

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลการให้ข้อมูลตามความต้องการต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. มโนทัศน์ความวิตกกังวล
 - 1.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 1.2 ชนิดของความวิตกกังวล
 - 1.3 ระดับความวิตกกังวล
 - 1.4 ผลกระทบของความวิตกกังวล
2. การผ่าตัดและผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด
3. ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล
4. ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด
5. ความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด
6. การให้ข้อมูลและประโยชน์ของการให้ข้อมูล
7. ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยภายหลังการได้รับข้อมูลตามความต้องการ

มโนทัศน์ความวิตกกังวล

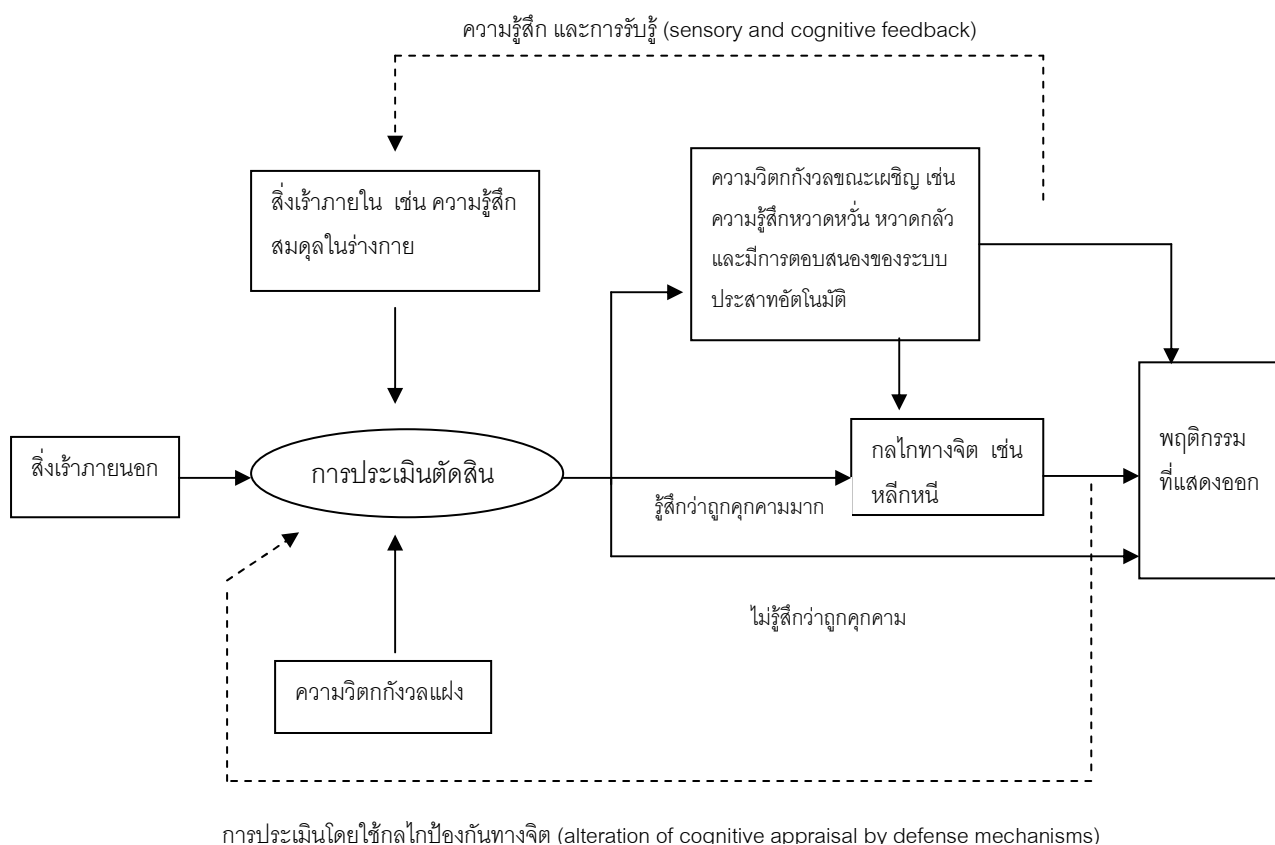
ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกหวาดหวั่นถึงอันตรายบางอย่างที่คลุมเครือ รู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย เป็นสภาพที่ต้องการหลีกเลี่ยงหรือจัดให้หมดไป ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมบางอย่างได้ (จินตนา, 2544)

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานอย่างหนึ่งของมนุษย์ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งแล้วประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือรู้สึกว่าถูกคุกคาม โดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลมาจากสิ่งที่มากระตุ้นทั้งภายในและภายนอก การประเมินตัดสินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) (Spielberger & Krasner, 1988) และกลไกทางจิต ซึ่งความสัมพันธ์เหล่านี้อธิบายได้ดังภาพ 2

เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ใดก็ตามที่เป็นอันตรายหรือคุกคามสวัสดิกภาพ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงระดับสูงก็จะรู้สึกว่าตนถูกคุกคามมากกว่าคนที่มีความวิตกกังวลแฝงระดับต่ำ ซึ่งความวิตกกังวลแฝงจะสูงหรือต่ำนั้น ขึ้นกับประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการเลี้ยงดู การได้รับ

ความรัก การปกป้อง บุคคลที่ขาดสิ่งเหล่านี้จะหวั่นไหวง่าย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนไม่มีค่า ส่วนความวิตกกังวลขณะเผชิญนั้นจะสูงหรือต่ำขึ้นกับการรับรู้ การตีความของบุคคลนั้น บุคคลจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญในระดับต่ำเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียดหรืออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตรายแต่ไม่ได้รับรู้ว่ากำลังถูกคุกคาม (Spielberger, 1972 อ้างตาม รัตนา, 2543)



