ภาวะความดันเลือดต่ำ ความดันเลือดสูงและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และเบญจวรรณ วีระเทอดตระกูล, 2546) นอกจากนี้ยังพบภาวะการฉีกเลือด ระหว่างและหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการสูญเสียเลือดจากหลอดเลือดแดง หลอดเลือดดำ หรือหลอดเลือดฝอย ในการสูญเสียเลือดทำให้ผู้ป่วย มีอาการกระหายน้ำ ริมฝีปากแห้ง ชีพจรเบา ความดันโลหิตลดลง ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียเลือดมาก จะนำไปสู่ภาวะช็อกได้ง่าย (ช่อลดา พันธุเสนา, 2544)

3.5 แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดยาสลบทั่วไป ภายหลังผ่าตัดและอยู่ห้องพักฟื้นจะยังรู้สึกตัวไม่เต็มที่ ปฏิกริยาการไอ การกลืนจะยังไม่ดี จนกว่าจะรู้สึกตัวเต็มที่ โดยปกติผู้ป่วยจะยังได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดประมาณ 2 ชั่วโมง จึงย้ายไปยังหอผู้ป่วยเดิมได้ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดยาสลบเฉพาะที่ จะยังคงมีอาการชาบริเวณส่วนล่างของลำตัวต่ำกว่าบริเวณที่ได้รับยาชา ประมาณ 4-6 ชั่วโมง (Ignatavicius, Workman & Mishler, 1995)

3.6 แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นการสูญเสียอวัยวะหรือสิ่งที่รู้สึกรว่ามีคุณค่าต่อตนเองและสังคม เช่น ในรายที่มีการสูญเสียภาพลักษณ์ต่อตนเองภายหลังการผ่าตัดด้านออกทั้งสองข้าง หรือในรายที่ถูกตัดแขนขา เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพในแบบแผนอื่น ๆ มากน้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับการรับรู้ของผู้ป่วย ชนิดและวิธีการผ่าตัด ผลกระทบของการผ่าตัดที่เกิดขึ้นโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย

ผลกระทบของการผ่าตัดไม่เพียงแต่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยด้วย โดยผลกระทบของการผ่าตัดที่มีต่อญาติผู้ป่วย มีดังนี้

1. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ ความวิตกกังวลอาจจะรุนแรงมาก ญาติบางคนไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (รัตนอยู่เปล่า, 2543) เช่น ไม่สามารถควบคุมความคิดได้ สมาธิลดลง การรับรู้ต่อสถานการณ์แวดล้อมลดลง กระสับกระส่าย หรืออาจมีพฤติกรรมแสดงออกถึงความไม่พอใจพยาบาล เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงควรช่วยลดความวิตกกังวลของญาติ ก่อนที่ญาติจะมีความวิตกกังวลรุนแรงจนไม่สามารถปรับตัวได้ (วิไลพร สมานกสิกรณ์, 2549)

2. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ ทว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์มาก่อน ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะจิตใจและกระทบต่อปฏิริยาทางอารมณ์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ญาติจะรู้สึกกลัวในผลของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2541) ปฏิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น เริ่มจากปรับตัวไม่ได้จนปรับตัวได้ บางครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว เนื่องจากการผ่าตัดบางชนิดทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนอาชีพไป ญาติผู้ป่วยอาจวิตกกังวลเกี่ยวกับรายได้ หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวเพิ่มมากขึ้น เช่น คนขับรถรับจ้างที่ถูกตัดขา อาจต้องเปลี่ยนไปทำงานอาชีพอื่น (ชอลดา พันธเสนา, 2544)

3. แบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด การผ่าตัดเป็นวิกฤตอย่างหนึ่งของญาติผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อญาติต้องรออยู่ที่หน้าห้องผ่าตัดโดยไม่ทราบข้อมูลใด ๆ ของผู้ป่วย ขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัดเลย จะทำให้ญาติเกิดความเครียด ความวิตกกังวลได้ ญาติจึงมีกลไกการปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล และสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เช่น การพูดคุยในหมู่ญาติด้วยกัน หรือการแสวงหาข้อมูล โดยการถามจากพยาบาลที่ประจำห้องรับส่งผู้ป่วย เป็นต้น (วิไลพร สมานกสิกรณ์, 2549)

ส่วนผลกระทบในแบบแผนอื่นก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นกับสถานะของโรค และการเจ็บป่วย การคาดหวังในผลการรักษา ได้แก่ แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนการรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ ซึ่งแบบแผนต่างๆ เหล่านี้จะมีผลกระทบมากน้อยเพียงใดขึ้นกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยในช่วงที่รอผู้ป่วยอยู่หน้าห้องผ่าตัดนั้นก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลจะทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง ปรับตัวเพื่อตอบสนองความวิตกกังวลนั้น

ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) มีรากศัพท์เดิมมาจากภาษากรีก หมายถึง กดให้แน่น รั้งให้แน่น ซึ่งเป็นความบีบคั้น ในภาษาละตินใช้คำว่า Angere หมายถึง การหาใจขัดหรือยึดจากการถูกบีบรัด ซึ่งเป็นความไม่สุขสบาย ความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้น ความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ความรู้สึกตื่นกลัวในบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้ และความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคต (ชนัดดา แนนเกษร, 2549; Stuart & Sundeen, 2009)

ความหมายของความวิตกกังวล

Zung (1971) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นระดับความรู้สึกจากภายในชั่วระยะสั้น ๆ ของบุคคล เช่น รู้สึกกระวนกระวายใจเล็กน้อยไปจนกระทั่งถึงระดับที่มีความผิดปกติ ซึ่งประกอบไปด้วยกลุ่มลักษณะอาการ และอาการแสดงของสภาพปัจจุบัน ซึ่งสามารถวัดเป็นปริมาณความหนาแน่นของความวิตกกังวลได้

สุภาพร เลิศร่วมวัฒนา (2544) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม เสี่ยงภัย ตกอยู่ในอันตราย ไม่มีความมั่นคงปลอดภัย ไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง สามารถแสดงออกมาเป็นความรู้สึกที่สามารถประเมินได้

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกถูกคุกคาม อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง รู้สึกไม่มีความมั่นคงปลอดภัย ไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง สามารถแสดงออกมาเป็นความรู้สึกที่สามารถประเมินได้

ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของบุคคลทั่วไป เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีรวิทยา จิตใจหรืออารมณ์ ทางด้านพฤติกรรม และทางด้านสติปัญญาและการรับรู้ โดยแสดงอาการตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และอาการแสดงมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลในขณะนั้น ซึ่งสามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลได้เป็น 4 ระดับ (Timby, 2008) ดังนี้

1. ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับน้อยๆ ที่พบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน ทำให้บุคคลมีการมองเห็น การได้ยิน สมาธิและความจำดีขึ้น มีการรับรู้รวดเร็ว และสามารถจำกัดความสนใจไว้เฉพาะเรื่องที่ตนต้องการได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549) จึงสามารถเผชิญหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความตื่นตัวและกระตือรือร้นที่จะเอาชนะปัญหาเหล่านี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545; Timby, 2008) มีผลให้กระตุ่นระบบประสาทอัตโนมัติจึงอาจพบการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางสรีระ อารมณ์และพฤติกรรมได้บ้างเล็กน้อย เช่น

กล้ามเนื้อโครงสร้างตึงตัวขึ้น รุ่มาดาหัดตัว สัญญาณชีพเพิ่มขึ้น เคาะโตะ กัดเล็บ หรือหงุดหงิด
งุ่นง่าน เป็นต้น (Timby, 2008) อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงนี้จะหายไปในเวลารวดเร็ว โดย
สามารถควบคุมและจัดการกับตนเองได้ หรืออาจต้องการให้มีการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน
เพียงเล็กน้อยก็สามารถควบคุมสถานการณ์ได้

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่สูงขึ้นใน
ระดับที่บุคคลมีการรับรู้แคบ และเลือกรับรู้เฉพาะที่สนใจหรือต้องการ ความสามารถในการมอง
ได้ย่น หรือรับสัมผัสต่าง ๆ ลดลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง (อรพรรณ ลือบุญ, 2545;
Timby, 2008) การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่พบได้คือ รู้สึกตึงเครียด ใจสั่นระริก สัญญาณชีพเพิ่มขึ้น
มีอาการไม่สุขสบายทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปั่นป่วนในกระเพาะอาหารถ่ายปัสสาวะบ่อย เสี่ยงสั่น
กระวนกระวาย สีหน้าแสดงออกถึงความสนใจหรือกังวลหวั่นไหว เรื่องใดเรื่องหนึ่ง (ฉวีวรรณ
สัตยธรรม, 2549; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลระดับปานกลางนี้
นับว่าอยู่ในระดับทำให้เกิดการสร้างสรรค์แก่ชีวิตเช่นเดียวกับความวิตกกังวลระดับต่ำ เพราะ
ช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จหรือได้มาในสิ่งที่ตนปรารถนา

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe Anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้ทำให้การ
รับรู้ของบุคคลแคบมาก หมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดมากเกินไป หรือเลือกเฉพาะบางส่วน สมาธิ
ในการรับฟังปัญหาและข้อมูลต่าง ๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถจับสาระสำคัญ หรือเชื่อมโยงเหตุการณ์
ได้ ความสามารถในการเรียนรู้และแก้ไขปัญหายิ่งยาก (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549; อรพรรณ
ลือบุญรัชชัย, 2545) บางรายอาจงุนงง สับสน ความคุมตัวเองไม่ได้ ไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย
พูดมากหรือพูดเร็ว เนื้อตัวและเสี่ยงสั่น พฤติกรรมแสดงออกเป็นลักษณะการตอบโต้อย่างอัตโนมัติ
เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล อาจพบอาการแสดงออกทางกาย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง
นอนไม่หลับ หัวใจรัวระริก สัญญาณชีพเพิ่มขึ้นมาก ท้องเดิน ท้องผูก เป็นต้น มีอารมณ์หงุดหงิด
โมโหง่าย เปลี่ยนแปลงเร็ว บางรายต่อต้านไม่ร่วมมือรู้สึกว่าคุณใกล้ชิดถึงวาระสุดท้าย (อำไพวรรณ
พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; Timby, 2008)

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงสูงสุด (Panic Anxiety) เป็นความวิตกกังวลในภาวะ
หวาดหวั่นสุดขีด บุคคลไม่สามารถควบคุมหรือช่วยเหลือตนเองได้ ประสาหรับสัมผัสทั้ง 5 จะทำ
หน้าที่ได้ไม่เต็มที่ การรับรู้แคบมาก หรือไม่มีเลย การเรียนรู้เสียไปไม่สามารถแก้ปัญหาดัง ๆ ได้ มี
ความคิดและการรับสัมผัสผิดแปลกไป ทำให้อาจมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนเกิดขึ้นได้
ชั่วคราว (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549; Timby, 2008) นอกจากนั้น ด้วยพลังงานที่สะสมในร่างกาย
อย่างมากจึงทำให้แสดงพฤติกรรมแปลก ๆ ที่ปกติไม่เคยกระทำ เช่น ร้องตะโกน กรีดร้อง ต่อสู้
ทำร้าย หรือวิ่งหนีเตลิดไร้จุดหมาย แยกตัวดกตะลึงแน่นิ่ง สามารถยกของหนักมาก ๆ ได้คนเดียว

