

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาถึงเร้าความเครียด การได้รับข้อมูล ระยะเวลาการรอผ่าตัด และความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด สาธารณคดี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด
2. สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด
3. การได้รับข้อมูลของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด
4. ระยะเวลาการรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด
5. ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าความเครียด การได้รับข้อมูล ระยะเวลาการรอผ่าตัด และความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

ความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

ความเครียด เป็นภาวะแห่งการตอบสนองของบุคคลที่ระบอบอย่างชัดเจนไม่ได้ ต่อสภาวะการณ์บางอย่างที่คุกคามต่อความมั่นคงหรือความปลอดภัยของชีวิต ซึ่งการตอบสนองนี้มีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคลไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน โดยอาจปรากฏให้เห็นในรูปของพฤติกรรมการแสดงออกบางอย่าง และเป็นเหตุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆภายในร่างกายของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในคนหนึ่งไม่จำเป็นต้องเหมือนกับอีกคนหนึ่ง สถานการณ์อย่างเดียวกันอาจทำให้คนหนึ่งเกิดความเครียดแต่อีกคนหนึ่งไม่เกิดความเครียดก็ได้ (ปาริชาติและภัทราพรธรรม, 2542)

นักทฤษฎีได้ให้ความหมายของความเครียดต่างๆ กันไป เช่น เซลเย่ (Selye, 1976 อ้างตาม สมจิต, 2534) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการตอบสนอง (response) ทางด้านสรีรวิทยาต่อตัวกระตุ้นความเครียด (stressor) ในขณะที่โฮลมและเรย์ (Holmes & Rahe, 1967 อ้างตาม สมจิต, 2534) กล่าวว่า ความเครียดเป็นตัวกระตุ้น โดยเหตุการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ถือเป็นภาวะเครียดที่ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัว ระดับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ในชีวิตจะมีอิทธิพลต่อความเครียดของแต่ละบุคคล โดยบุคคลที่มีเหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงมาก จะมีโอกาสเกิดความเครียดได้สูง แนวคิดของโฮลมและเรย์นั้นมองความเครียดโดยเน้นเหตุการณ์ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้นและมีอิทธิพลในชีวิตประจำวันของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ (Holmes & Rahe, 1967 อ้างตาม อำพร, 2544) ซึ่งแนวคิดของโฮลมและเรย์นั้นได้รับการวิจารณ์มากจาก

ลาซารัสและคณะ (Lazarus, 1986; Lazarus, Delongis & Gruen, 1985; Lazarus & Folkman, 1986 อ้างตาม สมจิต, 2534) โดยให้ความเห็นว่า การมองเหตุการณ์ใหญ่ๆที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตว่าเป็นความเครียดนั้นไม่เป็นความจริงเสมอไป ความไม่เปลี่ยนแปลงในชีวิต ก็สามารถทำให้เกิดความเครียดได้ และเหตุการณ์ที่มีผลต่อสุขภาพของมนุษย์นั้นไม่ใช่เหตุการณ์ใหญ่ๆ แต่เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรำคาญอย่างเรื้อรังในชีวิตประจำวัน ความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอ จึงเกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย ลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวถึง ความเครียดในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน บุคคลจะเกิดความเครียดหรือไม่นั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์หรือบุคคลอย่างเดียว แต่บุคคลกับเหตุการณ์นั้น จะหล่อหลอมรวมกันในการตัดสินใจความเครียด ซึ่งสะท้อนให้เห็นกระบวนการคิดที่แตกต่างกันของบุคคล แนวคิดความเครียดของลาซารัสและโพล์คแมนจึงเป็นแนวคิดที่เปิดโอกาสให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์ความเครียดของบุคคลได้ดีตรงที่ว่าความเครียดเป็นปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ดังนั้น ในการศึกษาความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความเครียดของลาซารัสและโพล์คแมนมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า ความเครียด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยบุคคลประเมินตัดสินความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าความเครียดที่เกิดขึ้น ว่ามีผลเสียต่อสวัสดิภาพหรือความผาสุก ของตน และตนจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ซึ่งการประเมินตัดสินความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอาศัยกระบวนการประเมินตัดสิน สิ่งเร้าความเครียดใดที่บุคคลประเมินว่ามีผลเสียต่อสวัสดิภาพหรือความผาสุกของตน และจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลังสิ่งเร้าความเครียดนั้นจัดเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

การประเมินตัดสิน

การประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาในการพิจารณาตัดสินความสำคัญและความหมายของสถานการณ์นั้นๆ ต่อสวัสดิภาพของบุคคล โดยประเมินถึงความเป็นไปได้และผลลัพธ์ในการที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งจะกระทำอยู่ตลอดเวลาที่มนุษย์ตื่นอยู่ ถือได้ว่าเป็นการทำหน้าที่ร่วมกันของสถานการณ์ ระบบความเชื่อ แบบแผนการคิด และสภาวะอารมณ์ของบุคคล การประเมินสถานการณ์ความเครียด

แบ่งได้ 3 ลักษณะ (สมจิต, 2534; Lazarus & Folkman, 1984) คือ การประเมินปฐมภูมิ การประเมินทุติยภูมิ และการประเมินใหม่ ดังนี้

1. การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของสถานการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของตนเอง โดยบุคคลประเมินตัดสินว่าตนเองมีส่วนได้ส่วนเสียกับสถานการณ์นั้นหรือไม่ การประเมินตัดสินความสำคัญของสถานการณ์นี้จะปรากฏออกมาใน 3 ลักษณะคือ

1.1 ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (irrelevant) เป็นการที่บุคคลพิจารณาว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนเองไม่มีส่วนได้เสียกับสถานการณ์นั้น

1.2 มีผลดีกับตนเอง (benign positive) เป็นการที่บุคคลพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นผลดีต่อสวัสดิภาพของตนเอง

1.3 เป็นความเครียด (stressful) เป็นการที่บุคคลพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าตนเองต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดนั้นจะมี 3 ลักษณะคือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm and loss) เป็นการที่บุคคลประเมินว่าเกิดความเสียหายหรือความสูญเสียขึ้นแก่ตน

1.3.2 คุกคาม (threat) เป็นการที่บุคคลประเมินถึงอันตรายหรือความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

1.3.3 ท้าทาย (challenge) เป็นการที่บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจเป็นอันตราย แต่มีทางที่จะควบคุมได้ หรือสถานการณ์นั้นอาจให้ประโยชน์แก่ตน

2. การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินถึงแหล่งประโยชน์ และทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องเกิดหลังการประเมินปฐมภูมิ แต่อาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กันก็ได้

3. การประเมินใหม่ (reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้รับข้อมูลใหม่ หรือการให้ความหมายของสถานการณ์เสียใหม่ เพื่อลดความเครียดลง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น ความเครียด จึงเป็นผลการประเมินตัดสินของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าความเครียดที่เกิดขึ้น ว่ามีผลกระทบต่อสวัสดิภาพหรือความผาสุกของตน และตนจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังเพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าความเครียดนั้นจะก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่ ขึ้นกับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น โดยผ่านกระบวนการประเมินตัดสิน

ความเครียดจะมากหรือน้อย ขึ้นกับการประเมินทัศนสถานการณ์ว่ามีความสำคัญหรือมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใดนั่นเอง

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินทัศน

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า การที่บุคคลประเมินทัศนสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ เป็นความเครียดชนิดใด และมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factors)

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ข้อผูกพัน (commitments) และความเชื่อ (beliefs)

1.1 ข้อผูกพัน (commitments) เป็นสิ่งที่บุคคลจะต้องทำหากเรื่องนั้นมีความหมายและความสำคัญต่อตนเองมาก ซึ่งจะมีอิทธิพลในการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณ์ต่อสวัสดิภาพของบุคคล ส่งผลให้บุคคลกล้าเผชิญ หรือถอยหนีจากสถานการณ์ที่ตนได้ประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคาม เป็นอันตราย หรือทำร้ายต่อตน สถานการณ์ใดที่มีความหมายและมีความสำคัญกับบุคคลมาก บุคคลจะประเมินว่าเป็นภาวะที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเองอย่างมาก นอกจากนี้ ข้อผูกพันที่ฝังลึก จะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำในสิ่งที่ดีกว่า และช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งความหวัง ทำให้ลดความรู้สึกคุกคามลงได้

1.2 ความเชื่อ (beliefs) เป็นการที่บุคคลประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นว่าเป็นอย่างไร ประกอบด้วย ความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ของบุคคลและความเชื่อในสิ่งอื่นที่อยู่ภายนอกบุคคล ดังนี้

1.2.1 ความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ของบุคคล (beliefs about personal control) ประกอบด้วย ความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ทั่วไป และความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์เฉพาะ

1.2.1.1 ความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ทั่วไปของบุคคล (general beliefs about control) โดยทั่วไปบุคคลจะมีความเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ทั่วไปให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการได้ ความเชื่อนี้จะมีอิทธิพลต่อสถานการณ์ที่คลุมเครือ และสถานการณ์ที่มีความใหม่มากที่สุด เนื่องจากเป็นสภาวะการณ์ที่ไม่ชัดเจน หนทางในการที่จะคาดเดาผลลัพธ์ที่ตามมาจึงมีน้อย หากบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ทั่วไปได้ บุคคลจะประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นสถานการณ์ที่ทำร้าย แต่หากบุคคลขาดความเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ทั่วไปได้ บุคคลจะประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคาม สูญเสีย หรือเป็นอันตราย