ภาพ 2

กลไกแสดงกระบวนการเกิดความวิตกกังวล (Spielberger & Krasner, 1988)

การประเมินการตัดสินใจมีส่วนสำคัญในแง่ของการคิด หรือรับรู้ว่ามีสิ่งที่มีมากระตุ้นนั้นจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลแฝงของบุคคลนั้นด้วย

การประเมินการตัดสินใจ (Lazarus & Folkman, 1984)

เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในการคิดพิจารณาตัดสินใจสำคัญ และความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ ต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งการประเมินตัดสินใจมี 3 แบบ คือ

1. การประเมินชนิดปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งจะประเมินออกมาได้ 3 ลักษณะด้วยกันคือ

1.1 ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (irrelevant) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นไม่ได้มีผลหรือเกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพตน

1.2 มีผลในทางที่ดีกับตนเอง (benign positive) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีกับสวัสดิภาพของตนเอง จึงไม่ต้องจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

1.3 ประเมินว่าเป็นภาวะเครียด (stressful) เป็นการที่บุคคลตัดสินแล้วว่าเหตุการณ์นั้นจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัว ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดนั้นมี 3 ลักษณะคือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm and loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเกิดการเสียหายขึ้นกับตนเองแล้ว เช่น ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุเกิดการบาดเจ็บก็จะประเมินว่าเกิดการเสียหายขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สินของตน

1.3.2 คุกคาม (threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น ผู้ป่วยที่ถูกตัดขา นอกจากจะประเมินว่าอันตรายได้เกิดขึ้นคือสูญเสียขา แล้วยังอาจต้องออกจากงาน สูญเสียรายได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งของตนเองและครอบครัว

1.3.3 ท้าทาย (challenge) เป็นการตัดสินพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นอาจจะเป็นอันตราย แต่มีทางที่จะควบคุมได้ หรืออาจจะให้ประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

2. การประเมินชนิดทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะใช้จัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และโอกาสที่จะสำเร็จมีมากน้อยเพียงใด

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (personal factors)

1. ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่

1.1 ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น การเป็นโรคมะเร็ง สูญเสียอวัยวะเช่น แขน ขา บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต

1.2 ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ซึ่งบุคคลไม่เคยพบหรือประสบมาก่อน ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม

1.3 ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือไม่แน่นอนบุคคล

อาจจะประเมินว่าเป็นความเครียด เนื่องจากความคลุมเครือทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น ๆ

2. ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล ได้แก่

2.1 ข้อผูกพัน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลและบุคคลนั้นมีข้อผูกพันมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากบุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมากก็ได้

2.2 ความเชื่อ จะมีผลต่อสถานการณ์ที่ไม่ชัดเจน และสถานการณ์ใหม่ หากบุคคลเชื่อว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้จะมีผลต่อการพิจารณาตัดสินใจเหตุการณ์ และการมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์เฉพาะที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ เกิดจากการที่บุคคลประเมินว่าแหล่งประโยชน์ที่จะใช้จัดการกับความเครียด และมั่นใจว่าสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ โดยสิ่งที่นำมาประกอบกับการประเมินสถานการณ์ต้องอยู่บนพื้นฐานความจริง มีข้อมูลมากพอ ถ้าการประเมินสถานการณ์มาจากข้อมูลที่ไม่เพียงพอ อาจทำให้การประเมินสถานการณ์ไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

2.3 สถิติปัญญา ผู้ที่มีสติปัญญาคือสามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงจึงอาจจะเกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง

สถานการณ์ขณะที่ญาติหรือผู้ป่วยรับการผ่าตัดอยู่ที่หน้าห้องผ่าตัดนั้น ญาติผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวล (Leske, 1995) เนื่องจากไม่ทราบข้อมูลหรือเหตุการณ์ในห้องผ่าตัด ทำให้ญาติประเมินว่าสถานการณ์ในขณะนั้นก่อให้เกิดความเครียด เพราะไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ในห้องผ่าตัดได้เลย หากผู้ป่วยที่เข้าผ่าตัดเป็นบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา ลูก ก็อาจก่อให้เกิดภาวะเครียดเพิ่มมากขึ้น (สมจิต, 2540) ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปแบบของอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล

ญาติผู้ป่วยจะมีการเผชิญกับความเครียดที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับสถานการณ์และประสบการณ์ที่ผ่านมา บางคนอาจใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ เช่น คิดว่าผู้ป่วยจะต้องปลอดภัยและหายจากโรคที่เป็นอยู่ หรือใช้วิธีแก้ปัญหาโดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ เช่น สอบถามพยาบาลที่ประจำห้องรับส่งผู้ป่วย เป็นต้น

ชนิดของความวิตกกังวล

สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1972 อ้างตาม รัตนา, 2543) แบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีความซับซ้อนที่เกิดกับบุคคล โดยมีการประเมินสถานการณ์ในขณะนั้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม ทำให้

เกิดความรู้สึกตึงเครียด กลัว ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ความรุนแรงและช่วงเวลาของการเกิดความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะคุกคามที่บุคคลนั้นรับรู้ บุคคลจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับต่ำหากเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ไม่ก่อให้เกิดความเครียด

2. ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดกับบุคคลทั่วไปในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไปที่ประเมินว่าเป็นอันตรายหรือถูกคุกคาม เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงในระดับสูงอาจรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอันตรายและกำลังคุกคามตนเองมากกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงระดับต่ำ โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือสูญเสียคุณค่าในตนเอง และผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงระดับสูงมีแนวโน้มว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญจะสูงด้วย

ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เป็นผลมาจากความเครียดที่เกิดขึ้นจะมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นกับสิ่งที่มากระตุ้น เหตุการณ์ และบุคลิกของบุคคลนั้น ความวิตกกังวลแบ่งได้ 4 ระดับดังนี้ (จินตนา, 2544)

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (mild anxiety) ประสาทรับรู้ทั้ง 5 มีการตื่นตัวพร้อมที่จะรับสิ่งกระตุ้น ท่าทางกระฉับกระเฉงดี ว่องไวดี มีการรับรู้ดีขึ้น จดจำมากขึ้น
2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะทำให้บุคคลมีการตื่นตัวมากขึ้น ว่องไวมากขึ้น จนดูเกือบลึกลับลึกลน การรับรู้ถูกจำกัดให้แคบลง ให้อยู่ในขอบเขตสิ่งกระตุ้นที่ตนกำลังสนใจ
3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (severe anxiety) จะทำให้บุคคลอยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย ลึกลับลึกลนมากขึ้น อาจจะพูดมากและเร็วขึ้น หรือในทางตรงกันข้ามอาจพูดไม่ออกเลย เสียงอาจสั้น ระรัว การรับรู้แคบลงมาก
4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (panic) เป็นภาวะที่เรียกได้ว่าตื่นกลัวสุดขีด และสามารถทำสิ่งที่เวลาปกติหรือบุคคลปกติโดยทั่วไปทำไม่ได้ ในภาวะวิตกกังวลระดับนี้ ประสาทรับรู้ทั้ง 5 จะทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ การรับรู้จะน้อยมาก และอาจทำให้บุคคลก้าวร้าวอย่างรุนแรง

ผลกระทบของความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะตอบสนองต่อความวิตกกังวล ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถสรุปได้ดังนี้ (จินตนา, 2544)

1. ด้านร่างกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ใจสั่น การ

เปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจหอบ การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท เช่น นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง การเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่าย เช่น ปัสสาวะบ่อย

2. ด้านพฤติกรรมการณ์เคลื่อนไหว สังกัดได้จากพฤติกรรม อยู่นิ่งไม่ได้ กล้ามเนื้อเกร็ง สั่น เกร็ง กระวนกระวาย ง่วงง่วน ขาสั่น เดินเร็ว ชุ่มซำม พุดเร็ว หรือแยกตัว

3. ด้านความคิด ความจำ และการรับรู้ ความวิตกกังวลมีผลทำให้การตัดสินใจไม่ดี ไม่มีสมาธิ ความคิดติดขัด มึนงง สับสนและคิดแบบบิดเบือนความจริง หลงลืมง่าย การรับรู้ผิดพลาด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสวินเดล (Swindale, 1988 อ้างตาม นันทพร, 2540) ที่ว่าความวิตกกังวลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ทำให้การเรียนรู้และการจดจำลดลง เมื่อให้คำแนะนำด้วยคำพูดอย่างเดียวข้อความที่แนะนำจะถูกลืมถึงร้อยละ 50-60 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระบบเรติคูลาร์แอคทีเวติง (reticular activating system) ไม่สามารถคัดเลือกและกั้นกรองข้อมูลที่ได้รับซึ่งเป็นผลมาจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั่นเอง

4. ด้านอารมณ์ มักอธิบายความรู้สึกตนเองในลักษณะเครียด หงุดหงิด รู้สึกไม่สบาย ยุ่งยากใจ กระสับกระส่าย ห้วนใจ หว้างใจ หวาดกลัว ตื่นตกใจ ขวัญอ่อน

การผ่าตัดและผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

การผ่าตัดเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อครอบครัว เนื่องจากคนส่วนใหญ่มักจะคิดว่าการผ่าตัดมีความเสี่ยงอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยและต้องรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้จะเกิดขึ้นทั้งผู้ป่วยและญาติเป็นวงจรที่ส่งผลกระทบต่อถึงกัน เนื่องจากครอบครัวคนไทยมีความรักใคร่ ผูกพันกัน มีความเป็นห่วงเป็นใยซึ่งกันและกัน

ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1982 อ้างตามศิริพร, 2535) มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ผลกระทบต่อญาติที่เกิดขึ้นกับญาติเมื่อรู้ว่าผู้ป่วยจะต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ดังนี้

1. แบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่าการผ่าตัดเป็นวิกฤตอย่างหนึ่งของครอบครัว ดังนั้นเมื่อญาติต้องรอผู้ป่วยอยู่ที่หน้าห้องผ่าตัดโดยไม่ทราบข้อมูลใด ๆ ของผู้ป่วย ขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัดเลย จะทำให้ญาติเกิดความเครียด ความวิตกกังวลได้สูง (Leske, 1995) ญาติจึงมีกลไกการปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลและสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เช่น การพูดคุยในหมู่ญาติด้วยกัน หรือการแสวงหาข้อมูล โดยการถามจากพยาบาลที่ประจำห้องรับส่งผู้ป่วย เป็นต้น

2. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ ความวิตกกังวลอาจจะรุนแรงมาก ญาติบางคนไม่

สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Holm, 1990 อ้างตามรัตนา, 2543) เช่น ไม่สามารถควบคุมความคิดได้ สมาธิลดลง การรับรู้ต่อสถานการณ์แวดล้อมลดลง กระสับกระส่าย หรืออาจมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความไม่พอใจพยาบาล เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงควรช่วยลดความวิตกกังวลของญาติ ก่อนที่ญาติจะมีความวิตกกังวลรุนแรงจนไม่สามารถปรับตัวได้

3. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ ภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้คาดการณ์มาก่อน ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะจิตใจและกระทบต่อปฏิกริยาทางอารมณ์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ญาติจะรู้สึกกลัวในผลของอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (สมพันธ์, 2541) ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเริ่มจากปรับตัวไม่ได้จนปรับตัวได้ บางครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว เนื่องจากการผ่าตัดบางชนิดทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนอาชีพไป สมาชิกในครอบครัวอาจวิตกกังวลเกี่ยวกับรายได้ หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้น เช่น คนขับรถรับจ้างที่ถูกตัดขา อาจต้องเปลี่ยนไปทำงานอาชีพอื่น (สุดศิริ และปิ่นทิพย์, 2544)

4. แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้นและภาวะการเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งโดยทั่วไปบุคคลจะมีการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดในทางลบมากกว่าทางบวก เพราะถือว่าการผ่าตัดอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (ประณีต, 2544) โดยเฉพาะถ้าการผ่าตัดนั้นใช้เวลานานและไม่มีการให้ข้อมูลแก่ญาติ (วรรณวิมล และคณะ, 2545) ก็จะทำให้ญาติผู้ป่วยคาดการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดไปในทางเลวร้าย ไม่น่าใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย

ส่วนผลกระทบในแบบแผนอื่นก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นกับสภาวะของโรค และการเจ็บป่วย การคาดหวังในผลการรักษา ได้แก่ แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ แบบแผนอาหารและการเผาผลาญ แบบแผนการจับถ้าย แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ซึ่งแบบแผนต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลกระทบมากขึ้นกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยในช่วงที่รอผู้ป่วยอยู่หน้าห้องผ่าตัดนั้นก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลจะทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง ปรับตัวเพื่อตอบสนองความวิตกกังวลนั้น เช่น ใจเต้นแรงใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้น กระสับกระส่ายกระวนกระวาย รู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะบ่อย เป็นต้น (ศิริรัตน์, 2542)

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่มีผลทำให้ญาติของผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกัน มีดังนี้

1. เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการบุคลิกภาพด้านร่างกายที่มีผลต่อความวิตกกังวล

(สุวนีย์, 2527 ; อ้างตามนันทพร, 2540) และส่วนใหญ่พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย (Jakobsen & Fagermoen, 2005)

2. อายุ พัฒนาการทางด้านอารมณ์จะแตกต่างกันไปตามช่วงอายุโดยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (18-40 ปี) จะรู้จักควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีอารมณ์มั่นคง สามารถควบคุมการแสดงออกของอารมณ์และควบคุมพฤติกรรมให้สอดคล้องกับอารมณ์ได้ มีศักยภาพในการเผชิญความเครียด ในทางตรงข้ามถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะมีความทนทานต่อความเครียดต่ำ นำมาซึ่งสภาวะอารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล วัยกลางคน (40-60 ปี) คนวัยนี้มีลักษณะบุคลิกภาพที่ค่อนข้างคงที่ มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ สามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ ใช้เหตุผลและประสบการณ์ในการแก้ปัญหา ส่วนวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สำหรับสภาพสังคมในปัจจุบันทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่บีบคั้นจิตใจมากขึ้นทำให้มักต้องปรับตัวเพื่อเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสีย การต้องอยู่คนเดียวเพราะลูกหลานแยกย้ายกันไปประกอบอาชีพ เป็นต้น (ทิพย์ภา, 2541)

3. ฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่คอยสนับสนุนให้ครอบครัวและผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ ดังนั้นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจึงสามารถเข้ารับการรักษาได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี (Lazarus & Folkman, 1984)

4. ระดับการศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ทำให้บุคคลมีการปรับตัว มีทักษะในการแก้ปัญหา (Lazarus & Folkman, 1984) การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการหาความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่เผชิญได้ดี กล้าซักถามเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสงสัย ชื่องใจ ทำให้เข้าใจแผนการรักษาได้ดี (นันทพร, 2540)

5. ประสบการณ์ ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ซึ่งบุคคลไม่เคยพบหรือประสบมาก่อน ไม่สามารถทำนายลักษณะของเหตุการณ์นั้นได้ ไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นในอนาคต บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม ก่อให้เกิดเป็นภาวะเครียดและแสดงออกในรูปของความวิตกกังวล (สมจิต, 2540)

6. การวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ข้อมูลที่เกี่ยวกับการวินิจฉัย ระยะและความรุนแรงของโรค จะนำไปสู่การพยากรณ์โรคได้ว่าดีหรือเลวเพียงใด เช่น ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ย่อมมีการพยากรณ์โรคดีกว่าหรือมีอันตรายน้อยกว่าผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่มีการแตกทะลุ หรือที่มีการติดเชื้อในช่องท้อง และเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ (ประณีต, 2544) หรือหากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ทั้งญาติและตัวผู้ป่วยเองก็จะเกิดความเครียด วิตกกังวลเนื่องจากความกลัวที่เกิดขึ้น กลัวผลของการรักษา กลัวตาย (ลัทธนา, 2544)

7. ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด ตำแหน่งที่จะทำผ่าตัดมีผลต่อความวิตกกังวล เช่น การผ่าตัดที่หัวใจ ช่องทรวงอก หรือในโพรงกะโหลกศีรษะก็อาจมีอันตรายและความเสี่ยงสูงกว่าการผ่าตัดไส้ติ่ง หรือที่แขน ขา เป็นต้น

ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

หน่วยงานห้องผ่าตัดเป็นระบบปิดญาติไม่สามารถเข้าไปในห้องกับผู้ป่วย เนื่องจากต้องรักษาความสะอาดอย่างเคร่งครัด และกฎระเบียบต่าง ๆ ที่ไม่เอื้ออำนวย ทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องถูกแยกจากกัน ผู้ป่วยต้องเข้าไปในห้องผ่าตัดเพียงลำพัง ซึ่งจากสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่ไม่คุ้นเคย บุคลากรที่เดินไปมาสวมหมวก ปิดผ้าปิดจมูก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว และทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ และญาติที่รออยู่ด้านนอกห้องผ่าตัดก็มีความเป็นห่วงผู้ป่วย เพราะเสมือนถูกตัดขาดจากผู้ป่วย ไม่ทราบข้อมูลใด ๆ ของผู้ป่วยเลย จะเฝ้ารอผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดด้วยความกังวล เนื่องจากขาดข้อมูล ไม่รู้ว่าการผ่าตัดเป็นอย่างไร เสร็จแล้วหรือยัง หรือว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ป่วยยังปลอดภัยดีหรือไม่ ดังนั้นการให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่อาจช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ของมยุรี, พิสมัย, ประพิศ, ชนวนทอง และจรูญลักษณ์ (2541) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือญาติของผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 100 คน พบว่าระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างพอเพียง

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในญาติที่รอผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดได้แก่ (วรรณวิมล และคณะ, 2545; สุภาพ, 2541; ธนิดา, 2540)

1. ลักษณะหน่วยงานห้องผ่าตัดที่เป็นระบบปิดเพื่อการควบคุมความสะอาดภายในห้องผ่าตัดอย่างเคร่งครัด ทำให้ญาติไม่สามารถตามผู้ป่วยเข้าไปในห้องผ่าตัดได้
2. การขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การไม่มีข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด
3. ระยะเวลาการผ่าตัดที่ยาวนาน จะทำให้ความวิตกกังวลของญาติเพิ่มขึ้นเนื่องจากไม่แน่ใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยและคาดการณ์ไปในทางเลวร้าย
4. ขาดโอกาสหรือไม่กล้าที่จะเข้าไปสอบถามพยาบาลที่ประจำที่ห้องรับส่งผู้ป่วย เนื่องจากบริเวณห้องรับส่งผู้ป่วยเป็นส่วนที่มีการติดต่อประสานงานของคนทั่วไป ทำให้ญาติเกิดความรู้สึกว่าเป็นข้อจำกัดที่ทำให้การติดต่อกับพยาบาลเป็นไปได้ยาก
5. ความไม่รู้หรือไม่พอใจในวิธีการรักษาของแพทย์

จากสาเหตุความวิตกกังวลที่กล่าวมาทั้ง 5 ข้อ พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นบุคคลที่จะช่วยลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยได้ โดยการไม่ละเลยญาติของผู้ป่วยที่นั่งรอผู้ป่วยอยู่หน้าห้องผ่าตัด ช่วยปลอบโยน ให้กำลังใจและให้ข้อมูลเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ญาติทราบความก้าวหน้าของการผ่าตัด จะช่วยให้ญาติคลายความวิตกกังวลต่อสิ่งที่ไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

ความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

ขณะที่ญาติรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดจะเกิดความวิตกกังวล ยิ่งถ้าการผ่าตัดใช้เวลานานก็จะยิ่งทำให้ญาติมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (ธนิดา, 2540) ไม่แน่ใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงมีความต้องการข้อมูล เพื่อขจัดความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

สมพันธ์ และวรรณวิมล (2544) ได้ศึกษาความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 144 คน เป็นญาติที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยสายเลือด โดยการสมรสและอื่น ๆ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการรายด้านที่ญาติมีความต้องการมากที่สุดคือ ความต้องการข้อมูล รองลงมาคือความต้องการมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการส่วนบุคคลเป็นความต้องการที่ญาติต้องการน้อยสุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต้องการระหว่างรอผ่าตัดของครอบครัวผู้ป่วยของคาร์โมดีและคณะ (Carmody et al., 1991) พบว่าความต้องการที่ญาติต้องการมากที่สุดคือความต้องการข้อมูล และญาติให้ความสำคัญคาดหวังกับการที่จะได้คุยกับแพทย์ที่ทำการผ่าตัดหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้นเพื่อทราบผลการผ่าตัด และความต้องการที่ญาติต้องการน้อยที่สุดคือ ความต้องการส่วนตัว เช่น การให้มีร้านกาแฟ การพูดคุยระบายความรู้สึกของญาติ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของญาติ ได้แก่ การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ 2 โรงพยาบาลศิริราช ของพรทิพย์ (2541) มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เป็นบิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของผู้ป่วย มีความต้องการในแต่ละด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และในความต้องการที่สมาชิกให้ความสำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือความต้องการข้อมูล ส่วนความต้องการที่สมาชิกให้ความสำคัญน้อยที่สุด คือ ความต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเอง และของพยาบาล โดยธิติมา (2540) กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือดและผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 55 ราย ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่น โดยมีความต้องการด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณรองลงมาตามลำดับ และพยาบาลก็รับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่น โดยมีความต้องการด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณรองลงมาตามลำดับ นั่นคือความต้องการของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเอง

และของพยาบาลด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ไม่มีความแตกต่างกัน

จากงานวิจัยที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความต้องการข้อมูลเป็นความต้องการที่ญาติต้องการเป็นอันดับแรก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการได้รับข้อมูลมีความสำคัญกับญาติในแง่การลดความวิตกกังวลหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

การให้ข้อมูลและประโยชน์ของการให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการช่วยเหลือแก่ครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะวิกฤต ลดความวิตกกังวลจากความไม่รู้ ซึ่งมีผู้ศึกษาและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลไว้ดังนี้

1. ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูล และสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้รับข้อมูล (Manley, 1988; Rasie, 1980 อ้างตามนาฏยา, 2535)

2. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพอ่อนโยน แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด (Manley, 1988 อ้างตามนาฏยา, 2535)

3. ในการให้ข้อมูลควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำที่สั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์เพราะจะทำให้ผู้รับข้อมูลไม่เข้าใจและเพิ่มความวิตกกังวล (Meijs, 1989; Susan, 1989 อ้างตามนาฏยา, 2535)

4. การให้ข้อมูลต้องมีขั้นตอน ไม่สับสน พูดให้ช้าแต่ชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถาม ผู้ให้และผู้รับข้อมูลอยู่ในระยะห่างกันพอสมควร เพื่อให้การมองเห็นและการได้ยินชัดเจนชัดเจนสิ่งรอบกวนอื่น ๆ การให้ข้อมูลโดยการเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้และผู้รับข้อมูลเป็นเทคนิคและวิธีการที่ดี (Perry, 1981 อ้างตามนาฏยา, 2535)

5. เปิดโอกาสให้ญาติของผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกโดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รับฟังที่ดี เทคนิคการฟังมีส่วนสำคัญมาก เพราะแสดงถึงความสนใจของพยาบาลที่มีต่อญาติของผู้ป่วย (Stanik, 1990 อ้างตามนาฏยา, 2535)

6. ให้ข้อมูลเฉพาะส่วนที่จำเป็นและตรงตามความต้องการของผู้รับ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา การพยากรณ์โรค จะเป็นข้อมูลที่ญาติผู้ป่วยต้องการมากที่สุด การให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์จะช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของญาติผู้ป่วย (Gibbon, 1988 อ้างตามนาฏยา, 2535)

จากการศึกษางานวิจัยพบว่าผู้ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลญาติ ได้แก่ผลของการสนับสนุน

ด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด (วรรณวิมล และคณะ, 2545) พบว่า การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ทำให้ความวิตกกังวลกลุ่มที่ได้รับข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาความวิตกกังวลของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดของคาร์โธล (Kathol, 1984) พบว่าการให้ข้อมูลผ่านสื่อวิดีโอเทปก่อนผ่าตัดสามารถลดความวิตกกังวลระหว่างรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดได้ และการให้ข้อมูลโดยพยาบาลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับญาติจะช่วยเพิ่มการรับรู้ของญาติ ซึ่งจะลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว คอนเนลล์ (Donnell, 1989) ได้เขียนบทความเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านการสื่อสารของพยาบาลห้องผ่าตัดกับญาติผู้ป่วย โดยพยาบาลจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และขจัดความวิตกกังวลของญาติ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดและญาติเข้าไปรอในห้องที่จัดเตรียมไว้ให้ โดยข้อมูลที่ให้จะเป็นภาพรวมของการให้การรักษาพยาบาลในห้องผ่าตัด และพยาบาลจะต้องรู้ว่าขณะนี้ผู้ป่วยกำลังอยู่จุดใดในห้องผ่าตัด เช่น ห้องรอผ่าตัด ในห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น เป็นต้น นอกจากนี้จะต้องรู้ว่าความก้าวหน้าของการผ่าตัดเป็นเช่นไร เกิดภาวะแทรกซ้อนใดขึ้นหรือไม่ เพื่อจะได้ให้ข้อมูลแก่ญาติได้ถูกต้อง ซึ่งข้อมูลที่ให้กับญาตินั้นแพทย์จะเป็นผู้บอกพยาบาล และพยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานแจ้งกับญาติของผู้ป่วย ด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย และตรงไปตรงมาไม่บิดเบือนข้อมูล ซึ่งโปรแกรมนี้ได้รับการตอบสนองในทางบวก ญาติมีความพึงพอใจ เนื่องจากผลของโปรแกรมทำให้ญาติรู้ความเป็นไปในห้องผ่าตัด ลดความกลัวความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ และเลสเก้ (Leske, 1996) ได้ศึกษาทดลองเกี่ยวกับการรายงานความก้าวหน้าของการผ่าตัดกับครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 200 ครอบครัว แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งไม่ได้รับการรายงานความก้าวหน้าของการผ่าตัด กลุ่มที่สองได้รับการรายงานความก้าวหน้าจากพยาบาลห้องผ่าตัด (received in-person progress reports from perioperative nurses) กลุ่มที่สามได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ได้แก่ การอธิบายตามมาตรฐานการรายงานของโรงพยาบาล กลุ่มที่สี่ได้รับการรายงานความก้าวหน้าของการผ่าตัดทางโทรศัพท์ โดยเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล ความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAPs) และอัตราการเต้นของหัวใจ เมื่อการผ่าตัดได้เริ่มไปแล้วระยะหนึ่ง (halfway) พบว่ากลุ่มที่ 2 มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าอีก 3 กลุ่มที่เหลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีระดับความดันเลือดแดงเฉลี่ย อัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่าอีก 3 กลุ่มที่เหลืออย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่าการให้ข้อมูลโดยพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถลดความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยระหว่างรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดได้