ในขณะที่ไฟไหม้ เป็นต้น (ศรีพิมล ดิษยนตร, 2550) การเปลี่ยนแปลงทางสรีระจะพบว่าการสับสนของสัญญาณชีพ การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ไม่เป็นระบบรูปร่างตาขยายกว้าง นอนไม่หลับ พุดจาสื่อสารไม่รู้เรื่อง อารมณ์หวาดกลัว โกรธ ก้าวร้าวอย่างรุนแรงเป็นอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่น และมักพบภายหลังอาการสงบจะรู้สึกอ่อนเพลียสูญเสียกำลังไปอย่างมากหรืออาจตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าจนคิดทำร้ายตัวเอง (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545)

ผลกระทบของความวิตกกังวลต่อบุคคล

ขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในร่างกาย ซึ่งเป็นผลของสมองส่วนซีรีบรัม (Cerebrum) กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) และไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) (ศรีพิมล ดิษยนตร, 2550) คือ ทำให้ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) หลั่งฮอร์โมนเอซีทีเอช (ACTH Hormone) ไปกระตุ้นส่วนคอร์เทก (Cortex) ของต่อมหมวกไต (Adrenal Gland) เกิดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติคอล (Cortical Hormone) มีผลให้ร่างกายทนทานต่อความวิตกกังวลได้ดีขึ้นและทำให้ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ส่งกระแสไปตามระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) ไปที่เมดูลลา (Medulla) ของต่อมหมวกไต ทำให้หลั่งอิพิเนฟริน (Epinephrine) มีผลให้กล้ามเนื้อหดรัดตัว เกร็ง ต่อสู้ หรือหนี

จากผลของการเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และความวิตกกังวลยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. ด้านชีวเคมี คือ อิพิเนฟริน (Epinephrine) นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และอะดรีโน คอร์ติคอล ฮอร์โมน (Adreno Cortical Hormone) จะถูกขับออกสู่กระแสเลือดมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมสมดุลของเกลือแร่ สารน้ำ การเผาผลาญอาหารในร่างกาย (ศรีพิมล ดิษยนตร, 2550)

2. ด้านสรีรวิทยา คือ ความวิตกกังวลในระดับต่ำและปานกลางจะเพิ่มการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย แต่ถ้ามีสูงเกินไปในระดับรุนแรงและระดับรุนแรงสูงสุด จะทำให้ระบบต่าง ๆ หยุดการทำงานได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีดังนี้ (ปรานทิพย์ ทาเสนาะ, 2542; ศรีพิมล ดิษยนตร, 2550; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545)

- 2.1 หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น
- 2.2 การหายใจลึกและเร็วขึ้น อึดอัด แน่นหน้าอก หายใจลำบาก
- 2.3 อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น เหงื่อออก ตัวเย็น ผิวหนังซีด เย็น
- 2.4 ความดันโลหิตสูงขึ้น
- 2.5 Menstrual Cycle เปลี่ยนแปลง
- 2.6 ปัสสาวะบ่อย หรือท้องเสีย

2.7 ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง

2.8 ม่านตาขยายใหญ่ขึ้น

2.9 น้ำตาลถูกขับออกมาจากตับมากขึ้น รู้สึกหิว ๆ คล้ายจะเป็นลม

2.10 เหงื่อออกบริเวณฝ่ามือ ตามตัว

2.11 กล้ามเนื้อเกร็งโดยเฉพาะที่คอ ตัวสั่น กระตุก

3. ความสามารถในการสังเกต

การสังเกตเป็นผลของการรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง ความสามารถในการสังเกต จะเพิ่มมากขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล คือ (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2550)

ความวิตกกังวลระดับต่ำ จะกระตุ้นช่วยให้ประสาทรับรู้ทั้ง 5 ตื่นตัวดีขึ้นการเก็บข้อมูลรอบตัวจะทำได้มากกว่าปกติ

ความวิตกกังวลระดับปานกลาง จะทำให้มีการตื่นตัวมากขึ้น ความสามารถในการรับรู้จะแคบลง จะเพ่งได้ยังจุดที่สนใจเท่านั้น จะรับรู้เฉพาะสิ่งที่เลือกสรรแล้ว

ความวิตกกังวลระดับรุนแรง จะทำให้มีการตื่นตัวมากขึ้น ความสามารถในการรับรู้จะแคบลงขอบเขตความสนใจจะแคบลง และหยุดอยู่ในเหตุการณ์เฉพาะหน้ายังสามารถบอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้

ความวิตกกังวลระดับรุนแรงสูงสุด จะทำให้เกิดภาวะตื่นตัวสุดขีด การสังเกตจะแคบลงมาและไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

4. สมาธิและความจำ มีการเปลี่ยนแปลง คือ (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2550; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545)

ในบุคคลที่อยู่ในภาวะวิตกกังวลระดับต่ำและระดับปานกลาง จะมีสมาธิดี แต่ในระดับรุนแรงและระดับรุนแรงสูงสุด สมาธิจะลดลง จะกระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง

ความวิตกกังวลในระดับต่ำ จะช่วยให้มีการจดจำมากขึ้น เพราะความจำประกอบด้วย 3 ส่วนคือ Registration, Retention และ Recall เมื่อประสาทรับรู้ทั้ง 5 ตื่นตัวจึงรับรู้ข้อมูลมากขึ้น จึง Retain ได้มาก และ Recall ได้มาก

ความจำ ถ้าการรับรู้น้อย ความจำก็เกิดขึ้นน้อย ดังนั้นในภาวะวิตกกังวลระดับรุนแรงและภาวะวิตกกังวลระดับรุนแรงสูงสุด ความจำจึงเกิดขึ้นได้น้อยมาก

5. การเรียนรู้และปรับตัว มีการเปลี่ยนแปลง คือ (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2550; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545)

ความวิตกกังวลระดับต่ำ และความวิตกกังวลระดับปานกลาง จะทำให้บุคคลนั้นสามารถใช้ทักษะที่มีอยู่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้สามารถที่จะสังเกต พรรณนา วิเคราะห์ หาความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ตรวจสอบความคิดเห็นกับบุคคลอื่น ทดสอบและใช้ประสบการณ์เก่า ๆ ของตนได้

ความวิตกกังวลระดับรุนแรง และความวิตกกังวลระดับรุนแรงสูงสุด ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ก็ตาม บุคคลนั้นจะไม่มีโอกาสได้ใช้ทักษะของเขาเลย พฤติกรรมจะเป็นของการวิฤภาวะวิตกกังวล ซึ่งโดยมากเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติที่ไม่ต้องคิดก่อน

6. พฤติกรรมการแสดงออก

พฤติกรรมการแสดงออกเมื่อเกิดความวิตกกังวลโดยมากจะเป็นพฤติกรรมแบบอัตโนมัติที่พบบ่อยคือ หงุดหงิด โมโหง่ายและโกรธ การจับจ้องไม่อดทน สนใจตนเองมากขึ้น และเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดหรือขจัดภาวะวิตกกังวล พฤติกรรมการแสดงออกดังกล่าว อาจแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ (ปรางทิพย์ ทาเสนาะ, 2542; ศรีพิมล คิชขบุตร, 2550)

6.1 Acting-out Behavior พฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึก ภายในออกมาอย่างเปิดเผย (Overt Behavior) หงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ พุดจาชวนทะเลาะ กระสับกระส่าย และอาจแสดงออกมาอย่างไม่เปิดเผย (Covert Behavior) ได้แก่ ความรู้สึกขุ่นเคือง ความรู้สึกไม่เป็นมิตร เก็บซ่อนไว้และแสดงออกในรูปอื่น เช่น Psychotic และ Neurotic Behavior ทั้งหมด

6.2 Somatizing เป็นพฤติกรรมการลดภาวะวิตกกังวล โดยเบนความสนใจไปสู่อาการหรือความเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ ใจสั่น ตลใจง่าย อาหารไม่ย่อย ท้องผูก ท้องเฟ้อ ไม่อยากรับประทานอาหาร ถ้าน้ำย่อยหลังออกมาอาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้

6.3 Freezing to the Spot การชะงักงันหรือเก็บกดไม่อยากทำการงาน อารมณ์หมกมุ่นครุ่นคิดขณะอยู่ในภาวะวิตกกังวล เช่น การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ (Withdrawal) เก็บความรู้สึกไว้ภายใน และกลายเป็นความเศร้า (Depression) มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ (Regression)

6.4 Using the Anxiety in the Service of Learning เป็นพฤติกรรมที่พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้เกิด Anxiety และความเข้าใจในสาเหตุ เพื่อหาวิธีที่ตนเองจะได้ใช้ในการขจัดภาวะวิตกกังวล ทำให้บุคคลเรียนรู้วิธีแก้ไขภาวะวิตกกังวลที่ตนประสบอยู่ เช่น เมื่อไม่ได้อ่านหนังสือแล้วเกิดความรู้สึกหวาดหวั่นไม่มั่นใจ ขณะทำข้อสอบ รู้สึกอึดอัดไม่สบายภายหลังสอบ ในการสอนครั้งต่อไปบุคคลนั้นจะไม่อยากมีประสบการณ์เช่นนี้อีก จึงแก้ไขโดยอ่านหนังสือ และเตรียมตัวให้พร้อมก่อนสอบ

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับ และ ธรรมชาติของสิ่งที่มากระตุ้น ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และตำแหน่งที่ทำผ่าตัด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (คณินันต์ บุรีเทศน์, 2540)

1. เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกายที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกันทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน (Lazarus & Folkman, 1984) เพศหญิงจะมีอารมณ์เศร้า หงุดหงิด กังวลเมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลงมาก ซึ่งมี 3 ระยะ คือ ระยะใกล้มีประจำเดือน ระยะหลังคลอด และระยะหมดประจำเดือน ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2540; วิไลพร สมานกสิกรณ์, 2549; ศรีนรา ทองมี, 2548)

2. อายุ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกาย ซึ่งแบ่งพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่เป็น 3 ระยะ คือ (ชนินฐา นาคะ, 2534)

2.1 ผู้ใหญ่วัยต้นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 21-40 ปี เป็นวัยที่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตได้ มองโลกในแง่ดี สุขุมรอบคอบ

2.2 ผู้ใหญ่วัยกลางคนหรือผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 41-60 ปี เป็นระยะที่สร้างครอบครัว เป็นปีกแผ่น อุทิศแรงกายเพื่องาน

2.3 ผู้ใหญ่วัยชราหรือผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 61-80 ปี เป็นระยะสูญเสียความเป็นผู้นำ หรือคู่สมรส

ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ผกผันกับอายุ คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีอายุระหว่าง 61-80 ปี (ชนินฐา นาคะ, 2534; วิไลพร สมานกสิกรณ์, 2549; ศรีนรา ทองมี, 2548) เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์มากกว่า ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดี จึงมีความวิตกกังวลน้อยกว่า

3. ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นส่วนหนึ่งของรายได้หรือแหล่งประโยชน์ด้านอื่น ๆ ที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญความเจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่าจึงมีความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้มากกว่า (Lazarus & Folkman, 1984) เนื่องจากโอกาสที่แหล่งประโยชน์จะถูกนำมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังมีน้อยกว่า จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีสามารถเข้ารับการรักษาได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี (ชนินฐา

นาคะ, 2534; นันทพร แสนศิริพันธ์, 2540; วิไลพร สมานกสิกรณ์, 2549)

4. ระดับการศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการปรับตัว ที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ขนิษฐา นาคะ, 2534; นันทพร แสนศิริพันธ์, 2540; วิไลพร สมานกสิกรณ์, 2549)

5. ประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับ เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้วยสติปัญญา (Cognitive Control) ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือความทรงจำในอดีต ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหตุการณ์ที่เผชิญเหมือนเดิม (Leveling) หรือแตกต่างไปจากเดิม (Sharpening) (Lazarus & Folkman, 1984) หากผู้ที่ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดในทางลบ จะมีผลทำให้ความวิตกกังวลกับการผ่าตัดครั้งต่อไปเพิ่มขึ้น (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2540; วิไลพร สมานกสิกรณ์, 2549; สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

6. การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และตำแหน่งที่ทำผ่าตัด เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญ ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันตามความสำคัญของอวัยวะนั้น ๆ ความรุนแรงหรือระยะของโรค และชนิดของโรคที่เป็น ว่าคุกคามต่อสวัสดิภาพของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด (Lazarus & Folkman, 1984) ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ข้อมูลที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยระยะและความรุนแรงของโรคที่รุนแรงกว่าและตำแหน่งที่ทำผ่าตัดเป็นอวัยวะที่สำคัญ ที่เป็นสัญลักษณ์ หรือเกี่ยวกับภาพลักษณ์ เช่น การผ่าตัดเต้านม มดลูก แขนขา ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่า (ขนิษฐา นาคะ, 2534; ช่อสคว พันธ์สุเสนา, 2544; วิไลพร สมานกสิกรณ์, 2549)

วิธีบรรเทาความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลที่สูงก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายและจิตใจอย่างมากให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและญาติ ส่งผลถึงการฟื้นตัวจากการผ่าตัดของผู้ป่วย และการปรับตัวในการเผชิญกับความวิตกกังวลของญาติ ดังนั้นบทบาทพยาบาลในการบรรเทาความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่สามารถแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ และช่วยลดความรุนแรงของโรคที่เกิดจากความวิตกกังวลได้ มีดังนี้

1. บรรเทาความวิตกกังวลโดยใช้ยา เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลจะใช้ในผู้ป่วยและญาติที่มีระดับความวิตกกังวลรุนแรงสูงสุด (Panic anxiety) แต่แพทย์อาจใช้ยาเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลตั้งแต่ผู้ป่วยและญาติเริ่มมีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Barry, 1996) ยาที่บรรเทาความวิตกกังวลเรียกว่า Antianxiety Agents หรือ Anxiolytic Drug ในปัจจุบันยังไม่มียาตัวใดที่ใช้เป็นยาต้านความวิตกกังวลได้ผลดี เนื่องจากยาแต่ละตัวมักมีข้อเสียไม่มากนักน้อย ยาที่ใช้ลดความวิตกกังวลแบ่งเป็นยาที่อยู่ในกลุ่ม Benzodiazapine และยาที่ไม่อยู่ในกลุ่ม Benzodiazapine (Carson & Arnold,

1996)

1.1 ยาที่อยู่ในกลุ่ม Benzodiazepine ได้แก่ Chlordiazepoxide (Librium) Diazepam (Valium) Clonazepam (Klonopin) Lorazepam (Ativan) Alprazolam (Xanax) การออกฤทธิ์ของยาจะกดการสร้างสารสื่อประสาทในสมองบางส่วนลิมบิก และบริเวณเปลือกสมอง (Cortical Areas)ฤทธิ์ข้างเคียงของยากลุ่มนี้มีน้อย และไม่มีอันตราย โดยทั่วไปทำให้ง่วงนอน ความคิดช้า อาการอื่นที่พบได้แต่พบน้อย ได้แก่ สับสน เวียนศีรษะ ผื่นขึ้นตามผิวหนัง และคลื่นไส้ อาเจียน

1.2 ยาที่ไม่อยู่ในกลุ่ม Benzodiazepine ได้แก่ Buspirone (Buspar) การออกฤทธิ์ของยาจะกดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเล็กน้อย และยาจะจับตัวรับสารสื่อประสาท ซีโรโตนิน และ โดปามีน ฤทธิ์ข้างเคียงของยาอาจทำให้เกิดอาการง่วง คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ตกใจง่าย ตื่นเต้นง่าย

2. การบรรเทาความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา จะใช้กับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) ถึงระดับรุนแรง (Severe anxiety) (Barry, 1996) วิธีลดความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

2.1 การสร้างจินตภาพ จะเบี่ยงเบนความสนใจร่วมกับการผ่อนคลายในการสร้างจินตภาพ ซึ่งเทคนิคนี้ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลขณะที่ผู้ป่วยหรือญาติเริ่มผ่อนคลาย จะต้องสร้างภาพจากจินตนาการไปยังสถานที่หรือสิ่งที่สร้างความพึงพอใจ แต่อาจใช้ไม่ได้ผลในบุคคลที่ไม่สามารถสร้างจินตนาการได้อย่างเหมือนจริง เพราะอาจสร้างภาพในทางลบขึ้นมาแทน (สุรศักดิ์ พุฒินิธิชัย, 2545) และต้องอาศัยกระบวนการคิดและการทำงานของสมองค่อนข้างมาก ต้องมีการฝึกให้ชำนาญ จึงยากที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยผัดขี้ตาและญาติ

2.2 การฟังดนตรี ดนตรีจะมีผลต่อการรับรู้ หรือปรับเปลี่ยนอารมณ์ ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ระดับเปลือกสมอง ซึ่งจะมีผลต่อบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะทางด้านความสนใจ และจินตนาการทางอารมณ์ ทำให้ลดความตึงเครียดทางอารมณ์ แต่ต้องขึ้นกับชนิด และความชอบของผู้ฟังด้วย (นพวรรณ กฤตยภูมิตพจน์ และ ชนกพร จิตปัญญา, 2550; Hicks, 1992)

2.3 การฝึกการผ่อนคลาย มีวิธีการหลายอย่างที่จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้การผ่อนคลาย ขั้นตอนโดยทั่วไปของการผ่อนคลาย คือ การฝึกการหายใจเข้าออกลึกๆ ทำให้กล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกายตึงเครียดหลังจากนั้นทำให้เกิดการผ่อนคลายโดยเริ่มจากศีรษะไปจนถึงนิ้วเท้า และในที่สุดร่างกายทุกส่วนจะเกิดการผ่อนคลายขึ้นพร้อมๆกัน การฝึกการผ่อนคลายต้องใช้เวลาในการฝึกอย่างสม่ำเสมอจึงจะเกิดผล (พัฒนกร ทองคำ, 2548)

2.4 การสะกดจิต เพื่อทำให้เกิดการผ่อนคลาย และมีการสร้างจินตภาพการเพิ่มขึ้น บุคคลจะได้รับการสอนการสะกดจิตด้วยตนเอง เพื่อใช้ลดความวิตกกังวล (สุวิชัย ปรัชญาปารมิตา,

2541) ซึ่งต้องกระทำโดยผู้ที่มีความชำนาญ

2.5 การสัมผัส เป็นการติดต่อสื่อสารทางกายอย่างหนึ่ง โดยผู้สัมผัสใช้มือสัมผัส บริเวณหลังมือ ข้อมือหรือแขนของผู้ป่วยอย่างนุ่มนวลร่วมกับการพูดคุยแสดงความเห็นใจ ห่วงใย พร้อมทั้งให้กำลังใจ และความมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย (จิตติมา ธารประสิทธิ์, 2548)

2.6 การนวด จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และช่วยลด ความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วยและญาติ (พัฒนกร ทองคำ, 2548) ซึ่งการนวดมีหลายประเภท ได้แก่ การนวดตัว การนวดหลัง การนวดมือ และการนวดเท้า เป็นต้น

2.7 การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วย และญาติได้ โดยช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการเรียนรู้ และเป็นกำลังใจให้สามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม (พัฒนกร ทองคำ, 2548) ซึ่งมีวิธีการให้ข้อมูลหลายลักษณะ เช่น การให้ความรู้ การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ และการใช้สื่อการสอน เป็นต้น (จิตติมา ธารประสิทธิ์, 2548; สุรศักดิ์ พุฒนิชัย, 2545) โดยต้องคำนึงว่าตรงตามความต้องการของบุคคล เหมาะกับเวลา และสถานที่

2.8 การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการให้ความเห็นอกเห็นใจ ดูแลเอาใจใส่ ความ ห่วงใย ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี และความไว้วางใจ การยกย่อง การส่งเสริมให้เห็นคุณค่า ของตนเอง การให้ความรัก ความผูกพัน (House, 1981) ซึ่งการสนับสนุนด้านอารมณ์สามารถช่วย ใ้บุคคลเผชิญต่อสถานการณ์ และช่วยบรรเทาการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ลงได้ (วรรณวิมล คงสุวรรณ และคณะ, 2545)

2.9 การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นการจัดบริการที่สามารถช่วยให้ญาติผู้ป่วย รู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวล และรับรู้การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การให้ความรู้โดยผ่านสื่อวีดีโอเทป การฟังเพลง มีสวนดอกไม้ มีโซฟาหิน งานศิลปะ และร้านอาหาร ร้านขายของเยี่ยม ห้องพัก และมีโทรศัพท์ไว้บริการ สามารถความผ่อนคลายความเครียด และลด ความวิตกกังวลลงได้ (Carmichael, & Agre, 2002)

แนวคิดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์

Spielberger (1966) ได้พัฒนาแนวคิดความวิตกกังวลขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1966 โดย อธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล และการประเมินความวิตกกังวล และได้มีการปรับปรุง โดยการเพิ่มเนื้อหา และให้รายละเอียดเพิ่มเติมแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล และการประเมิน ความวิตกกังวลในปี ค.ศ. 1972, 1976, 1977, 1979 และ 1983 ตามลำดับ

ความหมายของความวิตกกังวล

Spielberger (1966) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความเครียดซึ่งเกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าของบุคคล ความวิตกกังวลทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลง และมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บุคคลจะมีความวิตกกังวลหลายระดับแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของบุคคลนั้น ความวิตกกังวลระดับพอเหมาะจะกระตุ้นให้บุคคลมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมากขึ้น แต่ความวิตกกังวลที่น้อยหรือมากเกินไป จะทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคคลลดลง

ชนิดของความวิตกกังวล

Spielberger and Sydeman (1994) ได้แบ่งความวิตกกังวลได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A-state) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีความซับซ้อนที่เกิดกับบุคคลโดยมีการประเมินหรือตีความสถานการณ์ในขณะนั้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดและกลัว ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ความรุนแรงและช่วงระยะเวลาของการเกิดความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์นั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะคุกคามที่บุคคลนั้นรับรู้ และการตีความว่าสถานการณ์ที่เป็นอันตรายนั้นยังคงอยู่ บุคคลจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญในระดับต่ำเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียด หรืออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตราย แต่ไม่ได้รับรู้ว่ากำลังถูกคุกคาม
2. ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะในตัวของบุคคล หรือความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไปที่ประเมินว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยในแต่ละคนจะแตกต่างกันไป ซึ่งผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงในระดับสูงอาจรับรู้ว่า สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอันตรายและกำลังคุกคามตนเองมากกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือทำให้ รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และในผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงในระดับสูงนั้นมีแนวโน้มว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญ จะอยู่ในระดับสูงมากด้วย ความวิตกกังวลแฝงนี้จะส่งผลต่อการตอบสนองต่อสภาวะการณ์ที่ประเมินว่าเป็นอันตราย หรือถูกคุกคามที่เกิดขึ้นตามความรุนแรงของปฏิกิริยาได้ตอบสนองต่อความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ที่เพิ่มขึ้นของบุคคลนั้น (Spielberger, 1983 cited in Webb & Rigglin, 1994)

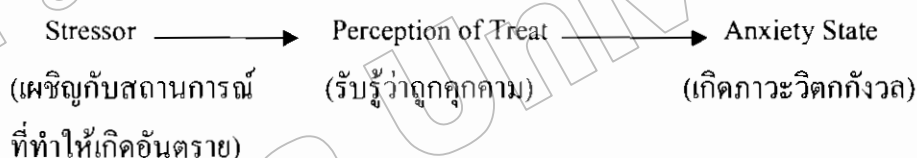
ความแตกต่างกันของความวิตกกังวล 2 ชนิดนี้ Spielberger (1972) กล่าวว่า A-state เป็นอารมณ์หลายอารมณ์ที่เกิดขึ้นผสมกัน (Mixed Emotions) เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคาม ส่วน ความวิตกกังวลขณะเผชิญจะเป็นอารมณ์พื้นฐานบางอารมณ์ที่เกิดขึ้นผสมกันบ่อย ๆ นาน ๆ เข้า จะค่อนข้างเป็นอารมณ์ที่คงที่ของคนคนนั้น ในขณะที่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Spielberger, 1983 cited in Murray, Lowe, Anderson, Horne, Lott, & McDonald, 1996)

สาเหตุของความวิตกกังวล

จากแนวคิดความวิตกกังวลของ Spielberger and Sydeman (1994) ได้อธิบายสาเหตุของความวิตกกังวลว่าเป็นผลของกระบวนการในการเผชิญความเครียด (Stress) ที่ประกอบด้วย

1. การเผชิญกับสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่สามารถทำให้เกิดอันตรายได้ (Stressor)
2. การรับรู้สิ่งเร้านั้นคุกคามต่อตนเอง (Perception of Treat)
3. เกิดภาวะวิตกกังวล (Anxiety State)

กระบวนการดังกล่าวแสดงได้ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 2 กระบวนการในการเผชิญความเครียด (Stress) (Spielberger & Sydeman, 1994 อ้างถึงใน ศรีนทรา ทองมี, 2548)

วิธีบรรเทาความวิตกกังวล

Spielberger and Sydeman (1994) ได้เสนอวิธีบรรเทาความวิตกกังวล ดังนี้

1. การทำให้ลดลงอย่างเป็นระบบ (Systematic Desensitization)
2. การใช้อารมณ์อย่างมีเหตุผล (Rational-emotive Therapy)
3. การทำกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ (Cognitive-behavioral

Interventions)

4. การฝึกการผ่อนคลาย (Even Relaxation Training)

ความวิตกกังวลของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาโรควิธีหนึ่งที่มีการตัดส่วนซึ่งเป็นโรค หรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ซึ่งชนิดของการผ่าตัดสามารถแบ่งตามความรีบด่วนของการผ่าตัดได้ 3 ชนิด คือ การผ่าตัดแบบอิเล็กทีฟ (Elective Surgery) การผ่าตัดแบบรีบผ่าตัด (Urgent Surgery) และการผ่าตัดแบบด่วน (Emergency Surgery) (Tayler et al., 1993) และสามารถแบ่งชนิดของการผ่าตัดตามความเสี่ยงของการผ่าตัด ได้ 2 ชนิด คือ การผ่าตัดใหญ่ (Major Surgery) และการผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery) (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Tayler et al., 1993) การผ่าตัดมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ การผ่าตัดจะมีผลกระทบต่อหน้าที่และการทำงานตามปกติของร่างกาย (วรรณ ขี้ยัดพิงษ์ถาวร และคณะ, 2545) เช่น ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดที่เกิดจากการที่เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด อาการปวดเมื่อยตามตัวจากการที่นอนอยู่ท่าเดียวนาน ๆ การใส่สายยางหรือท่อระบายเข้าไปในร่างกาย (พรณี ไพศาลทักษิณ, 2541) การรบกวนการนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การใช้ชีวิตในสังคม ต้องอยู่โรงพยาบาลซึ่งมีสิ่งแวดล้อมและสภาพในห้องที่ไม่เหมือนบ้าน การอยู่ร่วมกับบุคคลที่ไม่คุ้นเคย มีสิ่งรบกวนความสุขสบาย ไม่ว่าจะเป็นเสียงรบกวน แสงสว่าง อากาศที่ร้อนอบอ้าว หรือกลิ่นของโรงพยาบาล (Webster & Thompson, 1986) และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล กลัวต่อการผ่าตัดมากที่สุด โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในบริเวณรอผ่าตัด (นวพร จินใจ และคณะ, 2551; วรรณวิมล คงสุวรรณ และคณะ, 2545; Katzen, 2002)

นอกจากนั้นการผ่าตัดยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วย คือ ทำให้เกิดความวิตกกังวลกับญาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด (Leske, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ญาติผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลในระดับสูง (สมพันธ์ หิณชิระนันท์ และวรรณวิมล คงสุวรรณ, 2544) และพบว่าญาติผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสับสนร้อยละ 28 เหนื่อยล้าร้อยละ 21 และมีความวิตกกังวลร้อยละ 6 (Majasaari et al., 2005) ซึ่งความวิตกกังวลเป็นความเครียด ซึ่งเกิดจากความมั่นคง ปลอดภัยของญาติถูกคุกคาม โดยสิ่งที่ถูกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าของญาติผู้ป่วย ความวิตกกังวลทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของญาติลดลง และมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพ ญาติจะมีความวิตกกังวลหลายระดับแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของญาติผู้ป่วยนั้น

ความวิตกกังวลดังกล่าวมีสาเหตุจากการไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของผลการรักษา ความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่แน่ใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้น ความรู้สึกสับสน ความเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับ (Majasaari et al., 2005; Yung et al., 2002) รวมทั้งจากลักษณะการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด มีลักษณะการทำงานที่เร่งรีบ และมีข้อจำกัดด้านเวลา ประกอบกับโครงสร้างของห้องผ่าตัดที่ต้องเป็นระบบปิดเพื่อการควบคุมความสะอาดภายในห้องผ่าตัดอย่างเคร่งครัด รวมทั้งกฎระเบียบต่าง ๆ ทำให้ญาติไม่สามารถเข้าไปกับผู้ป่วยภายในห้องผ่าตัดได้ ทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องถูกแยกจากกัน ผู้ป่วยต้องเข้าไปในห้องผ่าตัดเพียงลำพัง ซึ่งจากสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดซึ่งเป็นสถานะที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย การต้องพบกับบุคลากรในห้องผ่าตัด ซึ่งสวมเสื้อผ้า สวมหมวกสีเขียว มีผ้าปิดปากปิดจมูก แตกต่างจากบุคลากรที่ผู้ป่วยเคยพบที่หอผู้ป่วย (กันยา ออประเสริฐ, 2541) ญาติต้องนั่งรอผู้ป่วยอยู่ด้านนอกห้องผ่าตัด จึงทำให้ญาติเกิดความเครียด ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและญาติจะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง (Carmody et al., 1991; Cupples, 1991) ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับญาติบางครั้งมีมากกว่าผู้ป่วย โดยเฉพาะในระหว่างที่รอผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งญาติที่มีความวิตกกังวลในระดับสูงของญาติจะไม่สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย สามารถถ่ายทอดไปยังผู้ป่วยได้ (Fredericson, 1989) นอกจากนี้ยังทำให้ญาติช่วยเหลือหรือเป็นแหล่งสนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ยังอาจทำให้ผู้ป่วยฟื้นกลับสู่สภาพปกติได้ช้าลง

จากการศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด ของ สมพันธ์ หิณชิระนันท์ และวรรณวิมล คงสุวรรณ (2544) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ณ หน่วยผ่าตัดศัลยกรรม ตึกสยามินทร์ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช เลือกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ จำนวน 144 คน ผลการศึกษาพบว่าญาติมีความต้องการข้อมูลมากเป็นอันดับแรก รองลงมาได้แก่ ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย แต่กลับพบว่าความต้องการด้านที่ญาติได้รับการตอบสนองมากที่สุดคือ การมีโทรศัพท์มือถือใกล้ที่พักรอผ่าตัด รองลงมา ได้แก่ การเข้าไปอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในห้องคอยการผ่าตัด โดยบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติมากที่สุด คือ พยาบาล และจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยของผู้วิจัยถึงความต้องการขณะรอผู้ป่วยผ่าตัด พบว่าต้องการลดความวิตกกังวล โดยต้องการทราบข้อมูลที่เป็นจริงของผู้ป่วยผ่าตัด และต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก นอกจากนั้นยังพบว่าญาติผู้ป่วย บางรายยังต้องการห้องพักในการนั่งรอผู้ป่วยขณะผ่าตัด โดยมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้แก่ การมีหนังสือให้อ่าน มีเพลงฟัง เป็นต้น มีสถานที่ในการพักค้างคืน เนื่องจากบ้านอยู่ไกล มีการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

เป็นระยะ และต้องการได้รับการบริการที่ดีจากพยาบาล

และจาก Preferences in Surgical Waiting Area Amenities ของ Carmichael and Agre (2002) ที่มีการวางแผนในการให้การพยาบาลกับญาติผู้ป่วยศูนย์มะเร็งระยะรอนผ่าตัด ซึ่งพบว่า การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้ญาติผู้ป่วยผ่าตัด ได้แก่ การให้ความรู้โดยผ่านสื่อวีดิโอเทป การฟังเพลง มีสวนดอกไม้ มีโซฟาหิน งานศิลปะ และร้านอาหาร ร้านขายของเยี่ยม ห้องพัก และมี โทรศัพท์ไว้บริการ ทำให้ญาติรับรู้การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน รู้สึกผ่อนคลายและลด ความเครียดลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นที่ผ่านมา ที่พบว่าวิธีที่จะช่วยลดความวิตกกังวลให้กับ ญาติผู้ป่วยมีหลายวิธี ได้แก่ การสนับสนุนและการตอบสนองความต้องการของญาติทั้งด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ (นิตยา จรัสแสง, 2547; Janzen, 2007) การใช้ เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ การสัมผัส การสอนหรือการให้ข้อมูล การใช้ดนตรีบำบัด และ การฝึกผ่อนคลาย (สุศักดิ์ พุฒินิชย์, 2545)

นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวล ของญาติระยะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด ของวรรณวิมล คงสุวรรณ และคณะ (2545) กลุ่มตัวอย่างเป็น ญาติหรือผู้ป่วยรับการผ่าตัด ณ บริเวณที่จัดให้ญาติพักรอผู้ป่วยที่หน่วยผ่าตัด ศีกสยามินทร์ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด 20 คน และกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการ สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ 20 คน โดยการจับคู่ด้านเพศ การผ่าตัด และอายุ ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลของญาติกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ผลการให้ข้อมูลตามความต้องการต่อความวิตกกังวลและ ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ของวิไลพร สมานกสิกรณ์ (2549) กลุ่มตัวอย่างเป็น ญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดใหญ่ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดสงขลา โดย เป็นการผ่าตัดที่มีการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าในเวลาราชการ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ กำหนด จำนวน 40 คน และแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ 20 คน และกลุ่ม ทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามความต้องการ 20 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มด้วยวิธีจับฉลาก ซึ่ง ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของญาติกลุ่มทดลองระยะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดภายหลังได้รับ ข้อมูลตามความต้องการต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูล ความวิตกกังวลของญาติกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูล ตามความต้องการต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และความพึงพอใจของญาติกลุ่ม ทดลองที่ได้รับข้อมูลตามความต้องการสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่มีการแสดงออกแตกต่างกันไปหลายประการ ซึ่งประเมินความวิตกกังวล อาจทำได้ ดังนี้

1. การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Psychological Measure of Anxiety) เป็นการวัดความเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย (Rosdahl & Kowalski, 2007) เช่น การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก เป็นต้น ซึ่งการวัดนี้จะใช้เครื่องมือในการวัด เช่น เครื่องมือการวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Electrocardiogram) เครื่องมือวัดชีพจร (Mechanical Pulse Detective: Pathysmography and Pulse) เครื่องมือการขยายของรูม่านตา (Pupillography) และเครื่องมือวัดเหงื่อออก (Perspiration Meter) (Minckly, 1974; Shuldham, Cunningham, Hiscock & Luscombe, 1995) การวัดวิธีนี้ค่อนข้างลำบากเนื่องจากระดับความวิตกกังวล จะไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงออกของบุคคลที่มีความวิตกกังวล นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของแต่ละบุคคล ก็จะมีแบบแผนที่แตกต่างกัน (Grimm, 1997)

2. การประเมินด้วยตนเอง (Self-report Measure of Anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นความรู้สึที่ตนเองรับรู้ โดยใช้

2.1 มาตรวัดความวิตกกังวล (Visual Analogue Scale) ของ Garberson (1991) เป็นการประเมินระดับความรู้สึกที่แสดงถึงความวิตกกังวล ได้แก่ ความหวาดกลัว ความตึงเครียด ความหวาดหวั่น หรือความกังวล มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร หรือ 10 เซนติเมตร วาดลงบนกระดาษ A4 ปลายสุดทางด้านซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวล และมากขึ้นไปทางขวาด้านหนึ่งปลายสุดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึกมีความวิตกกังวลมากที่สุด ผู้ที่ทำแบบประเมินนี้จะทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงตามระดับความวิตกกังวลที่มีอยู่ของบุคคลนั้น (Brown, 1990; Garberson, 1991) ได้มีการตรวจสอบหาความตรงและความเชื่อมั่นโดยทดสอบในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัด 40 คน พบว่ามีความสัมพันธ์กับแบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger ($r = 0.84$) โดยแบบประเมินนี้สามารถทำได้ง่าย แต่ในการวัดซ้ำอาจไม่ใช่ความรู้สึกที่แท้จริง เพราะผู้ที่ทำประเมินอาจจำได้ว่าครั้งแรกเคยทำเครื่องหมายไว้ที่ตำแหน่งใด (Brown, 1990)



ภาพที่ 3 มาตรวัดความวิตกกังวล (Brown, 1990) อ้างถึงใน นันทพร แสนศิริพันธ์, 2540)

2.2 Taylor Manifest Anxiety Scale สร้างขึ้นโดย Taylor (1950 cited in Grimm, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อที่เลือกมาจากแบบประเมินบุคลิกภาพ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ให้ตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม แบบวัดนี้เริ่มแรกใช้ในกลุ่มนักเรียนในวิทยาลัย และผู้ป่วยทางจิต แต่ต่อมาได้นำมาใช้กับผู้ใหญ่โดยทั่วไป

2.3 Anxiety Status Inventory (ASI-SAS) พัฒนาโดย Zung (1971) เป็นแบบวัดความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลานั้น และเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมาแล้ว ประกอบด้วย 2 แบบวัด คือ Self-rating Anxiety Scale (SAS) โดยแบบวัด SAS มีทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ข้อคำถามทางบวก 50 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 15 ข้อ มีคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนสูงสุด 80 คะแนน และ ASI ซึ่งทั้งสองแบบวัดนี้ ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก แต่มีรายงานว่าสามารถใช้ได้กับบุคคลที่ไม่มีอาการทางจิตได้เช่นกัน (Grimm, 1997)

2.4 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) พัฒนาขึ้นโดยสปีลเบอร์เกอร์และคณะ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ. 1983 แบบวัดนี้เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวล โดยกรรตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวล 2 ประเภท (Spieberger, 1983) คือ

2.4.1 แบบวัดความวิตกกังวลแบบสเทท (State Anxiety: Form X-I) คือ แบบสอบถามที่วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับความวิตกกังวล 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ มีคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนสูงสุด 80 คะแนน

2.4.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait Anxiety: Form X-II) คือ แบบสอบถามที่วัดความรู้สึกโดยทั่วไป ของบุคคลในทุกสถานการณ์ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับความวิตกกังวล 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 13 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 7 ข้อ มีคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนสูงสุด 80 คะแนน

แบบสอบถามทั้งสองชุดนี้มีความสัมพันธ์กัน โดยผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลแบบสเททสูงด้วย และแบบสอบถามนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา คชภักดี, สายใจ วรกิจ โภคาทร และมาลี นิสสัยสุข ซึ่ง วิไลพร สมานกสิกรณ์ (2549) ได้นำแบบวัดความวิตกกังวลในขณะเผชิญกับสถานการณ์ The State Anxiety Inventory Form X-I (STAI) ของ Spielberger (1970) ไปใช้กับญาติผู้ป่วยที่นักรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดแบบมีการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้า ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 40 ราย หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของ

แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ เท่ากับ .93

วรรณวิมล คงสุวรรณ และคณะ (2545) ได้แบบวัดความวิตกกังวลในขณะเผชิญกับสถานการณ์ The State Anxiety Inventory Form X (STAI) ของ Spielberg (1977 อ้างถึงในวรรณวิมล คงสุวรรณ และคณะ, 2545) แปลเป็นภาษาไทยโดยบุญเพียร จันทวัฒนา นำแบบสอบถามไปใช้กับญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 40 ราย หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ เท่ากับ .78

3. การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral Measure of Anxiety) ได้แก่ แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมของ Graham and Conley (1971) การสังเกตนี้จะสังเกตถึงการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ หรือซับซ้อน จากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมานั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายใน ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตได้ เช่น การมีอาการกระสับกระส่าย ลูกลี้ลูกกลน มือสั่น ถอนหายใจ พุดเร็ว หรือร้องไห้ เป็นต้น การวัดจะใช้เครื่องมือสร้างขึ้นให้เหมาะสมตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

4. การประเมินโดยเทคนิคการฉายออก (Projective Technique) ได้แก่ แบบวัดของ Rorschach ซึ่งการวัดโดยวิธีนี้มีความยากลำบากในการแปลผลซึ่งต้องใช้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเป็นผู้วัด (ศรินรา ทองมี, 2548)

ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการผ่าตัด ของวิไลพร สมานกสิกรณ์ (2549) และนำไปใช้ประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของญาติผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการผ่าตัด

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

ความวิตกกังวลในระดับสูงก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายและจิตใจอย่างมากให้กับผู้ป่วยผ่าตัดและญาติ ส่งผลถึงการฟื้นตัวจากการผ่าตัดของผู้ป่วย และการปรับตัวในการเผชิญกับความวิตกกังวลของญาติ จากแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลของ Spielberg and Sydeman (1994) ได้เสนอวิธีที่จะช่วยลดความวิตกกังวล ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลตามความต้องการของญาติเป็นวิธีการที่สามารถลดความวิตกกังวลอีกวิธีหนึ่งโดยการใช้อารมณ์อย่างมีเหตุผล (Rational-emotive Therapy) และเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ (Cognitive-behavioral Interventions) ที่มีการปรับกระบวนการคิดและการรับรู้ของญาติที่ถูกต้อง ใกล้เคียงกับความเป็นจริง

อีกทั้งการฝึกการผ่อนคลาย (Even Relaxation Training) ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อม การใช้เทคนิค เบี่ยงเบนความสนใจ การสัมผัส และการใช้ดนตรีบำบัด (สฤศักดิ์ พุฒินิชย์, 2545; Carmichael, & Agre, 2002) ซึ่งวิธีการต่าง ๆ สามารถลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนด้านข้อมูล

การสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัวหรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์ และ ชนกวร จิตปัญญา, 2550) การให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับ ไปประมวลผลและเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ ไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และคงอยู่อย่างถาวร (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542) นอกจากนี้การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติ จะช่วยเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยและญาติสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะประสบ ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล (Heitkemper, Dirksen, & Lewis, 2007)

ความหมายของการสนับสนุนด้านข้อมูล

Sharon, Marganet and Shannon (2000) กล่าวว่า การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นวิธีการให้ข้อมูลที่ทำให้เกิดประสบการณ์และการเรียนรู้ เช่น การสอน การให้คำปรึกษา การแนะนำ และการสาธิต

ปริญญ์ ประสานจิต (2541) กล่าวว่า การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นกระบวนการถ่ายทอด เนื้อหา ความรู้ หรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เกิดประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ สามารถคิด เป็น และแก้ปัญหาได้

สฤศักดิ์ พุฒินิชย์ (2545) กล่าวว่า การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นการสอนระหว่างผู้สอน จะมีกิจกรรมให้ผู้เรียน มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางที่ดี ซึ่งมีวิธีการหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การใช้สื่อการสอน

สรุปได้ว่า การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลโดยการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ และการใช้สื่อการสอน ต่อญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ผลของการผ่าตัด และการช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ประเภทของการสนับสนุนด้านข้อมูล

การสนับสนุนด้านข้อมูล มีหลายประเภท สามารถจำแนกได้ตามลักษณะดังต่อไปนี้

1. จำแนกตามเนื้อหาของข้อมูล (Johnson, 1972) ได้แก่

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยและญาติจะได้รับ (Procedure Information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น อธิบายเป็นลำดับขั้นตอน ช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ (Cognitive Control) แวดล้อมที่ถูกคามซึ่งผู้ป่วยและญาติต้องประสบ