1.2.1.2 ความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์เฉพาะของบุคคล (situational control appraisals) เกิดจากการที่บุคคลประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ในสถานการณ์เฉพาะที่เกิดขึ้น แล้วมีความเชื่อว่าจะสามารถจัดการกับสถานการณ์เฉพาะนั้นได้ ความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์เฉพาะได้นี้มีความสำคัญในการประเมินตัดสินสถานการณ์ว่าเป็นสถานการณ์ที่ คุณคาม เป็นอันตราย/สูญเสียหรือทำทายเป็นภัย โดยจะช่วยลดความเครียดจากการประเมินสถานการณ์ลงได้ แต่หากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามกับความถนัด หรือก่อให้เกิดความขัดแย้งกับข้อผูกพันหรือเป้าหมายของตนเอง ความรู้สึกคุกคามจะเพิ่มมากขึ้น ข้อจำกัดในการประเมินความสามารถของบุคคลในการควบคุมสถานการณ์เฉพาะนั้น ได้แก่ ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับ และ/หรือ อิทธิพลที่เกิดจากปัจจัยด้านบุคคลอื่นๆ ซึ่งอาจทำให้การประเมินสถานการณ์ไม่ตรงกับความเป็นจริงได้ การประเมินความสามารถของบุคคลในการควบคุมสถานการณ์เฉพาะ ทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและ/หรือด้านตัวบุคคลเอง จะมีอิทธิพลต่อสภาพอารมณ์และการเผชิญความเครียดของบุคคล

1.2.2 ความเชื่อในสิ่งอื่นที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล (existential beliefs) ได้แก่ ความศรัทธาในพระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ เป็นความเชื่อทั่วไปที่ทำให้บุคคลสามารถสร้างความหมายของชีวิตให้เกิดขึ้นและดำรงไว้ซึ่งความหวังในสถานการณ์ที่เลวร้ายได้ โดยปกติ ความเชื่อนี้อาจไม่แสดงผลใดๆออกมา แต่จะมีผลต่อสภาพอารมณ์เป็นอย่างมากเมื่อบุคคลใช้ความเชื่อประเภทนี้ร่วมกับการมีข้อผูกพัน โดยเฉพาะในยามที่เผชิญกับปัญหา

ทั้งข้อผูกพันและความเชื่อจะมีส่วนเชื่อมโยงกับปัจจัยด้านสถานการณ์เพื่อที่จะตัดสินว่าสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นสถานการณ์ที่เป็นอันตราย/สูญเสีย คุณคาม หรือ ทำทายเป็นภัย

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ความเป็นสถานการณ์ที่แปลกใหม่ (novelty) ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ (event uncertainty) ความเกี่ยวข้องกับเวลา (temporal factors) ความคลุมเครือของสถานการณ์ (ambiguity) และระยะเวลาที่สถานการณ์ความเครียดเข้ามาที่มีความสัมพันธ์กับชีวิต (the timing of stressful event in relating to the life cycle) ดังนี้

2.1 ความเป็นสถานการณ์ที่แปลกใหม่ เป็นสถานการณ์ที่บุคคลไม่เคยประสบมาก่อน ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการประเมินตัดสินเมื่อบุคคลมีการเชื่อมโยงสถานการณ์นั้นกับประสบการณ์ในอดีตและความรู้ทั่วไปที่บุคคลมีอยู่ โดยเฉพาะหากบุคคลมีการเชื่อมโยงสถานการณ์กับสถานการณ์ในอดีตว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย บุคคลจะประเมินตัดสินสถานการณ์ที่ตนไม่เคยประสบมาก่อนนั้นว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคาม

2.2 ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ เป็นผลให้บุคคลพิจารณาถึงโอกาสของความเป็นไปได้ ความสัมพันธ์ระหว่างความไม่แน่นอนของเหตุการณ์และการถูกกระตุ้นของบุคคล เป็นสิ่งที่มีความซับซ้อน ทั้งนี้เนื่องจากอาจมีอคติในการคาดเดาถึงความเป็นไปได้เข้ามาเกี่ยวข้อง

ในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนสูงบุคคลมักจะเกิดความเครียดสูง เนื่องจากจะทำให้เกิดการยับยั้งความคาดหวังในกระบวนการเผชิญความเครียด และเป็นผลให้บุคคลเกิดความสับสนเกิดขึ้น

2.3 ความเกี่ยวข้องกับเวลา เป็นความเกี่ยวข้องกับเวลาที่สถานการณ์ใกล้จะเกิดขึ้น (imminence) ระยะเวลาของการเกิดสถานการณ์ (duration) และความไม่แน่นอนของสถานการณ์ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไร (temporal uncertainty) โดยทั่วไปสถานการณ์ยิ่งใกล้เกิดขึ้นเร็วเท่าไร ความเร่งด่วนในการประเมินสถานการณ์จะมากขึ้นเท่านั้น ในสถานการณ์ที่ระยะเวลาการเกิดยังมีเวลานาน กระบวนการประเมินตัดสินใจจะมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าระยะเวลาของการใกล้เกิดขึ้นของสถานการณ์ที่มีความห่างออกไปจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามเพิ่มมากขึ้น แต่ก็จะทำให้บุคคลสามารถที่จะจัดการกับความรู้สึกถูกคุกคามนี้ได้โดยผ่านกระบวนการเผชิญความเครียด ซึ่งจะทำให้บุคคลมีช่วงเวลาของการมีความคาดหวังเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้บุคคลมีการตอบสนองต่อความเครียดลดลง การมีระยะเวลาของการเกิดสถานการณ์ (duration) ที่นานขึ้น บุคคลจะมีการปรับตัวตอบสนองต่อสถานการณ์ ตั้งแต่ระยะเตือน (alarm reaction) ระยะต่อต้าน (stage of resistance) จนอาจถึงระยะหมดกำลัง (stage of exhaustion) ในการตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดได้ โดยบุคคลจะมีการแสดงออกของอารมณ์ผ่านกระบวนการเผชิญความเครียด ส่วนการไม่ทราบว่าจะเกิดเหตุการณ์จะเกิดขึ้นเมื่อไร จะทำให้บุคคลใช้การเผชิญความเครียดในการช่วยบรรเทาความเครียด

2.4 ความคลุมเครือของสถานการณ์ เป็นคุณลักษณะของสถานการณ์ที่บุคคลตัดสินใจว่าจะเลือกเผชิญหรือไม่ โดยบุคคลจะใช้ปัจจัยส่วนบุคคลในการให้ความหมายของสถานการณ์นั้น สถานการณ์ที่มีความคลุมเครือสูงบุคคลจะรู้สึกว่าถูกคุกคามเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะสถานการณ์ที่คุกคามด้านอารมณ์และสถานการณ์ที่มีแนวโน้มว่าจะก่อให้เกิดอันตราย บุคคลจะสามารถลดความรู้สึกถูกคุกคามจากสถานการณ์ที่มีความคลุมเครือลงได้ด้วยการแปลความหมายของสถานการณ์นั้นให้เป็นไปได้ในทางที่ตนสามารถที่จะเผชิญได้

2.5 ระยะเวลาที่สถานการณ์ความเครียดเข้ามา มีความสัมพันธ์กับชีวิตหลายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปกติสามารถจะเป็นสถานการณ์ความเครียดได้หากเกิดในช่วงเวลาที่ไม่น่าจะเกิดขึ้น ซึ่งจะเป็สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจอย่างมาก ทั้งนี้เป็นผลจากความไม่คาดคิด จึงทำให้บุคคลไม่ได้เตรียมหาผู้ช่วยเหลือที่สามารถรับมือกับสถานการณ์นั้นไว้ บุคคลจะรู้สึกพึงพอใจหากสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ตนสามารถรับมือได้ หรือตนมีโอกาสได้เตรียมตัวหรือเกิดมีความหวังในการเผชิญความเครียด เวลาในการเกิดขึ้นของสถานการณ์ต่างๆ จะมีความสัมพันธ์กับสถานการณ์อื่นๆ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์นั้น อาจทำให้เกิดความรู้สึกถูกคุกคามหรือถูกกดดันต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นตามมา ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องซึ่งกัน และกันเสมอ และจะมีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด เป็นผลให้เกิดกระบวนการ ประเมินตัดสิน โดยเปรียบเทียบบริบทในขณะนั้นกับบริบทอื่น

ความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาโรคแขนงหนึ่งที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือช่วยให้ผู้ป่วย สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ (สุนีย์และนันทา, 2540) แม้ว่าในปัจจุบันการรักษาด้วย วิธีการผ่าตัดจะมีความปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง (วรรณวิมลและคณะ, 2545) แต่การผ่าตัดก็ยังคงเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อความเป็นอยู่ตามปกติและต่อชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่มักจะมีอาการเครียด (ประณีต, 2544) ทั้งนี้เป็นผลจากการมีความเจ็บป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความตายและความทุกข์ทรมาน (สุชญา, 2542) โดยเฉพาะในการผ่าตัดใหญ่ หรือการผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะหรือมีความพิการเกิดขึ้นกับร่างกาย (สุนีย์และ นันทา, 2540) และยังเป็นผลจากการที่ต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด (จุฑามาศและศิริพรรณ, 2541) ซึ่งก่อให้เกิดความปวดและความไม่สุขสบาย ระดับของความเครียดจะขึ้นอยู่กับการรับรู้ และ ประสบการณ์ส่วนบุคคล นำไปสู่การตอบสนองที่แตกต่างกัน (ประณีต, 2544)