นอกจากนี้รัตนา (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า ความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสนับสนุน

ด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มพบว่าความวิตกกังวลของตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่าตัวอย่างในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนาญา (2535) ที่ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ซึ่งผลการวิจัยพบว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถลดความวิตกกังวลได้

จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่จะทำให้ญาติผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เพราะเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้า และบุคคลประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้นเป็นสิ่งคุกคามและเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือบุคคลอื่นเป็นที่รัก การให้ข้อมูลจะช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลของพยาบาลจะต้องอยู่ในขอบเขตที่ตนจะสามารถให้ข้อมูลได้ ไม่ก้าวล่วงหน้าที่ของแพทย์ และข้อมูลที่ญาติผู้ป่วยได้รับจะต้องเป็นจริง ไม่บิดเบือนข้อมูล

สำหรับวิธีการให้ข้อมูลนั้น ได้มีผู้ที่ทำการศึกษาวิจัยไว้หลายรูปแบบแต่สามารถนำมาสรุปเป็น 4 รูปแบบด้วยกันคือ การให้ข้อมูลโดยการแจกเอกสารแผ่นพับ การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ การให้ข้อมูลแบบจัดเป็นโปรแกรมการสอน และการให้ข้อมูลด้วยการสอนแบบสุขศึกษา โดยพบว่าการให้ข้อมูลโดยการแจกเอกสารแผ่นพับเป็นวิธีที่พบได้บ่อยที่สุด เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและข้อมูลในแผ่นพับก็จะเป็นการจัดเตรียมไว้ให้เหมาะกับการผ่าตัดนั้น ๆ สำหรับการให้ข้อมูลด้วยสื่อวีดิทัศน์จะได้เปรียบกว่าการให้ข้อมูลวิธีอื่น ๆ เพราะจะได้เห็นรูปแบบและบทบาทที่ชัดเจน และสามารถสอนเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ การให้ข้อมูลด้วยการจัดเป็นโปรแกรมการสอนนั้น ได้มีผู้ศึกษาไว้ซึ่งเป็นโปรแกรมการสอนเกี่ยวกับการฝึกการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกซึ่งกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนสามารถทำได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าโปรแกรมการสอนก่อนผ่าตัดมีผลต่อความรู้ ความสามารถของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด และรูปแบบสุดท้ายการให้ข้อมูลด้วยการสอนแบบสุขศึกษา พบว่าเป็นวิธีที่พบได้บ่อยเช่นเดียวกับการแจกเอกสารแผ่นพับ มีข้อเสนอแนะสำหรับรูปแบบการให้ข้อมูลด้วยวิธีนี้ว่า 1) การสอนจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากการสอนนั้นเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา 2) การสอนเป็นรายกลุ่มจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการสอนรายบุคคล และ 3) การสอนเป็นรายกลุ่มจะช่วยลดเวลาที่จะใช้ในการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

สำหรับรูปแบบที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือการให้ข้อมูลตามความต้องการของญาติจากผู้วิจัย โดยก่อนการให้ข้อมูลตามความต้องการของญาติผู้วิจัยได้พูดคุย ประเมินความต้องการข้อมูลของญาติแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึก แล้วจึงเริ่มให้ข้อมูลตามความต้องการโดย

แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว (ซึ่งเนื้อหาหลักสำคัญของการให้ข้อมูลในแต่ละระยะจะเหมือนกัน แต่อาจมีการปรับเปลี่ยนรายละเอียดเพื่อให้ตรงตามความต้องการของญาติแต่ละราย)

ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยภายหลังการได้รับข้อมูลตามความต้องการ

มอร์ส (Morse, 1955 อ้างตามจินดา, 2538) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า สิ่งใดก็ตามที่จะสามารถลดความตึงเครียดของมนุษย์ให้น้อยลง และความตึงเครียดนี้เป็นผลมาจากความต้องการของมนุษย์ เมื่อมนุษย์มีความต้องการมากจะเกิดปฏิกิริยาเรียกร้อง เมื่อใดที่ความต้องการได้รับการตอบสนอง ความตึงเครียดจะน้อยลงหรือหมดไป ทำให้มนุษย์เกิดความพึงพอใจได้

ปัจจุบันโรงพยาบาลมีการแข่งขันสูง ทั้งด้านบริการและคุณภาพเพื่อที่จะดึงดูดผู้รับบริการ ซึ่งมีความคาดหวังว่าเมื่อมาโรงพยาบาลจะได้รับบริการที่ดี และประสบการณ์จากการใช้บริการครั้งแรกของผู้รับบริการก็เป็นสิ่งสำคัญ หากทำให้ผู้ใช้บริการประทับใจ พึงพอใจนั้นแสดงถึงความมีประสิทธิภาพของการบริการ (รุ่งแสง, 2540)

การที่จะทำให้บริการพยาบาลสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ บริการพยาบาลจะต้องมีคุณภาพสนองตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ซึ่งผู้รับบริการจะพึงพอใจได้ คุณภาพบริการพยาบาลที่ได้รับตามการรับรู้ต้องมากกว่าหรือเท่ากับคุณภาพบริการที่คาดหวังไว้ (บุญใจ, 2544) ซึ่งประเมินได้จาก