1.2 ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (Sensory Information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติต่อเหตุการณ์ที่ถูกคามที่ต้องประสบจากสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส การสัมผัส การได้กลิ่น การได้ยินเสียง การมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่าง ๆ ของเหตุการณ์ ความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะถูกคาม (Coping Information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงวิธีการต่าง ๆ ที่ต้องปฏิบัติ อันเป็นผลดีต่อตนเองในภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งถูกคามต่าง ๆ ช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (Behavioral Control)

2. จำแนกตามลักษณะของข้อมูล (Auerbach & Martelli, 1983) ได้แก่

2.1 ข้อมูลทั่วไป (General Information) เป็นข้อมูลทั่วไปในลักษณะกว้างๆ เนื้อหาข้อมูลคล้ายกับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยและญาติจะได้รับ

2.2 ข้อมูลเฉพาะเจาะจง (Specific Information) เป็นการให้ข้อมูลในรายละเอียดเฉพาะแต่ละสถานที่ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญต่อภาวะที่ถูกคาม

3. จำแนกตามรายละเอียดของข้อมูล (วิกาภัทร ชังขาว, 2544) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค หรือเหตุผลของการรักษา ข้อมูลรายละเอียดขั้นตอนการตรวจรักษาที่ได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจรักษา ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น

วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูล แก่ญาติ

ในการสนับสนุนด้านข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและญาติมากที่สุด โดยมีวิธีการสอน 2 วิธี ดังนี้

1. การสอนเป็นรายบุคคล เป็นการสอนแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอน และผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม เป็นการให้ข้อมูลโดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคล ในด้านความสามารถสติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย (นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์ และชนกพร จิตปัญญา, 2550) โดยการสอนวิธีนี้มีข้อดี คือ ผู้สอนและญาติผู้ป่วยสามารถมองเห็นปัญหาของญาติที่ชัดเจน ทำให้การให้ความรู้ได้ตรงกับความต้องการของญาติมากที่สุด ส่วนข้อเสีย คือ ญาติผู้ป่วยไม่มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้อื่นนอกจาก

ผู้สอน ทำให้ได้รับทราบแนวทางในการแก้ปัญหาที่ไม่หลากหลายเหมือนกับการสอนแบบกลุ่ม (อาภรณ์ คำก้อน, 2545)

2. การสอนเป็นกลุ่ม เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลโดยให้ข้อมูลที่มีผู้รับข้อมูลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่มโดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติตัวได้ (พัฒนกร ทองคำ, 2548) โดยการสอนวิธีนี้มีข้อดี คือ สามารถทำการสอนญาติได้คราวละมาก ๆ ทำให้ญาติเกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ระหว่างญาติผู้ป่วยในกลุ่ม (อาภรณ์ คำก้อน, 2545)

การสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ได้มีผู้เสนอแนวทางข้อควรคำนึงในการสนับสนุนด้านข้อมูล ดังนี้

1. ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูล สาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดของผู้รับข้อมูล (Manley, 1988)
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร ให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด (Manley, 1988)
3. ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้น กระชับ ชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้ ควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น
4. มีขั้นตอนการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก (Stanik, 1990)
5. จัดสิ่งแวดล้อม บรรยากาศให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนขณะให้ข้อมูล (McGregor, Fuller & Lee, 1981)

ลักษณะของข้อมูลที่ดี

ข้อมูลที่ดีต้องมีความถูกต้องเที่ยงตรงและมีประโยชน์ มาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เป็นข้อมูลที่ทันสมัย และครอบคลุมเนื้อหาต่าง ๆ อย่างสมบูรณ์ ข้อมูลที่ดีจะกลายเป็นรากฐานที่ถูกต้องในการปฏิบัติต่อไป ส่วนข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้ผู้รับเกิดความเข้าใจและความรู้สึกผิด ๆ เมื่อนำมาใช้จะเกิดอันตรายมากกว่าการปล่อยให้ไม่ได้รับข้อมูลอะไรเลย (อัจฉรา คงกิตติมากุล, 2545)

Thelma (1960) กล่าวว่า คุณลักษณะที่ดีของข้อมูล สำหรับผู้ป่วย ควรมีลักษณะดังนี้คือ

1. ข้อมูลที่จำเป็น ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการรักษาพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องขณะอยู่ในโรงพยาบาลและกลับบ้าน เช่น การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตนในภาวะต่าง ๆ เป็นต้น

2. ข้อมูลที่สนองความต้องการทางอารมณ์และจิตใจ เป็นข้อมูลที่จะช่วยให้ผ่อนคลาย ความวิตกกังวล ความเครียดในขณะเข้ารับการรักษายาบาลอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การแนะนำถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพของโรงพยาบาล กฎระเบียบของโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย ต่าง ๆ

ประโยชน์ของการสนับสนุนด้านข้อมูล

ประโยชน์การสนับสนุนด้านข้อมูล พอสรุปได้ ดังนี้ (อัจฉรา คงกิตติมากุล, 2545)

1. ช่วยลดความวิตกกังวล และความเครียดของผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความเข้าใจ สบายใจ

2. เกิดความมั่นใจว่าแพทย์ เข้าใจเขา และโรคของผู้ป่วยเป็นอย่างดี สามารถให้ความรู้ ให้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็ว

3. ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษายาบาล

4. ผู้ป่วยสามารถประเมินประสิทธิภาพของตนได้อย่างสมบูรณ์

ขั้นตอนการสนับสนุนด้านข้อมูล

การสนับสนุนด้านข้อมูล มีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ (อัจฉรา คงกิตติมากุล, 2545)

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน ต้องคิดก่อนที่จะเข้าหาผู้ป่วย เกี่ยวกับสิ่งที่ต้องพูด อาจจดหัวข้อ เพื่อมิให้ลืม มีอย่างน้อย 2 ระดับในการให้การอธิบาย คือ

ระดับแรก การให้ข้อมูลที่เป็นจริง เช่น การบอก การอธิบาย

ระดับสอง คือ มีหลักฐานยืนยัน ในจุดนั้น เช่น การเปรียบเทียบ การสาธิต

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความรู้ของญาติผู้ป่วย เป็นการประเมินว่าญาติผู้ป่วยมีข้อมูล เกี่ยวกับเรื่องนี้จากผู้อื่นแล้วหรือยัง

ขั้นตอนที่ 3 การเสนอ การแนะนำ โดยมีรูปแบบการเสนอข้อมูล หรือให้คำอธิบาย คือ การชี้เฉพาะ การขยายความ การตรวจสอบ และการเข้าใจ

ขั้นตอนที่ 4 สรุป

เนื้อหาของการสนับสนุนด้านข้อมูลระหว่างเข้ารับการผ่าตัด สามารถสรุปเนื้อหาของ ข้อมูลที่จะให้ระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดได้ ดังนี้ (วิติมา ธารประสิทธิ์, 2548)

1. สภาพของผู้ป่วยขณะและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยขณะผ่าตัดจะได้รับการวางยาสลบ ซึ่งจะ ใส่ท่อช่วยหายใจไว้ เพื่อช่วยในการหายใจของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะรู้สึกตัว และหลังผ่าตัดผู้ป่วย อาจจะคาท่อช่วยหายใจไว้หรืออาจจะเอาท่อช่วยหายใจออก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศัลยแพทย์ វិស្វកម្មវេជ្ជ វិស្វកម្មវេជ្ជ

2. ความก้าวหน้าของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับชนิดการผ่าตัดในครั้งนั้น ๆ

3. บุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานทำความสะอาด พนักงานเปล

4. สถานที่ที่ผู้ป่วยจะย้ายเข้าไปนอนพักรักษาหลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัด ซึ่งอาจจะเป็นหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย/ หญิง หรือหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของศัลยแพทย์

5. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่

5.1 กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แนะนำให้ญาติกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ

5.2 กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียงโดยเร็ว และลุกขึ้นเดินได้ภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีข้อห้ามตามแผนการรักษา ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ควรพลิกตะแคงตัวให้ทุก 1-2 ชั่วโมง

5.3 กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวขณะอยู่บนเตียง และลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนเตียงนาน ๆ

5.4 ดูแลรักษาความสะอาดของแผลผ่าตัด

5.5 หากแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ควรจัดให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูง เพื่อส่งเสริมการหายของแผล

5.6 ลดการกระทบกระเทือนบริเวณแผลในแผลที่ยังไม่ตัดไหม และส่งเสริมให้ทำกิจกรรมออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงที่แผลดีขึ้น และช่วยให้แผลหายเร็วยิ่งขึ้น

6. คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประ โยชน์ หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ความต้องการข้อมูลของญาติ

ระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด สาเหตุสำคัญของความวิตกกังวลของญาติ คือ การขาดข้อมูล ญาติจึงมีความต้องการข้อมูลมากที่สุด (Leske, 1995) โดยเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ผลของการผ่าตัดรวมทั้งการช่วยเหลือผู้ป่วยหลังการผ่าตัด (Carmody et al., 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด ของสมพันธ์ หิณชิระนันท์ และวรรณวิมล คงสุวรรณ (2544) กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ณ หน่วยผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริราช เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ จำนวน 144 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ญาติจำนวน 20 คน

ร่วมกับการประยุกต์เครื่องมือวัดความต้องการของญาติผู้ป่วยของมอลเตอร์ ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการรายด้านที่ญาติมีความต้องการมากที่สุด คือ ความต้องการข้อมูล รองลงมาคือ ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการที่ญาติต้องการน้อยที่สุด คือ ความต้องการส่วนบุคคล ส่วนความต้องการด้านที่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดคือ มีโทรศัพท์อยู่ใกล้ที่พักรอผ่าตัด รองลงมา คือ การเข้าไปอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในห้องคอยการผ่าตัด บุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติมากที่สุด คือ พยาบาล

จากการศึกษา ผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน ของฐิติมา ธารประสิทธิ์ (2548) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ณ ห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง จัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และ ความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล ของฐิติมา วาทยานิวเวช (2540) กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรคหัวใจ และหลอดเลือด จำนวน 55 คน และพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี ในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 51 คน พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่น พยาบาลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่น

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ของนิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง (2541) กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 112 คน พบว่าความต้องการรายด้านที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ความต้องการข้อมูล ส่วนความต้องการด้านที่ญาติได้รับการตอบสนองมากที่สุดคือ ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย รองลงมาคือ ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติมากที่สุด คือ พยาบาล

และจากการศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอ ซี ยู โรงพยาบาลรามาริบัติ ของ สุภารัตน์ ไวยชีตา, ชื่นฤติ คงศักดิ์ตระกูล และวิมลวัลย์ วโรพาร (2544) กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจำนวน 100 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการมากที่สุด คือ มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับ

การดูแลอย่างดีที่สุด รองลงมา คือ รู้สึกมีความหวัง และความต้องการที่ครอบครัวได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด รองลงมา คือ ได้รับการยอมรับจากบุคลากรทีมสุขภาพ