ในการเข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบมีการเตรียมผู้ป่วย ล่วงหน้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ส่วนใหญ่ มักจะต้องประสบกับสถานการณ์การรอผ่าตัด ในห้องผ่าตัด ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคลากรห้องผ่าตัดจะต้องมีการจัดการให้ผู้ป่วยรายแรกของวัน สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ทันทีเมื่อทีมศัลยแพทย์พร้อมที่จะเริ่มทำการผ่าตัดในตอนเช้า และ ให้ผู้ป่วยลำดับต่อไปได้เข้ารับการผ่าตัดได้ทันทีภายหลังจากที่ผู้ป่วยลำดับก่อนหน้าเสร็จการผ่าตัด โดยไม่ให้เสียเวลาในการรอคอย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการใช้ห้องผ่าตัดในเวลาราชการอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ข้อจำกัดของเวลา แต่จากการที่ห้องผ่าตัดมีบุคลากรในการรับ-ส่งผู้ป่วยจำนวน จำกัด ในขณะที่ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดมีจำนวนมาก นอกจากนั้น การที่ผู้ป่วยลำดับก่อนหน้า อาจมีระยะเวลาการผ่าตัดที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอน หรือมีระยะเวลาการรอผ่าตัดที่ยาวนาน ออกไปกว่าที่คาดการณ์ไว้เพราะมีความซับซ้อนทางการผ่าตัด จึงทำให้บุคลากรห้องผ่าตัด จำเป็น ต้องรับผู้ป่วยมาจากหอผู้ป่วยก่อนเวลาการผ่าตัดระยะหนึ่ง แล้วจัดให้ผู้ป่วยได้เข้ามารอเพื่อจะรับ การผ่าตัดในห้องผ่าตัด เพื่อจะได้สามารถนำผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดได้ทันเวลาเวลาที่แพทย์จะเริ่ม ทำการผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่เสียเวลาในการที่จะต้องรอคอยผู้ป่วย ซึ่งในช่วงระยะเวลาการรอ การผ่าตัดนี้ ผู้ป่วยมักจะต้องประสบกับสถานการณ์สิ่งเร้าความเครียดต่างๆ ภายในห้องผ่าตัด ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้

สถานการณ์สิ่งเร้าความเครียดต่างๆ ที่ผู้ป่วยอาจต้องประสบในระหว่างการรอผ่าตัด ได้แก่ สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดซึ่งเป็นสภาวะแปลกใหม่และเป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย การต้องถูกแยกจากบุคคลใกล้ชิด ต้องพบกับบุคลากรในห้องผ่าตัดซึ่งสวมเสื้อผ้า สวมหมวก สีเขียว มีผ้าปิดปากปิดจมูก แตกต่างจากบุคลากรที่ผู้ป่วยเคยพบที่หอผู้ป่วย การพบเห็นเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ในห้องผ่าตัดที่แปลกใหม่แตกต่างจากหอผู้ป่วย (กันยา, 2541) นอกจากนั้นผู้ป่วยบางราย อาจมีความปวด อาการคลื่นไส้ อาการหนาวสั่น (Leinonen et al., 2001) เกิดความรู้สึกร้อนหรือหนาวจนเกินไป จากการอยู่ในอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสม (สุชญา, 2542) ผู้ป่วยบางรายอาจถูกรบกวนจากการได้ยินเสียงของเจ้าหน้าที่ (บุญพิศ, 2543) มีความวิตกกังวลในเรื่องของความปวด วิตกกังวลเนื่องจากไม่เข้าใจในคำแนะนำ และไม่ทราบถึงผลของการตรวจต่างๆ (Biley, 1989) กลัวการดมยาสลบ กลัวการผ่าตัด (Leinonen et al., 2001) กลัวหลับไม่สนิทระหว่างผ่าตัด กลัวความไม่สุขสบายและการคลื่นไส้หลังการผ่าตัด และกลัวตนเองทำสิ่งที่น่าอับอายก่อน ในขณะที่ หรือ ภายหลังการดมยาสลบ (McCleane, 1990) ผู้ป่วยบางรายอาจไม่พึงพอใจกับการถอดฟันปลอม (Cobley et al., 1991) ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเลื่อนผ่าตัดอาจกลัวว่าจะถูกเลื่อนผ่าตัดอีก และเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการถูกงดน้ำ งดอาหาร (เบญจมาศและคณะ, 2541) สิ่งเร้าความเครียดบางอย่าง อาจเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินตัดสินความเครียดของผู้ป่วย สิ่งเร้าความเครียดสิ่งเดียวกันอาจเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วยคนหนึ่ง แต่อาจไม่เป็นที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วยอีกคนหนึ่งก็ได้

การศึกษาความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดในครั้งนี้ เป็นการศึกษาความเครียดโดยอาศัยแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปความหมายของความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดว่า เป็นผลรวมจากการประเมินตัดสินความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าความเครียดที่เกิดขึ้นขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดว่ามีผลเสียต่อสวัสดิภาพหรือความผาสุกของผู้ป่วย และผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาในเรื่องความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดยังมีน้อย การศึกษาที่พบส่วนใหญ่เป็นการศึกษาโดยใช้แนวคิดของความวิตกกังวล ความกลัว ความพึงพอใจ ความต้องการ และความคาดหวัง เป็นต้น

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในบุคคลที่มีความไม่สบายใจ รู้สึกเหมือนตนเองถูกคุกคาม เกิดจากการประเมินสถานการณ์ต่างๆว่าอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสถานการณ์นั้นอาจเกิดขึ้นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเนก็ได้ (ปริญญา, 2542)

ความกลัว เป็นอารมณ์ หรือสภาวะทางจิตที่ตอบสนองต่อสิ่งที่บุคคลประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม (Jefferson & Greist, 2000)

ความพึงพอใจ เป็นความสุขที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี เกิดความสมดุลระหว่างความต้องการของบุคคลและได้รับการตอบสนอง (หิรัญญา, กิยาลักษณ์ และชาลีลา, 2545)

ความต้องการ เป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อให้ได้ในสิ่งที่ตนต้องการ และพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นขึ้นอยู่กับความต้องการที่บุคคลขาดหรือไม่มี ถ้าความต้องการนั้นไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้บุคคลนั้นไม่มีความสุขจนกว่าจะได้สิ่งที่มาตอบสนอง ความต้องการ (ศิริรัตน์และคณะ, 2542)

ความคาดหวัง เป็นการที่บุคคลต้องการได้สิ่งใดสิ่งหนึ่งจากบุคคลอื่น หรือต้องการให้ผู้อื่นทำบางสิ่งบางอย่างให้ โดยมีความเชื่อว่าตนเองจะได้รับสิ่งที่ต้องการนั้นดังปรารถนา ความคาดหวังจึงนับเป็นความต้องการอย่างหนึ่ง (Bolander et al., 1995)

หากพิจารณา ความวิตกกังวล ความกลัว ความพึงพอใจ ความต้องการ และความคาดหวัง โดยใช้แนวคิดของของลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) แล้ว สามารถสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลและความกลัว ล้วนเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า แล้วเห็นว่าอาจมีผลต่อสวัสดิภาพของตน และตนมีแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้านั้นน้อยหรือมีจำกัด ความวิตกกังวลและความกลัวจึงจัดเป็นส่วนหนึ่งของความเครียด ส่วนความต้องการและความคาดหวัง เป็นการที่ผู้ป่วยกำหนดความต้องการไว้เป็นพื้นฐานในเบื้องต้น ในสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าต่างๆ หากผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ โดยเกิดความสมดุลระหว่างความต้องการและความคาดหวังกับแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งประโยชน์มีมากกว่า บุคคลจะประเมินสถานการณ์นั้นว่าไม่ก่อให้เกิดความเครียดและก่อให้เกิดความพึงพอใจ ในทางตรงกันข้ามหากความต้องการและความคาดหวังไม่ได้รับการตอบสนอง โดยแหล่งประโยชน์มีน้อยกว่าหรือมีจำกัด บุคคลจะประเมินสถานการณ์นั้นว่าก่อให้เกิดความเครียดได้

ในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ได้มีการศึกษาถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดใหญ่ ชนิดมีการเตรียมล่วงหน้า พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย (สุนีย์และนันทา, 2543) ผู้ป่วยทางศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และนรีเวชกรรม (เสงี่ยมและชวนพิศ, 2543) และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดี (Ying Lan, 1998) มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับปานกลาง ผู้ป่วยโรคหัวใจที่รอรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ก่อนไปทางสูง (บุญลี, 2542) และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและจะเข้ารับการรักษา เพื่อการผ่าตัดเต้านมที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับมาก (สุนีย์และนันทา, 2540)

ขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหญิงขณะรอเข้ารับการผ่าตัด ตรวจชิ้นเนื้อเต้านมที่ห้องผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (หทัยรัตน์, 2541) ผู้ป่วยหญิงที่มารับบริการทำหมันที่ไม่เกี่ยวกับการคลอดที่หน่วยห้องผ่าตัด