1. การบริการที่สัมผัสได้ (tangibles) เป็นคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ บรรยากาศ สภาพแวดล้อมทางกายภาพของโรงพยาบาล การให้บริการของบุคลากรของโรงพยาบาล
2. ความน่าเชื่อถือของการให้บริการ (reliability) เป็นคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องกับความน่าเชื่อถือ ความรู้ ทักษะและความชำนาญของผู้ให้การตรวจรักษาและให้บริการพยาบาล ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ อุปกรณ์การวินิจฉัย การรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล
3. การให้บริการที่ตอบสนองความต้องการ (responsiveness) เป็นคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการที่รวดเร็ว ทันเหตุการณ์
4. การให้บริการที่มีการประกันคุณภาพ (assurance) เป็นคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องกับความมีคุณภาพและมาตรฐานของการให้บริการ ความปลอดภัยในชีวิตของผู้ใช้บริการ
5. การบริการที่เข้าถึงจิตใจ (empathy) เป็นคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องกับการเห็นอกเห็นใจ ผู้ใช้บริการ การเข้าถึงจิตใจของผู้ใช้บริการและครอบครัว การให้บริการพยาบาลโดยคำนึงถึงจิตใจของผู้ใช้บริการและครอบครัว

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยพบว่ามีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการไว้ดังนี้ วาสนา (2545) ศึกษาผลของแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังปฏิบัติการพยาบาลตาม

แนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับตามสิทธิผู้ป่วยโดยรวมทุกด้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อจำแนกตามสิทธิรายด้านพบว่า ภายหลังจากปฏิบัติตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับตามสิทธิผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ สิทธิตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ($p < .0001$) ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล ($p < .001$) และด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจและความต้องการในคุณภาพงานบริการพยาบาลของผู้รับบริการแผนกจักษุ โรงพยาบาลขอนแก่นของลดดา (2543) ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้รับบริการแผนกจักษุมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดในการจัดบริการตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย มีความพึงพอใจระดับมากในระบบบริการบัตร ระบบบริการพยาบาลและการจัดบริการสิ่งแวดล้อม และมีความต้องการระดับมากที่สุดในการจัดบริการสิ่งแวดล้อมและการจัดบริการตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย มีความต้องการระดับมากในระบบบริการบัตรและระบบบริการพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างความพึงพอใจกับความต้องการตามระบบบริการบัตร ระบบบริการพยาบาล การจัดบริการสิ่งแวดล้อม และการจัดบริการตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจมีน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการในคุณภาพงานบริการพยาบาลทุกด้านและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลก็มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดังเช่นการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาล งานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปัตตานีของจินดา (2538) ที่พบว่าผู้ใช้บริการที่นับถือศาสนา ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลโดยภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้ใช้บริการที่มีเพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน ถิ่นที่อยู่อาศัย กลุ่มงานหอผู้ป่วยที่ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลโดยภาพรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ของรุ่งแสง (2540) ที่พบว่าปัจจัยด้านเพศ รายได้ต่อเดือน และอาชีพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การให้ข้อมูลตามความต้องการเป็นการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด ซึ่งขณะที่ญาติรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดจะเกิดความเครียด ความวิตกกังวล จากการที่ถูกแยกจากผู้ป่วย และไม่ทราบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด แต่เมื่อได้จัดบริการการให้ข้อมูลขณะที่ญาติรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด เป็นการช่วยเพิ่มแหล่งประโยชน์ทำให้ญาติมีข้อมูลในการตัดสินใจหรือประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด จึงทำให้ความวิตกกังวลของญาติลดลงได้ ซึ่งการให้ข้อมูลตามความต้องการสามารถลดความวิตกกังวล โดยที่ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเนื่องจากญาติต้องการข้อมูลขณะที่รอผู้ป่วยรับการผ่าตัด และเมื่อความ

ต้องการได้รับการตอบสนอง ความวิตกกังวลลดลงหรือหมดไป ทำให้เกิดความพึงพอใจ

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นอกจากผู้วิจัยจะประเมินรับความวิตกกังวลภายหลังได้รับข้อมูลตามความต้องการแล้ว ผู้วิจัยยังต้องการประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยขณะที่รอผู้ป่วยรับการผ่าตัด โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามความต้องการและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการด้านข้อมูลของห้องผ่าตัดขณะที่ญาติรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดต่อไป

สรุป

การผ่าตัดก่อให้เกิดความวิตกกังวลทั้งแก่ตัวผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะญาติมักจะเกิดความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงสูงขณะที่รอผู้ป่วยรับการผ่าตัด เนื่องจากการขาดข้อมูลทำให้ไม่สามารถประเมินสถานการณ์ภายในห้องผ่าตัดได้ และการผ่าตัดที่นานกว่าที่คาดการณ์หรือแพทย์ได้แจ้งไว้ทำให้ญาติคาดการณ์ไปในทางเลวร้าย การจัดการให้ข้อมูลตามความต้องการของญาติถือเป็นการช่วยเพิ่มแหล่งประโยชน์ให้แก่ญาติให้มีการรับรู้ที่ถูกต้อง และสามารถประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัดได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากขึ้น

การให้ข้อมูลตามความต้องการของญาติ เป็นการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลที่ญาติต้องการมากที่สุดขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนองจึงส่งผลให้ญาติเกิดความพึงพอใจต่อบริการด้านข้อมูลที่ได้รับจากห้องผ่าตัด