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความต้องการข้อมูลเป็นความต้องการที่ญาติต้องการมากที่สุด เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งเพื่อลดความวิตกกังวลดังกล่าว และสร้างความพึงพอใจให้กับญาติผู้ป่วย

การสนับสนุนด้านอารมณ์

การผ่าตัดของผู้ป่วย ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวล (American Society of Peri Anesthesia Nurses, 2003; Carmody et al., 1991; Cupples, 1991) เนื่องจากการไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของผลการรักษา ความรู้สึกหวาดหวั่นไม่แน่ใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้น (Yung et al., 2002) รวมทั้งจากลักษณะการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ภาวะเบียบต่าง ๆ ทำให้ญาติไม่สามารถเข้าไปกับผู้ป่วยภายในห้องผ่าตัดได้ ญาติต้องนั่งรอผู้ป่วยอยู่ด้านนอกห้องผ่าตัด จึงทำให้ญาติเกิดความเครียด ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Leske, 1995) ญาติผู้ป่วยมีความต้องการลดความวิตกกังวลโดยการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Miracle, 2006) เพื่อช่วยให้มีความมั่นคงทางอารมณ์เพิ่มมากขึ้น สามารถปรับตัวได้ดี ส่งผลให้ความวิตกกังวลของญาติลดลง และส่งเสริมให้ญาติมีพลังที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหลังการผ่าตัดต่อไป (วรรณวิมล กงสุวรรณ และคณะ, 2545)

จากการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด ของ วรรณวิมล กงสุวรรณ และคณะ (2545) กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยหรือผู้ป่วยรับการผ่าตัด ณ บริเวณที่จัดให้ญาติพักรอที่หน่วยผ่าตัด จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน พบว่า ความวิตกกังวลของญาติกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษา ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ของ รัตนา อยู่เปล่า (2543) กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 20 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน พบว่า ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษา ลักษณะของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

ประสาท ภาวะเบี่ยงและข้อควรปฏิบัติสำหรับสมาชิกในครอบครัว อุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการทำให้บุคคลมีความรู้สึกตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับความเห็นอกเห็นใจ เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานทางอารมณ์ของมนุษย์ (Eriksson & Lauri, 2000) การสนับสนุนด้านอารมณ์ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ โดยการพูดคุยเพื่อสอบถามปัญหา ข้อข้องใจต่างๆ เพื่อแสดงให้ญาติผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลมีความห่วงใย พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือ เข้าใจ เห็นใจปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันให้กำลังใจปลอบใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาอย่างอิสระ โดยพยาบาลเป็นผู้รับฟังที่ดี และยอมรับพฤติกรรมที่ญาติผู้ป่วยแสดงออก พร้อมทั้งให้ความมั่นใจ ความเชื่อมั่นต่อการรักษาพยาบาล (Chambers, Ryan & Connor, 2001) การสนับสนุนด้านอารมณ์ที่จะให้มีดังต่อไปนี้ คือ

1. สถานที่สำหรับการพูดคุย ปรึกษา ควรเป็นสถานที่ที่เงียบ สงบ เป็นส่วนตัว เพราะบรรยากาศที่สงบจะช่วยให้เกิดความเข้าใจ ไว้วางใจ เห็นอกเห็นใจ (Bridgman & Carr, 1998)
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การแนะนำตัว สร้างบรรยากาศการพูดคุยเป็นกันเอง ใช้ภาษาท่าทางที่เหมาะสม แสดงความเข้าใจ ยอมรับพฤติกรรมที่ญาติผู้ป่วยแสดงออก (Hickey, 1996)
3. ใช้การสัมผัสตามความเหมาะสมกับญาติผู้ป่วยขณะพูดคุยจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดียิ่งขึ้น และเพื่อแสดงความเอาใจใส่ เห็นใจ ให้กำลังใจ (Leske, 2002)
4. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การที่มีบุคคลที่ไว้วางใจ เข้าใจในความรู้สึกของตนเอง อยู่เป็นเพื่อน คอยรับฟังปัญหา จะช่วยลดความตึงเครียดด้านอารมณ์ รู้สึกผ่อนคลาย (Chambers et al., 2001)
5. ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลในการติดต่อสื่อสารกับญาติผู้ป่วย ใช้คำพูดที่ชัดเจน สั้น กระชับ ไม่คลุมเครือ และไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ (Al-Hassan & Hweidi, 2004)
6. ขณะพาญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยควรอยู่เป็นเพื่อน เพื่อเปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้ซักถาม ตอบคำถามญาติผู้ป่วยด้วยข้อมูลที่เป็นความจริง รับฟังญาติผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ เข้าใจ เห็นใจ พร้อมกับแสดงความเอื้ออาทร (Hickey, 1996)
7. ให้ความเชื่อมั่นแก่ญาติผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ในขณะที่ญาติผู้ป่วยไม่ได้อยู่ข้างเตียง ให้ความเชื่อมั่นว่าจะรักษาข้อมูลที่ญาติผู้ป่วยไม่ต้องการเปิดเผยไว้เป็นความลับ (McQuillan, Von Rueden, Hartsock, Flynn & Whalen, 2002)
8. ให้หมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย ซักถามสิ่งที่ค้างข้องใจ สงสัย หรือระบายความรู้สึกได้ตลอดเวลา (Johnson & Frank, 1995)

9. แนะนำสถานที่พึงพิงทางด้านจิตใจ สถานที่พักผ่อน สวนสาธารณะ สถานที่พักผ่อน ร้านค้า ร้านอาหาร ห้องน้ำ และแนะนำให้ออกไปจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลบ้างเพื่อเป็นการช่วยให้ญาติผู้ป่วยสดชื่น แทนการเฝ้าดู อยู่หน้าห้องผ่าตัด (Hughes, Robbins & Bryan, 2004)

การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก

สภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ ญาติผู้ป่วยที่มีสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่แบบอิสระ เมื่อต้องถูกจำกัด หรือต้องได้รับการดูแลตลอดเวลา ตลอดจนกฎระเบียบต่างๆของโรงพยาบาล การแยกจากผู้ป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิต เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จะทำให้ผู้นั้นมีความวิตกกังวลได้ง่าย (Gomez, Gomez & Otto, 1984) ญาติผู้ป่วยมีความเครียด และวิตกกังวลในระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด (American Society of Peri Anesthesia Nurses, 2003; Carmody et al., 1991; Cupples, 1991) การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและการบริการให้จะสามารถช่วยให้ญาติผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวล และรับรู้การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การให้ความรู้โดยผ่านสื่อวีดีโอเทป การฟังเพลง มีสวนดอกไม้ มีโซดหิน งานศิลปะ และร้านอาหาร ร้านขายของเยี่ยม ห้องพัก และมีโทรศัพท์ไว้บริการ เพื่อได้รับความผ่อนคลาย ความเครียด ทำให้ญาติผู้ป่วยได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดในทางบวก คือ ได้รับความสะดวกสบายและได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน (Carmichael & Agre, 2002) นอกจากนี้การใช้เพจเจอร์ สามารถทำให้ญาติผู้ป่วยเพิ่มระดับการตื่นตัว ลดความวิตกกังวล และลดความรู้สึกที่ถูกคุกคามระหว่างรอผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด (Topp et al., 1998)

จากการศึกษา Preferences in surgical waiting area amenities ของ Carmichael and Agre (2002) พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดมีความเครียดในระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งผู้ศึกษาได้จัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้ ได้แก่ การให้ความรู้โดยผ่านสื่อวีดีโอเทป การฟังเพลง มีสวนดอกไม้ มีโซดหิน งานศิลปะ และร้านอาหาร ร้านขายของเยี่ยม ห้องพัก และมีโทรศัพท์ไว้บริการ เพื่อได้รับความผ่อนคลายความเครียด ผลการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดในทางบวก คือ ได้รับความสะดวกสบายและได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าวิธีลดความวิตกกังวลของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ควรเป็นแบบบูรณาการและเป็นระบบ (Systematic Desensitization) โดยครอบคลุมในเรื่องการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องกับความต้องการของญาติ ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด จึงประกอบด้วยการสนับสนุนด้านข้อมูลตามความต้องการของญาติผู้ป่วย อารมณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับญาติผู้ป่วยผ่าตัด

เพื่อลดความวิตกกังวลดังกล่าวและสร้างความพึงพอใจให้กับญาติผู้ป่วย

ความพึงพอใจ

ความวิตกกังวลในญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด เป็นปัญหาที่พบได้เสมอ ส่งผลให้ญาติไม่สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยหรือเป็นแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพลดลง อาจทำให้ผู้ป่วยฟื้นกลับสู่สภาพปกติได้ช้าลง และสามารถถ่ายทอดความรู้สึกวิตกกังวลไปยังผู้ป่วยได้ (Fredericson, 1989; Jackson et al., 1997) พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญที่จะสามารถให้การดูแลญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งการให้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นการจัดการบริการตามความต้องการของญาติผู้ป่วย เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง จะส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลลดลง และเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

ความหมายของความพึงพอใจ

ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความพึงพอใจไว้ ดังนี้

Hodnett (2002) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นแนวคิดหรือความคิดที่สลับซับซ้อน เป็นการรวมทั้งทัศนคติทางบวก หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อประสบการณ์ และประเมินผลการรับรู้จากปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ เป็นลักษณะหลายมิติ บุคคลจะพอใจหากได้รับการตอบสนองไปในทางเดียวกับที่เคยมีประสบการณ์มา

Megivern, Halm and Jones (1992) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความสอดคล้องระหว่างความคาดหวัง จากการบริการการพยาบาล และการรับรู้จากบริการการพยาบาลที่ได้รับตามความเป็นจริง

กาญจนา อรุณสุขรุจิ (2546) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นนามธรรม ไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปร่างได้ การที่เราจะทราบว่า บุคคลมีความพึงพอใจหรือไม่สามารถสังเกตโดยการแสดงออกที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน และสิ่งที่เรารู้ที่ตรงต่อความต้องการของบุคคล จึงจะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นการสร้างสิ่งเร้าจึงเป็นแรงจูงใจของบุคคลนั้นให้เกิดความพึงพอใจในงานนั้น

วิรุฬ พรรณเทวี (2542) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะคาดหวังกับสิ่งหนึ่ง สิ่งใด อย่างไร ถ้าคาดหวังหรือมีความตั้งใจมากและได้รับการตอบสนองด้วยดี จะมีความพึงพอใจมาก แต่ในทางตรงกันข้ามอาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่ง เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตนตั้งใจไว้ว่าจะมีมากหรือน้อย

อนงค์ เอื้อวัฒนา (2542) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของบุคคลที่แสดงออกในด้านบวกหรือลบ มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ ซึ่งความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับ หรือบรรลุจุดมุ่งหมายในสิ่งที่ต้องการระดับหนึ่ง และความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้น หากความต้องการหรือจุดมุ่งหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่แสดงออกโดยมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ และสอดคล้องระหว่างความคาดหวัง จากการบริการการพยาบาล และการรับรู้จากการบริการการพยาบาลที่ได้รับตามความเป็นจริง

และจากการศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกาของ Aday and Anderson (1975) เมื่อปี 1970 พบว่าเรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุด คือ ความไม่สะดวกสบายในการรับบริการ และค่าใช้จ่ายในการบริการ ต่อมาเมื่อปี 1971 Aday and Anderson ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติม และได้ชี้ถึงพื้นฐาน 6 ด้าน คือ

1. ความสะดวกสบายที่ได้รับจากการบริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อการใช้เวลารอคอยในสถานบริการ การได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเมื่อมีความต้องการและความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ
2. การประสานงานของบริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อการประสานงานและความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ทั้งภายในแผนกและระหว่างแผนก
3. อรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อการแสดงอรรถาธิบายทำที่เป็นกันเอง และความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ
4. ข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย แผนการรักษาพยาบาล การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย
5. คุณภาพบริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อความพร้อมและความสามารถของพยาบาลในการให้การพยาบาล และคุณภาพบริการโดยรวม
6. ค่าใช้จ่ายเมื่อมาใช้บริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ (พิมตา พิสิฐพงศ์, 2547)

ระดับที่ 1 ความพึงพอใจที่ตรงกับความคาดหวัง เป็นการแสดงความรู้สึกยินดี มีความสุขของผู้รับบริการ เมื่อได้รับการบริการที่ตรงกับความคาดหวังที่มีอยู่

ระดับที่ 2 ความพึงพอใจที่เกินความคาดหวัง เป็นการแสดงความรู้สึกปลาบปลื้มใจ หรือประทับใจของผู้รับบริการ เมื่อได้รับการบริการที่เกินความคาดหวัง

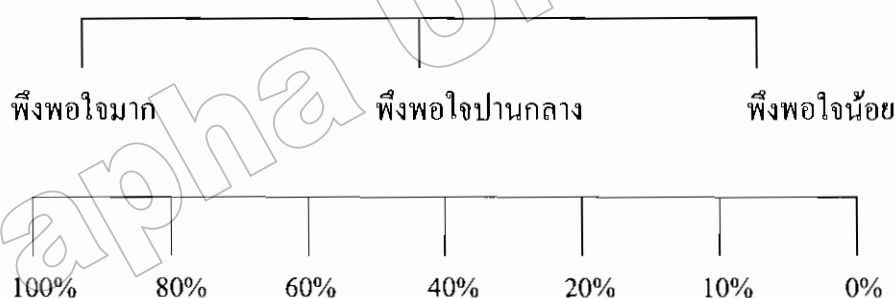
แนวทางการสร้างความพึงพอใจในบริการ มีดังนี้ (พิมตา พิสิฐพงศ์, 2547)

1. การตรวจสอบความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ
2. การกำหนดเป้าหมายและทิศทางขององค์กรให้ชัดเจน
3. การกำหนดกลยุทธ์การบริการที่มีประสิทธิภาพ ผู้บริหารการบริการต้องปรับเปลี่ยนการบริการที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับเป้าหมาย ทิศทางขององค์กร โดยใช้กลยุทธ์สมัยใหม่ ทั้งในด้านการบริหารการตลาด และการควบคุมคุณภาพการบริการ รวมทั้งการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาในการอำนวยความสะดวกในการบริการด้านต่างๆ

การประเมินความพึงพอใจ

การประเมินความพึงพอใจ เป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคล เป็นการรับรู้การตอบสนอง และการตัดสินใจ โดยบุคคลนั้น ๆ โดยประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ได้ดังนี้ (หทัยรัตน์ นิยมาศ, 2548)

1. การใช้แบบประเมิน (Visual Analogue Scale) การใช้มาตราส่วนประมาณค่า สำหรับประเมินความพึงพอใจใช้วัดความพึงพอใจ ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกโดยเปรียบเทียบกับแถบภาพ (Visual Scale) อาจแบ่งเป็นคะแนนร้อยละ หรือแบ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ประเมินความพึงพอใจแบบการใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Sommer's, 1982 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ นิยมาศ, 2548, หน้า 9)

2. ประเมินจากการใช้แบบสัมภาษณ์ หรือแบบสอบถาม โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ ของวิไลพร สมานกสิกรณ์ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามความพึงพอใจ ของบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2544) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ โดยครอบคลุม 5 ด้าน คือ การบริการที่สัมผัสได้ ความน่าเชื่อถือของการให้บริการ การให้บริการที่ตอบสนองความต้องการ การให้บริการที่มีการประกันคุณภาพ การบริการที่เข้าถึงจิตใจ ซึ่งในแต่ละข้อจะให้เลือกตอบเป็น

มาตรา 5 ระดับ คือ พึ่งพอใจมากที่สุด พึ่งพอใจมาก พึ่งพอใจปานกลาง พึ่งพอใจเล็กน้อย ไม่พึ่งพอใจ

ความพึงพอใจของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาโรควิธีหนึ่งเพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงปัญหาและความต้องการของทั้งผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดจะมีระดับความวิตกกังวลตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (American Society of Peri Anesthesia Nurses, 2003; Carmody et al., 1991; Cupples, 1991) ซึ่งการให้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นการจัดการบริการตามความต้องการของญาติผู้ป่วย เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง จะส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลลดลง และเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ โดยความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกของญาติผู้ป่วยที่แสดงออกโดยมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ และสอดคล้องระหว่างความคาดหวัง จากการบริการการพยาบาล และการรับรู้จลบริการการพยาบาลที่ได้รับตามความเป็นจริง

จากการศึกษาผลการให้ข้อมูลตามความต้องการต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ของ วิไลพร สมานกลสิกรณ์ (2549) กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในหอผ่าตัดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน พบว่า ความวิตกกังวลของญาติกลุ่มทดลองขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดภายหลังได้รับข้อมูลตามความต้องการต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูล ความวิตกกังวลของญาติกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลตามความต้องการต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และความพึงพอใจของญาติกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลตามความต้องการสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

จากการศึกษารูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ของวิไลลักษณ์ ประยูรพงษ์ (2543) กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 31 คน และพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 22 คน พบว่า รูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักที่สร้างขึ้นมีคุณภาพอยู่ในระดับยอมรับได้ โดยความพึงพอใจในบริการพยาบาลของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก

ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษารูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม อุบัติเหตุชาย ตึกชลาทิศ 1 โรงพยาบาลชลบุรี ของสมจิตต์ จันทร์กุล (2543) กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยที่มารับบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุชาย ตึกชลาทิศ 1 โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 20 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยดังกล่าว จำนวน 10 คน พบว่า ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของญาติผู้ป่วยหลังการให้ข้อมูล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งข้อมูลที่ให้แก่ญาติเป็นข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การแนะนำหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุชาย ชลาทิศ 1 ระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ได้แก่ การเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การเตรียมของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย และสิทธิของการเบิกค่ารักษาพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

และจากการศึกษารูปแบบการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ของ นิตยา เดชพิทักษ์ศิริกุล (2543) กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวน 60 คน พบว่า ญาติผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจในระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุม และระดับความพึงพอใจโดยรวมและรายด้านทุกด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสร้างสัมพันธภาพและการตอบสนองความต้องการทางร่างกาย ด้านการให้ข้อมูล ด้านการสนับสนุนให้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และด้านการให้กำลังใจและสนับสนุนช่วยเหลือ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การให้ข้อมูลเป็นการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งระหว่างที่ญาติรอผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดจะเกิดความวิตกกังวล ระยะเวลาในการรอนานยิ่งทำให้ญาติมีความรู้สึกไม่แน่ใจกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และคาดการณ์ไปในทางที่เลวร้าย (Fortunato, 2000 อ้างถึงใน วรณวิมล คงสุวรรณ และคณะ, 2545) แต่เมื่อได้จัดให้มีโปรแกรมการให้ข้อมูล โดยเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ผลของการผ่าตัด และการช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำให้ญาติเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในห้องผ่าตัดลดการคาดการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เลวร้าย ส่งผลให้ความวิตกกังวลของญาติลดลง และส่งเสริมให้ญาติมีพลังที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยผ่าตัดต่อไป (วรณวิมล คงสุวรรณ และคณะ, 2545) นอกจากนี้ยังทำให้ญาติเกิดความพึงพอใจได้ (วิไลพร สมานกลสิกรณ์, 2549; วิไลลักษณ์ ประบุรพงษ์, 2543; ทพิรัตน์ นิยมาศ, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลเกิดจากกระบวนการทางปัญญา ประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามาว่าคุกคาม อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งคุกคามมีจริงหรืออาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาขึ้น (Spielberger & Sydeman, 1994) ซึ่งความวิตกกังวลมีผลต่อผู้ป่วยคือ มีผลทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาการตอบสนองโดยเกิดการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง มีการหลั่งฮอร์โมน และสารแคทีโคลามีน ส่งผลให้มีภาวะหัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น คลื่นไส้

กระสับกระส่าย และนอนไม่หลับ มีความทุกข์ทรมาน ต้องการยาสลบมากขึ้นกว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลต่ำ (Biley, 1989) ต้องการยาสลบปวดในระยะหลังผ่าตัดมาก พื้นฟูสภาพล่าช้า ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และมีความทุกข์ทรมานกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น (เสงี่ยม ช้วยนุ้ย และชวนพิศ มีสวัสดิ์, 2543; Boker et al., 2002; Freeman & Denham, 2008) และมีผลต่อญาติ คือ ทำให้ญาติไม่สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เป็นแหล่งช่วยเหลือหรือเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพลดลง อาจทำให้ผู้ป่วยฟื้นกลับสู่สภาพปกติได้ช้าลง และสามารถถ่ายทอดความรู้สึกวิตกกังวลไปยังผู้ป่วยได้ (Fredericson, 1989; Jackson et al., 1997)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ข้อมูลและจัดการด้านอารมณ์แก่ญาติผู้ป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างก็ตาม แต่ยังคงขาดการตอบสนองความต้องการด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ญาติผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ญาติได้รับความผ่อนคลายความเครียด ความรู้สึกที่ถูกคุกคามและความวิตกกังวลระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ทำให้พักผ่อนได้ (Carmichael, & Agre, 2002; Topp et al., 1998) ซึ่งถ้าสามารถให้โปรแกรมที่ตอบสนองความต้องการในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จะทำให้ญาติสามารถเผชิญและปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดได้ ซึ่งจะช่วยให้ญาติลงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามปกติ สามารถใช้พลังงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยทุเลาอาการและฟื้นตัวจากการผ่าตัดเร็วขึ้น (เพียรจิตต์ ภูมิศิริกุล และพวงเพ็ญ ชุณหปราณ, 2546; สมพันธ์ หิญชีระนันท์ และวรรณวิมล คงสุวรรณ, 2544)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกของญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก โดยการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยคาดหวังว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลเมืองสมุทรปราการ จะได้รับการตอบสนองสอดคล้องตรงตามความต้องการในด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ลดความวิตกกังวล สามารถดูแลผู้ป่วยและญาติระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ผลจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและญาติผู้ป่วยต่อไป