สุตินรีเวช (วิณาและคณะ, 2537) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคลิ้นหัวใจในระยะรอการตรวจสวนหัวใจ (ทองทิพย์และจรรยา, 2539) มีความวิตกกังวลขณะรอผ่าตัดผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยนอกขณะรอเข้ารับการผ่าตัดทางศัลยกรรมจะมีความกลัวมากที่สุด ความกลัวที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ กลัวเจ็บ ร้อยละ 70.4 กลัวเป็นมะเร็ง ร้อยละ 38 ซึ่งพบในเพศหญิงที่ผ่าตัดเนื้องอกที่เต้านมเป็นส่วนใหญ่ และกลัวไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 12.7 (ลลิตา, 2541) และผู้ป่วยที่จะเข้ารับการถอนฟันโดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายส่วนใหญ่จะกลัวความปวดหลังการผ่าตัดกลัวหลับไม่สนิทระหว่างผ่าตัด กลัวความไม่สุขสบายและการคลื่นไส้หลังการผ่าตัด และกลัวตนเองทำสิ่งที่น่าอับอายก่อน ในขณะที่ หรือภายหลังการดมยาสลบ (McCleane, 1990)

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินใจความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความเครียดของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด สามารถจำแนกออกโดยอาศัยแนวคิดความเครียดของลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้เป็นปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีข้อผูกพันและความเชื่อต่างกัน ซึ่งจะมีผลให้ผู้ป่วยมีการประเมินตัดสินใจความเครียดต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และความรุนแรงของโรค

1.1 เพศ ผู้ป่วยที่มีเพศแตกต่างกันจะให้ความหมายและความสำคัญต่อการรอผ่าตัดแตกต่างกัน และยังทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อต่างกันทั้งความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์และความเชื่อในสิ่งอื่นที่อยู่ภายนอกตัว เป็นผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าความเครียดต่างๆ ในขณะรอผ่าตัดแตกต่างกัน การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในระยะก่อนผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สุนีย์และนนทา, 2543) ผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดแบบมีการเตรียมล่วงหน้าในระยะก่อนผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Badner, Nielson, Munk, Kwiatkowska & Gelb, 1990) ในกลุ่มผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมที่เข้ารับการผ่าตัดขณะอยู่ในห้องผ่าตัด พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กันยา, เรณู, พิกุลทิพย์ และศิริลักษณ์, 2539) และผู้ป่วยนอกเพศหญิงขณะรอผ่าตัดหรือรอตรวจโดยการส่องกล้องในห้องรอผ่าตัดมีความกลัวมากกว่าเพศชาย ($\chi^2 = 14.52$, $p < 0.001$) (ลลิตา, 2541)

1.2 อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุมาก จะผ่านสถานการณ์วิกฤตมามากและมีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น มีวุฒิภาวะสูงขึ้น รวมทั้งมีความสามารถในการวินิจฉัยไตร่ตรองเพิ่มมากขึ้น (हत्यรัตน์, 2544) จึงให้ความสำคัญและความหมายต่อทั้งการผ่าตัดและการรอดผ่าตัดแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ของตนเองมาก และสามารถเลือกวิธีการในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม จึงประเมินสถานการณ์ขณะรอดผ่าตัดที่เกิดขึ้นว่าก่อให้เกิดความเครียดในระดับที่ต่ำ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคลิ้นหัวใจขณะรอดตรวจสวนหัวใจในห้องผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.4$, $p<0.001$) (ทองทิพย์และจรรยา, 2539) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชนิดมีการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าในระยะก่อนผ่าตัดที่มีช่วงอายุต่างกัน จะมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สุนีย์และนันทา, 2543) ผู้ป่วยนอกขณะรอดผ่าตัดหรือรอดตรวจโดยการส่องกล้องกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี จะมีความกลัวมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ($\chi^2=10.24$, $p<0.01$) (ลลิตา, 2541) แต่ก็ยังมีข้อขัดแย้งโดยในบางการศึกษาระบุว่า อายุ ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความเครียดของผู้ป่วย ได้แก่ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมที่จะเข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัดเต้านมทั้งที่มีช่วงอายุต่างกัน มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (สุนีย์และนันทา, 2540) ในผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ผู้ป่วยนรีเวชกรรม ผู้ป่วยกระดูกและข้อ และผู้ป่วยหู คอ จมูก พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประภาพร, จุริพร และเกศินี, 2538) ซึ่งความพึงพอใจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยประเมินบริการของห้องผ่าตัดที่ได้รับว่าไม่ก่อให้เกิดความเครียดนั่นเอง

1.3 ระดับการศึกษา ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะให้ความสำคัญและความหมายต่อการผ่าตัดและการรอดผ่าตัดต่างกัน รวมถึงมีความเชื่อในสิ่งอื่นที่อยู่ภายนอกตัวแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีความรู้มากจะมีความเชื่อในความสามารถของตนในการที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ขณะรอดผ่าตัดในห้องผ่าตัดมาก เนื่องจากใช้ความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ในการปรับตัว เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความรู้ในการจัดการกับสิ่งเร้าความเครียดที่เกิดขึ้นมากจึงประเมินสถานการณ์การรอดผ่าตัดว่าก่อความเครียดในระดับต่ำ การศึกษาในผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดแบบเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดประเภทพักในโรงพยาบาลหนึ่งวัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเตรียมก่อนผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (อารีรัตน์, 2544) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะประเมินรูปแบบการเตรียมก่อนผ่าตัดว่าก่อให้เกิดความเครียดต่างกัน แต่ก็ยังมีการศึกษาที่ผลการศึกษามีความขัดแย้งในเรื่องของปัจจัยด้านระดับการศึกษาที่ระบุว่า ระดับการศึกษาไม่ใช่อปัจจัยที่มี

ผลต่อการประเมินความเครียด ได้แก่ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้านมทิงค์ระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (สุนีย์และนันทา, 2540)

1.4 รายได้ ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่างกันจะมีข้อผูกพันและความเชื่อต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีรายได้มากจะมีความเชื่อในความสามารถของตนในการที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ มาก เนื่องจากรายได้เป็นแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนการเผชิญความเครียด ผู้ป่วยที่มีรายได้มากจึงมีแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดมาก โอกาสที่แหล่งประโยชน์จะถูกดึงมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังจึงมีน้อย การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ผู้ป่วยนรีเวชกรรม ผู้ป่วยกระดูกและข้อ และผู้ป่วยหู คอ จมูก ที่เข้ารับบริการที่ห้องผ่าตัดพบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=26.27, p<0.05$) (ประภาพรและคณะ, 2538) นั่นคือ รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยจะประเมินบริการที่ได้รับจากห้องผ่าตัดว่าก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่ การศึกษาที่ระบุว่ารายได้ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความเครียด ได้แก่ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและเข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัดด้านมทิงค์ในระยะก่อนผ่าตัดในหอผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (สุนีย์และนันทา, 2540)

1.5 ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคต่างกันจะมีข้อผูกพันและความเชื่อต่อการผ่าตัดแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมก การผ่าตัดจะมีความสำคัญและมีความหมายต่อผู้ป่วยมาก โดยการผ่าตัดอาจสามารถช่วยบรรเทาความรุนแรงของโรคลงได้ ในทางตรงกันข้าม ความรุนแรงของโรคอาจเพิ่มความเสี่ยงให้แก่การผ่าตัดได้มากขึ้น ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมก มักมีความเชื่อในความสามารถของตนในการที่จะควบคุมสถานการณ์ในระดับต่ำ การศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจที่รอรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ระยะก่อนผ่าตัดในหอผู้ป่วย พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญกับปัญหา ($r=-0.36, p<0.01$) (บุญลือ, 2542) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมกจะมีความสามารถเผชิญกับปัญหาได้น้อย

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเป็นสถานการณ์ที่แปลกใหม่ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ความเกี่ยวข้องกับเวลาในการเกิดสถานการณ์ ความคลุมเครือของสถานการณ์ และระยะเวลาที่สถานการณ์ความเครียดเข้ามา มีความสัมพันธ์กับชีวิต ปัจจัยด้านสถานการณ์ที่ผลให้ผู้ป่วยประเมินตัดสินใจสถานการณ์สิ่งเร้าความเครียดขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดแตกต่างกัน ได้แก่ ชนิดของการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก การมีประสบการณ์

การผ่าตัด การมีประสบการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และระยะเวลาการรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

2.1 ชนิดของการผ่าตัด การผ่าตัดชนิดที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจดี เป็นที่ยอมรับว่ามีความปลอดภัย มีการทำกันอย่างแพร่หลาย ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดและพักฟื้นไม่นานนัก รวมถึงเป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยทราบและได้มีการเตรียมการเอาไว้ล่วงหน้า ผู้ป่วยจะประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิตในระดับต่ำ การศึกษาในผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดนี้ไว้ในไตในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดชนิดเปิดเอานิ้วในไตออก (open surgery) เข้ารับการผ่าตัดชนิดเจาะเอานิ้วในไตออกทางผิวหนัง (percutaneous nephrolithotomy: PCNL) และเข้ารับการผ่าตัดด้วยการสลายนิ้วในไตออก (extracorporeal piezolitrotripsy: EPL) โดยการผ่าตัดชนิดเปิดเอานิ้วในไตออก เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีแผลบริเวณกว้าง มีโอกาสที่จะเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดได้มาก และมีระยะพักฟื้นนาน การผ่าตัดชนิดเจาะเอานิ้วในไตออกทางผิวหนัง เป็นการผ่าตัดที่มีแผลน้อยกว่า และมีระยะพักฟื้นสั้นกว่า ส่วนการผ่าตัดด้วยการสลายนิ้วในไตออกเป็นการผ่าตัดที่ไม่มีแผลผ่าตัด มีความปวดน้อย และมีระยะพักฟื้นสั้นที่สุด พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดชนิดเปิดเอานิ้วในไตออกมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการสลายนิ้วในไตออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Brown, 1990) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกขณะรอผ่าตัดหรือรอตรวจโดยการส่องกล้องในห้องรอผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางศัลยกรรมจะมีความกลัวมากที่สุด โดยเฉพาะเพศหญิงที่ผ่าตัดเนื้องอกที่เต้านม ($\chi^2 = 18.53, p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากกลัวการเป็นมะเร็ง (ลลิตา, 2541)

2.2 วิธีการระงับความรู้สึก เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการผ่าตัด ซึ่งจะมีผลต่อการประเมินตัดสินใจความเครียดของผู้ป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความคิดเห็นและประสบการณ์ในการได้รับการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย วิธีการระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจดี เป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่าปลอดภัยและทำกันอย่างแพร่หลาย ผู้ป่วยรับทราบถึงประสบการณ์ที่ดีมาก่อนรวมทั้งเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ตามความต้องการของผู้ป่วย จะเป็นวิธีการระงับความรู้สึก ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกคุกคามต่อผู้ป่วยได้น้อย การศึกษาผู้ป่วยที่รอจะเข้ารับการผ่าตัดนี้ไว้ในไต ในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยระบุว่าการได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายก่อให้เกิดความเครียดแก่ตน เนื่องจากขณะได้รับการระงับความรู้สึก ตนเองจะไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆได้ ในขณะที่ผู้ป่วยบางราย ต้องการการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเนื่องจากไม่ต้องการรับรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น (Brown, 1990) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบมีการเตรียมล่วงหน้า พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การระงับความรู้สึกจะมีระดับความวิตกกังวลสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (Badner et al., 1990) ในกลุ่มผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด

ในห้องผ่าตัด พบว่า วิธีให้ยาระงับความรู้สึกมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กันยา, เรณู และคณะ, 2539)

2.3 ประสิทธิภาพการรับบริการจากห้องผ่าตัด เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดมีความรู้สึกคุ้นเคยกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงสามารถประเมินถึงความแน่นอนของการเกิดสถานการณ์ต่างๆ ได้ มีเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีโดยปราศจากความคลุมเครือ สามารถประเมินถึงความเกี่ยวข้องของสถานการณ์กับระยะเวลาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดได้ รวมทั้งมีการเตรียมพร้อมในการที่จะเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ การศึกษาผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ผู้ป่วยนรีเวชกรรม ผู้ป่วยกระดูกและข้อ และผู้ป่วย หู คอ จมูก ขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด พบว่า การมีประสิทธิภาพการรับบริการจากห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=9.78, p<0.05$) (ประภาพรและคณะ, 2538) นั่นคือ การที่ผู้ป่วยจะประเมินบริการที่ได้รับจากบุคลากรห้องผ่าตัดว่าเป็นความเครียดหรือไม่นั้น มีความสัมพันธ์กับการมีประสิทธิภาพการรับบริการจากห้องผ่าตัดมาก่อน ในผู้ป่วยนอกขณะรอผ่าตัดหรือรอตรวจโดยการส่งกล้องในห้องรอผ่าตัดที่ไม่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดจะมีความกลัวมากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ผ่าตัด ($\chi^2=23.33, p<0.001$) (ลลิตา, 2541)

2.4 ประสิทธิภาพการเลื่อนผ่าตัด เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์การรอผ่าตัดว่าตนเองจะถูกลงหรือเลื่อนผ่าตัดอีกหรือไม่ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงที่ได้รับการงดหรือเลื่อนผ่าตัดขณะรอผ่าตัดที่หอผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกทางด้านลบ ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกกังวลใจ เสียเวลา ไม่เข้าใจเหตุผล หงุดหงิด น้อยใจ เสียใจ เครียด เบื่อ ยุ่งยากใจ เสียความรู้สึก ไม่พอใจ และหดหู่ (ยุพันธ์และสิระยา, 2543) แต่การศึกษาในผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ผู้ป่วยนรีเวชกรรม ผู้ป่วยกระดูกและข้อ และผู้ป่วยหู คอ จมูก ขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด พบว่า ประสิทธิภาพการเลื่อนผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประภาพรและคณะ, 2538) นั่นคือ ผู้ป่วยจะประเมินบริการที่ได้รับจากห้องผ่าตัดว่าเป็นความเครียดหรือไม่นั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์การเลื่อนผ่าตัดมาก่อน

2.5 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเวลาและสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสถานการณ์ภายในห้องผ่าตัดล่วงหน้าจากคำบอกเล่านั้น สถานการณ์ขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดจึงไม่เป็นที่มีความแปลกใหม่สำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถประเมินถึงสถานการณ์ขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงทั้งในเรื่องที่เกี่ยวกับสถานการณ์และระยะเวลาในการที่จะเกิดสถานการณ์ต่างๆ ความรู้สึกคลุมเครือต่อสถานการณ์ต่างๆ ขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดจึงลดลง เป็นผลให้เกิดความรู้สึกถูกคุกคามหรือเป็นอันตรายขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดน้อย การศึกษาในผู้ป่วยขณะรอ

ผ่าตัดในห้องผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและสิ่งที่จะต้องประสบในห้องผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลสูง (กันยา, เรณู และคณะ, 2539) ปัจจุบันได้จัดให้มีการเยี่ยมผู้ป่วยโดยพยาบาลห้องผ่าตัด (pre-operative visit) ซึ่งจะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมที่หอผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ปาริชาติ, 2539) การศึกษาผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด พบว่า การได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลห้องผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กันยา, เรณู และคณะ, 2539) ขณะอยู่ที่ห้องผ่าตัด หญิงมีครรภ์ที่ตั้งครรภ์ครบกำหนดและรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่หน่วยผ่าตัดสูติ-นรีเวช ที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยพยาบาลห้องผ่าตัดมีความวิตกกังวลต่ำกว่าหญิงมีครรภ์กลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (นันทพร, 2540) โดยผลการศึกษาที่เกี่ยวกับการเยี่ยมผู้ป่วยโดยพยาบาลห้องผ่าตัดยังมีการศึกษาที่มีความขัดแย้งกัน ได้แก่ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รอเข้ารับการผ่าตัดด้านศัลยกรรม สูตินรีเวช หรือ ออร์โธปิดิกส์ ที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือได้รับยาชาทางช่องไขสันหลัง พบว่า ผู้ป่วยทั้งที่ได้รับการเยี่ยมและไม่ได้รับการเยี่ยมโดยพยาบาลห้องผ่าตัด มีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (สุภาพร, 2544) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดหรือไม่ ผู้ป่วยก็จะยังคงมีความวิตกกังวลในขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

2.6 ระยะเวลาในการรอผ่าตัด เป็นความเกี่ยวข้องของระยะเวลาที่การผ่าตัดใกล้จะเกิดขึ้น ช่วงเวลาของการประสบกับสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าความเครียดขณะรอผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด การไม่ทราบว่าการผ่าตัดจะเกิดขึ้นเมื่อไร และระยะเวลาที่สิ่งเร้าความเครียดขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดเข้ามามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้มีการศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่รอรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย พบว่า ระยะเวลาในการรอผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียด ($r = 0.24$, $p < 0.05$) (บุญฤดี, 2542) นั่นคือ ระยะเวลาการรอผ่าตัดที่นานขึ้น ผู้ป่วยจะสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น ในผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ผู้ป่วยนรีเวชกรรม ผู้ป่วยกระดูกและข้อ และผู้ป่วยหู คอ จมูก ขณะรอผ่าตัดที่หอผู้ป่วย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การใช้เวลารอคอย ($r = 0.24$, $p < 0.05$) (ประภาพรและคณะ, 2538) นั่นคือการที่ผู้ป่วยจะประเมินบริการที่ได้รับจากห้องผ่าตัดว่าเป็นความเครียดหรือไม่นั้น มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการรอที่จะเข้ารับการผ่าตัดนั่นเอง

ระดับความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน แม้จะมีสาเหตุจากสิ่งเดียวกันแต่จะส่งผลต่อบุคคลแต่ละคนในลักษณะที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล ได้แก่ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความมากน้อยของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การมีความเครียดในระดับที่พอเหมาะจะช่วยผลักดันบุคคลให้ไปสู่ความสำเร็จได้ แต่หากความเครียดมีมากเกินไปก็จะกลับกลายเป็นผลเสียต่อบุคคลได้ (ลัดดา, 2540) เฟรนและวาเลีย (Frain & Valiga, 1981 อ้างตาม ลัดดา, 2540) ได้แบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ

1. ความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติในชีวิตประจำวัน เป็นความเครียดที่ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลจะมีการปรับตัวโดยอัตโนมัติด้วยความเคยชิน และใช้พลังงานในการปรับตัวน้อยที่สุด เช่น การต้องใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ การแข่งขัน การใช้เวลาเดินทางไปทำงานในสภาพที่การจราจรติดขัด การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง บุคคลจะรู้ถึงความสามารถในการปรับตัวตอบสนองได้ดี ความเครียดมีน้อยมาก และหมดไปในระยะเวลาสั้นๆ

2. ความเครียดระดับต่ำ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีสิ่งมาคุกคามนานๆ ครั้ง เช่น การสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงานหรือการพบเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคม เป็นความเครียดจากสถานการณ์ที่พบได้ไม่บ่อยนัก ความเครียดในระดับนี้จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัว กระตือรือร้น และมีปฏิริยาต่อต้าน ซึ่งจะหมดไปในระยะเวลาไม่นาน

3. ความเครียดระดับปานกลาง เป็นความเครียดที่บุคคลได้รับเป็นเวลานานหรือคงที่ซึ่งไม่อาจแก้ไขหรือปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว เป็นสถานการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่าถูกคุกคามเนื่องจากอยู่ระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลว เป็นวิกฤตการณ์อย่างหนึ่งในชีวิต เป็นผลให้บุคคลมีการแสดงออกของความเครียด เช่น การปฏิเสธ ก้าวร้าว เจ็บขริม เนื่องจากไม่อาจควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ และมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต

4. ความเครียดระดับสูงหรือรุนแรง (severe stress) ความเครียดในระดับนี้ เป็นผลมาจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่คุกคามอย่างต่อเนื่อง และเมื่อไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ จะทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายและปรับตัวไม่ได้ในที่สุด

นอกจากนี้ สุตเตอร์เลย์ (Sutterley, 1981 อ้างตาม ดวงชีวัน, 2544) ยังได้แบ่งความเครียดออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะที่ไม่มีมีความเครียด เป็นภาวะที่จิตใจสงบ เช่น ภาวะที่บุคคลได้รับยานอนหลับ ภาวะการอยู่ในสมาธิระดับลึก

2. ภาวะเครียดน้อยที่สุด เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย เช่น การอยู่ในสมาธิระดับตื้น การฟังความสนใจไปยังสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

3. ภาวะเครียดเล็กน้อย เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นเป็นปกติในชีวิตประจำวัน สามารถคาดการณ์ได้ ระดับความเครียดนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต แต่เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัว ทำกิจกรรมและเรียนรู้ได้ดี มีความพร้อมในการปรับตัว

4. ภาวะเครียดปานกลาง เป็นภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ หรือสถานการณ์ที่เป็นอันตราย จะทำให้การรับรู้แคบ ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ รู้สึกใจสั่น

5. ภาวะเครียดรุนแรง เป็นภาวะเครียดที่เกิดจากบุคคลมีการปรับตัวล้มเหลว ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เศร้าซึม สับสน มีอาการเจ็บป่วยทางกาย และมีภาวะเหนื่อยล้าทั้งกายและใจ (burnout)

6. ภาวะเครียดสูงสุด เป็นภาวะที่ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์เสียระบบอย่างสิ้นเชิง บุคคลรับรู้สถานการณ์ในลักษณะของอันตรายที่หมดทางสู้ ทำให้เกิดภาวะหมดแรง เกิดอาการต่างๆ ของโรคจิต หัวใจอาจหยุดเต้นได้ทันที (cardiac arrest)

ผลของความเครียดในระยะก่อนผ่าตัดและขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

ในปัจจุบัน มีข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์ที่สามารถอธิบายและสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิต และจิตวิญญาณ (body-mind-spirit) อย่างกว้างขวาง จากความรู้ทางวิทยาศาสตร์ สาขาวิชาจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา (psychoneuroimmunology: PNI) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญยิ่งในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองและการบำบัดบุคคลแบบองค์รวม ใด้อธิบายกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกายกับจิต จากการตอบสนองของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบฮอร์โมนโดยผ่านทางสมองส่วนไฮโปทาลามัส ต่อมพิทูอิทารี และต่อมหมวกไต (hypothalamus-pituitary-adrenal pathways) ความเครียดที่เกิดจากสิ่งเร้าความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม (psycho-biological stimuli) จะมีผลส่งเสริมหรือขัดขวางการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการฟื้นฟู เป็นกระบวนการที่มีกลไกในการทำงานสลับซับซ้อน ส่งผลซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา ผลจากความเครียดทำให้เกิดการสึกหรอในทางชีววิทยา และเกิดรอยแผลในทางเคมีที่ไม่สามารถปรับให้คืนสู่ภาวะปกติเหมือนเดิม โดยความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตสังคมจะส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกัน ตลอดจนระบบควบคุมสมดุลปกติของร่างกายทำงานลดลง บุคคลที่เผชิญกับความเครียดเป็นเวลานานๆ หรือมีระดับความเครียดสูงจึงเจ็บป่วยได้ง่าย หรือเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการต่างๆ รุนแรงยิ่งขึ้น (จอม, 2542)

ในภาวะที่ผู้ป่วยเผชิญกับการผ่าตัดซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีแรงผลักดันสูง อาจส่งผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ไม่มีการกลมกลืนผสมผสาน (disintegrated and uncoordinated) นำไปสู่เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ไม่สร้างสรรค์ (destructive changes)

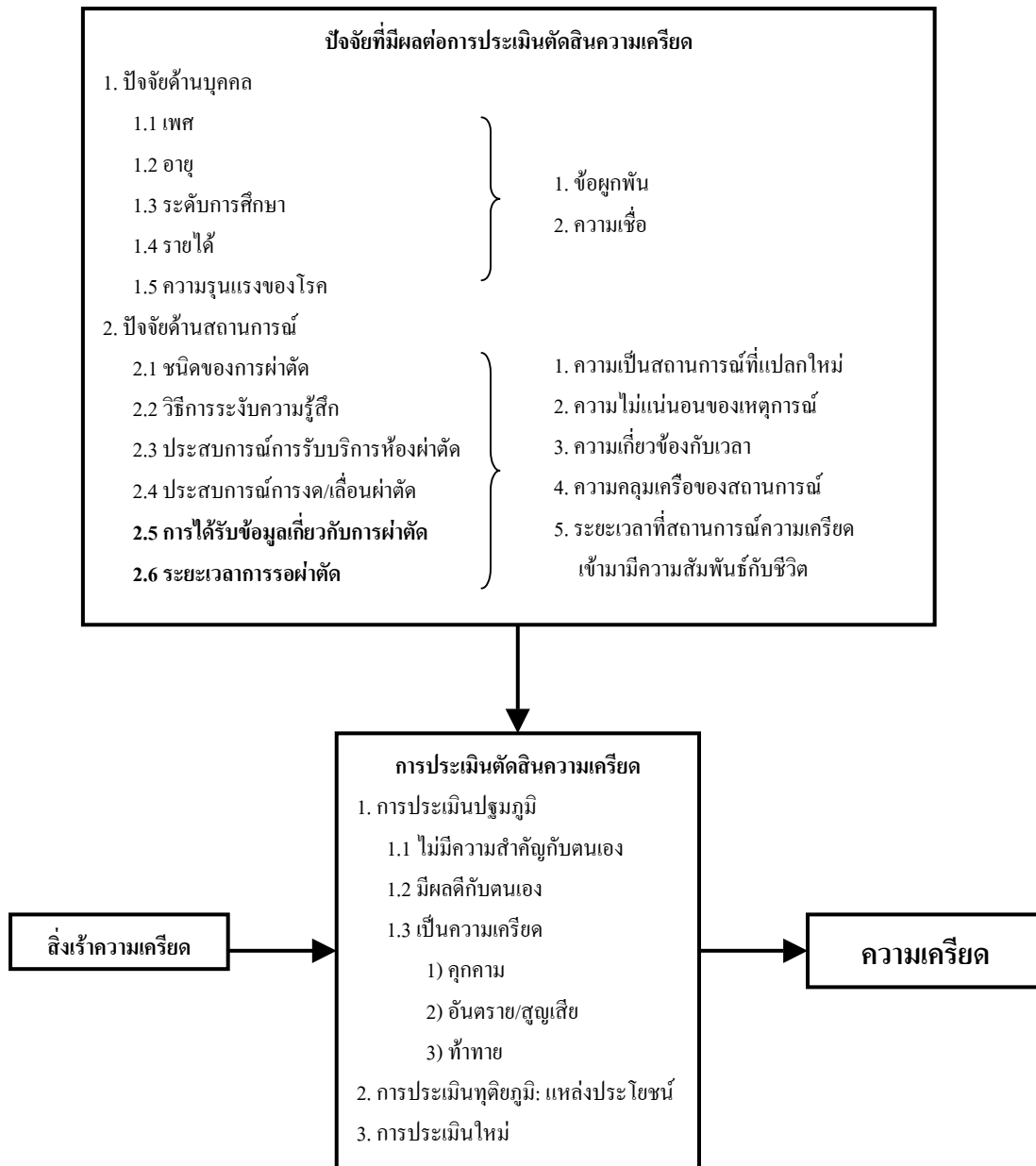
(จินตนา, 2542) เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียด จะมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย มีความทุกข์ทรมาน ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางร่างกาย ได้แก่ ต่อมหมวกไตชั้นในมีการปล่อยแคโทลโคเลสเตอรอลและต่อมหมวกไตชั้นนอกมีการหลั่งคอร์ติโคสเตียรอยด์ร่วมกับการที่ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติและไม่สม่ำเสมอ หายใจเร็ว หอบ ความดันโลหิตสูง เหงื่อออกมาก มือสั่น ปัสสาวะบ่อย คลื่นไส้ และอาเจียน เป็นต้น (กันยา, 2541; ประณีต, 2544; ลลิตา, 2541; วิณาและคณะ, 2537; สุณีย์และนันทา, 2540; เสงี่ยมและชวนพิศ, 2543) ส่วนปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจ ได้แก่ ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ปัญหาต่าง ๆ ลดลง ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความสามารถในการปรับตัวและแสดงพฤติกรรมต่อความเครียดแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยบางรายอาจไม่แสดงอาการของความเครียดให้เห็น แต่รายที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ อาจแสดงพฤติกรรมเพื่อต่อสู้กับสภาพการณ์ที่คุกคามความรู้สึกทั้งทางร่างกายและทางอารมณ์ ได้แก่ หงุดหงิด ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ต้อตึง โกรธอย่างไม่มีเหตุผล ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ และความสามารถในการใช้สติปัญญาลดลง ผลจากความเครียดที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะผ่าตัด ทำให้ต้องการยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดเพิ่มขึ้น ใช้เวลาในการผ่าตัดนานขึ้น มีผลต่อการฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึกในระยะหลังผ่าตัด และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด (ลลิตา, 2541; วิณาและคณะ, 2537) เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม โดยผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (กันยา, 2541; สุณีย์และนันทา, 2540; เสงี่ยมและชวนพิศ, 2543)

ได้มีการศึกษาในผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดทำหมันโดยการส่องกล้องเพื่อผูกท่อ นำไข่ทั้งสองข้างโดยการใส่ยาระงับความรู้สึก พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลแฝงสูงจะมีความต้องการปริมาณการใส่ยาระงับความรู้สึกมากทั้งในขณะนำสลบ ($p=0.01$) และขณะรักษา ระดับของการสลบ ($p=0.02$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลต่ำ เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ความวิตกกังวลแฝงเป็นตัวแปรอิสระที่สามารถทำนายความต้องการปริมาณการใส่ยาระงับความรู้สึกในระยะผ่าตัดได้ ($p=0.02$) (Maranets & Kain, 1999) การศึกษาในผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการตัดมดลูกออกแบบทั้งหมด (total hysterectomy) พบว่า ความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมกับความปวดในระยะก่อนผ่าตัด ความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดสามารถเป็นตัวทำนายเชิงบวกถึงความปวดในระยะหลังผ่าตัดขณะเสร็จผ่าตัดทันที ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=0.30$) โดยที่ความปวดในระยะหลังผ่าตัดขณะเสร็จผ่าตัดทันทีสามารถเป็นตัวทำนายเชิงบวกถึงความปวดขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยได้ ($\beta=0.54$) และความปวดขณะ

อยู่ที่หอผู้ป่วยสามารถเป็นตัวทำนายเชิงบวกถึงความปวดขณะกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านได้ ($\beta=0.30$) (Kain, Sevarino, Alexander, Pincus & Mayes, 2000) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดี พบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับกลางกับความปวดหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (Ying Lan, 1998)

จะเห็นได้ว่าความเครียดของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความวิตกกังวล จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งในระยะก่อน และภายหลังการผ่าตัด การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้บรรเทาความเครียดจึงนับเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญกับการผ่าตัด ช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัด ได้รวดเร็วและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขในที่สุด

โดยสรุป ความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด เกิดจากการที่ผู้ป่วยประสบกับสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าความเครียดต่างๆ โดยผู้ป่วยจะมีการประเมินตัดสินสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าความเครียดนั้นว่าก่อให้เกิดผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเองหรือไม่ และตนมีแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการปรับตัวต่อสิ่งเร้าความเครียดนั้นมากหรือน้อยเพียงไร ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินสิ่งเร้าความเครียดว่าก่อให้เกิดความเครียดนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และความรุนแรงของโรค ซึ่งทำให้นักคนมีข้อผูกพันและความเชื่อที่แตกต่างกัน และปัจจัยด้านสถานการณ์ ซึ่งได้แก่ ชนิดของการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก ประสบการณ์การเข้ารับบริการจากห้องผ่าตัด ประสบการณ์การงด/เลื่อนผ่าตัด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และระยะเวลาการผ่าตัด ซึ่งจะทำให้นักคนรับรู้ถึงความเป็นสถานการณ์ที่แปลกใหม่ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ความเกี่ยวข้องกับเวลา ความคลุมเครือของสถานการณ์ และระยะเวลาที่สถานการณ์ความเครียดเข้ามามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ความเครียด จะเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยประเมินว่าตัดสินสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าความเครียดนั้นว่าก่อให้เกิดผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง ในขณะที่ตนมีแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการปรับตัวต่อสิ่งเร้าความเครียดนั้นจำกัด และจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์นั้นอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง ซึ่งสามารถแสดงเป็นภาพได้ดังนี้



ภาพ 2

มโนทัศน์ความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

ในการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาถึงปัจจัยบางตัวที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดโดยอาศัยแนวคิดความเครียดของลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ดังแสดงในภาพ 2 คือ สิ่งเร้าความเครียดขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด การได้รับข้อมูลขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด และระยะเวลาการรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด เนื่องจากเป็นปัจจัยที่บุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย สามารถจัดการให้มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยได้ โดยไม่ยุ่งยากซับซ้อนมากนัก โดยจะศึกษาถึงระดับความรุนแรงของสิ่งเร้าความเครียดที่ผู้ป่วยประสบขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด ระดับการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด และระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

จากการที่ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของสิ่งเร้าความเครียด พบว่ามีการศึกษาถึงสิ่งเร้าความเครียดในกลุ่มของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ (แน่งน้อย, 2536) และสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในกลุ่มของผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม (ขวัญเรือน, 2544) แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่ศึกษาถึงสิ่งเร้าความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดในเรื่องของการได้รับข้อมูลของผู้ป่วย มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการได้รับข้อมูล โดยภายหลังได้รับข้อมูล ผู้ป่วยจะมีระดับความวิตกกังวลลดลง (เสงี่ยมและชวนพิศ, 2543) แต่ยังไม่พบการศึกษาทั้งในกลุ่มผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดและขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลและความเครียดโดยเฉพาะ ส่วนในเรื่องของระยะเวลาการรอผ่าตัด มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่รอรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย พบว่า ระยะเวลาการรอผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียด (บุญลี, 2542) ซึ่งหมายความว่า การมีระยะเวลาการรอผ่าตัดที่นานขึ้นผู้ป่วยจะใช้การเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียดเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความเครียดลดลง การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดซึ่งมีบริบทต่างจากหอผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบมีการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายจะมีความแตกต่างของระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญในระยะเวลาการรอผ่าตัดที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Lee et al., 1990) แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยในขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการรอผ่าตัดกับความเครียดโดยเฉพาะ

จากการที่ความเครียดของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ดังนั้น การได้ทราบถึงปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วย จะช่วยให้บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้มีแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย

ขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด ซึ่งยังมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าความเครียด การได้รับข้อมูล ระยะเวลาการรอผ่าตัดและความเครียดโดยเฉพาะน้อยมาก เป็นผลให้ขาดองค์ความรู้ที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแล เพื่อจะช่วยบรรเทาความเครียดให้แก่ผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด โดยเฉพาะในส่วนของ การควบคุมหรือจัดการกับสิ่งเร้าความเครียด ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดน้อยที่สุด การจัดให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และมีระยะเวลาการรอผ่าตัดที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย มีความสุขและได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมต่อไป

สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

สิ่งเร้าความเครียด หมายถึง สถานการณ์ต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดแก่บุคคลได้ สิ่งเร้าความเครียดใดที่บุคคลมีการประเมินว่าจะมีผลเสียต่อ สวัสดิภาพหรือความผาสุกของตน และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่าง เต็มที่หรือเกินกำลัง สิ่งเร้าความเครียดนั้นจัดเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984)

จากการทบทวนวรรณกรรมและจากประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดของผู้วิจัย สามารถจำแนกสถานการณ์ต่างๆที่เป็นสิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดออกได้เป็น 3 ประเภท (ขวัญเรือน, 2544; แฉ่งน้อย, 2536) ดังนี้

2.1 สิ่งเร้าความเครียดด้านร่างกาย (physiological stress stimulus) หมายถึง สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากสภาวะร่างกายของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด เป็นผลให้ผู้ป่วยอาจประเมินตัดสินสถานการณ์ต่างๆ เหล่านั้นว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ ความปวด ซึ่งอาจเป็นความปวดจากพยาธิสภาพ ความปวดเมื่อยจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความปวดที่เกิดจากการได้รับกิจกรรมการพยาบาล หรือความปวดที่เกิดจากความต้องการจะขับถ่าย ความหิว กระหาย ความรู้สึกร้อน หนาว อาการคลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ การมองเห็นที่ผิดปกติ เป็นต้น

ได้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยศัลยศาสตร์ที่ถูกลงหรือเลื่อนผ่าตัดขณะรอผ่าตัดที่หอผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการถูกงดน้ำ งดอาหารมากที่สุด (เบญจมาศ และคณะ, 2541) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด พบว่า วิธีการเตรียมผ่าตัดที่อาจก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วย เป็นอันดับที่สอง คือ การถูกงดดื่มน้ำ (Cobley et al., 1991) ผู้ป่วยศัลยกรรมขณะที่มาถึงยังห้องผ่าตัด ร้อยละ 23 มีความปวด ร้อยละ 1 มีอาการคลื่นไส้ และ ร้อยละ 3 มีอาการหนาวสั่น (Leinonen et al., 2001) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่า สถานการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดความเครียด ร้อยละ 73.33 คือ ความปวด ร้อยละ 58.30 คือ การนอนท่าเดิวนานๆ ร้อยละ 55.00 คือ ความกระหายน้ำและนอนไม่หลับ และร้อยละ 48.33 คือ ความหิว (ขวัญเรือน, 2544) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่

ติดเชื้อเอคส์ พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยระบุว่าเป็นสิ่งเร้าความเครียดด้านร่างกาย ร้อยละ 45.45 คือ ท้องเสีย และร้อยละ 24.4 8 คือ การมองเห็นผิดปกติและเคลื่อนไหวไม่สะดวก/มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (เน่งน้อย, 2536)

2.2 สิ่งเร้าความเครียดด้านจิตสังคม (psychosocial stress stimulus) หมายถึง สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย และจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย ขณะรอผ่าตัด เป็นผลให้ผู้ป่วยอาจประเมินตัดสินสถานการณ์ต่างๆ เหล่านั้นว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ การถูกแยกจากบุคคลใกล้ชิดหรือคุ้นเคย การต้องถอดเสื้อผ้าถอดฟันปลอม และการไม่ได้รับอนุญาตให้แต่งหน้าเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด การต้องปฏิบัติตามกับบุคลากรที่ไม่คุ้นเคย การถูกละเลยไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความเร่งรีบ การไม่ได้รับการบอกกล่าวหรือคำอธิบายก่อนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การที่บุคลากรพูดคุยด้วยคำศัพท์หรือภาษาที่ไม่เข้าใจ การต้องพึ่งพาผู้อื่น การไม่ได้รับโอกาสในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวให้นั่งหรือนอนในบริเวณที่จำกัด การไม่ได้รับสิ่งที่จะช่วยผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ การพูดคุยระบายความรู้สึกกับผู้ป่วยอื่นหรือบุคลากร การถูกเปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น การไม่ได้รับการเคารพในความเป็นบุคคล การไม่ทราบเวลา การได้เห็นสภาพที่ไม่น่าดูของผู้ป่วยรายอื่น การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก การมีความรู้สึกไม่มั่นใจในการผ่าตัดการระงับความรู้สึกและผลของการผ่าตัด และการมีความรู้สึกไม่มั่นใจหรือขาดความเชื่อถือในตัวบุคลากร เป็นต้น

มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดแบบมีการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้า ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาจะทำในระหว่างรอที่จะเข้ารับการผ่าตัด 2 อันดับแรก คือ ฟังเพลงที่ตนเองเลือก (ร้อยละ 57.1) และอ่านหนังสือ (ร้อยละ 56.8) (Hyde, Bryden & Asbury, 1998) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด พบว่า วิธีการเตรียมผ่าตัดที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยเป็นอันดับที่สาม คือ การไม่ได้รับอนุญาตให้สวมใส่ฟันปลอม โดยมีผู้ป่วยที่สวมใส่ฟันปลอมถึงจำนวนร้อยละ 50 ที่ไม่พึงพอใจกับการถอดฟันปลอม (Cobley et al., 1991) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่า สถานการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดความเครียด ร้อยละ 63.33 คือ การพึ่งพาผู้อื่น ร้อยละ 61.67 คือ เจ้าหน้าที่ไม่ให้ความสนใจดูแล ร้อยละ 60.00 คือ ถูกจำกัดให้อยู่เฉพาะบนเตียง ร้อยละ 58.33 คือ ถูกจำกัดให้อยู่ในหอผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อกับภายนอกได้ ร้อยละ 55.00 คือ ความกลัวตาย ร้อยละ 50.00 คือ การไม่ทราบถึงการปฏิบัติตัว ร้อยละ 46.67 คือ การไม่มีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ร้อยละ 45.00 คือ การไม่สามารถปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ร้อยละ 43.33 คือ ไม่ทราบวันเวลา ร้อยละ 40.00 คือ บุคลากรปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยไม่แจ้งให้ทราบ ร้อยละ 36.67

คือ การเห็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือถึงแก่กรรม ร้อยละ 35.00 คือ บุคลากรปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลด้วยความเร่งรีบ ร้อยละ 33.33 คือ บุคลากรพูดคุยด้วยคำศัพท์หรือภาษาที่ไม่เข้าใจ ร้อยละ 31.67 คือ ได้พบกับสมาชิกของครอบครัวในระยะเวลาสั้นและไม่มีความเป็นส่วนตัว ร้อยละ 20.00 คือ ได้รับคำอธิบาย ชี้แจงหรือแนะนำเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 15.00 คือ ถูกเปิดเผยร่างกาย และร้อยละ 13.33 คือ ผู้ป่วยชายและหญิงอยู่ในห้องหรือบริเวณเดียวกัน (ขวัญเรือน, 2544) การศึกษาผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย พบว่า สิ่งเร้าความเครียดของผู้ป่วยคือ การไม่เข้าใจในคำแนะนำและไม่ทราบถึงผลของการตรวจต่างๆ (Biley, 1989) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอดส์ พบว่า สิ่งของผู้ป่วยระบุว่าเป็นสิ่งเร้าความเครียดด้านจิตสังคม ร้อยละ 71.21 คือ ความไม่แน่นอนในอนาคตเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและการที่แพทย์/พยาบาลไม่เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก/ซักถามข้อข้องใจเกี่ยวกับสุขภาพ และร้อยละ 39.39 คือ การต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน (แน่นน้อย, 2536)

2.3 สิ่งเร้าความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม (environmental stress stimulus) หมายถึง สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากสภาวะแวดล้อมของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด เป็นผลให้ผู้ป่วยอาจประเมินตัดสินสถานการณ์ต่างๆ เหล่านั้นว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ แสงสว่างที่มากหรือน้อยจนเกินไป เสียงที่ดังจนเกินไปทั้งจากเสียงพูดคุยของบุคลากร เสียงจากโทรศัพท์หรือการประกาศต่างๆ เสียงจากการปฏิบัติงานของบุคลากร หรือเครื่องมืออุปกรณ์ กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ อุณหภูมิภายในห้องผ่าตัดที่สูงหรือต่ำจนเกินไป หรือการที่บุคลากรแต่งกายต่างจากเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วย เป็นต้น

ได้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดทุกสาขา พบว่า ความต้องการด้านร่างกายที่ผู้ป่วยต้องการสูงสุด คือ อยู่ในอุณหภูมิที่พอเหมาะ ไม่ร้อนหรือหนาวจนเกินไป (สุขญา, 2542) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่แพทย์นัดมาผ่าตัดเล็กขณะรอผ่าตัด พบว่า บริการพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การมีเสียงรบกวนจากเจ้าหน้าที่ (บุญพิศ, 2543) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่า สถานการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดความเครียด ร้อยละ 41.67 คือ หอผู้ป่วยมีสภาพอากาศร้อนหรือเย็นเกินไป ร้อยละ 33.33 คือ แสงไฟส่องสว่างตลอดเวลา ร้อยละ 28.33 คือ เสียงเครื่องมือและสัญญาณเตือนของเครื่องมือ ร้อยละ 20.00 คือ เสียงรบกวนจากผู้ป่วยอื่น ร้อยละ 11.67 คือ เสียงพูดคุยกันของเจ้าหน้าที่และเสียงโทรศัพท์ และร้อยละ 6.67 คือ กลิ่นในหอผู้ป่วยรบกวน (ขวัญเรือน, 2544)

ขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยย่อมต้องประสบกับสิ่งเร้าความเครียดต่างๆ ที่มีอยู่ภายในห้องผ่าตัด จำนวนและการรับรู้ต่อระดับความรุนแรงของสิ่งเร้าความเครียดจะมีผลต่อการประเมินตัดสินความเครียดของผู้ป่วย สิ่งเร้าความเครียดใดที่มีจำนวนมากและรบกวนหรือ

ก่อให้เกิดความรุนแรงแก่ผู้ป่วยมากจนเป็นผลให้ผู้ป่วยประเมินตัดสินใจเกิดความเครียด สิ่งเร้าความเครียดนั้นจึงจัดเป็นสิ่งก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วย

การได้รับข้อมูลของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริง หรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักอนุมานหาความจริงหรือการคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525) ข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับ เมื่อผู้รับนำไปใช้ในการประกอบการตัดสินใจและวางแผน ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย หมายถึง รายละเอียดหรือเป้าหมายในการดูแลเชิงสุขภาพ เหตุผลในการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง รวมทั้งผลที่คาดหวังจะได้รับจากการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยคือ ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ (วิไลลักษณ์, 2543) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ผู้ป่วยจะได้รับ อาจมีในระดับแตกต่างกัน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลควรมีหลักการและแนวทางที่ชัดเจนในการให้ข้อมูล

หลักการและแนวทางในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

การได้รับข้อมูลของผู้ป่วยจะเป็นผลให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลได้มากหรือน้อยเพียงไรนั้นขึ้นอยู่กับ การให้ข้อมูลของบุคลากรทีมสุขภาพผู้มีส่วนในการดูแลผู้ป่วย หลักการและแนวทางในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยของบุคลากรทีมสุขภาพ (ประณีต, 2547) มีดังนี้

1. ประเมินสภาพของผู้ป่วยที่อาจเป็นข้อจำกัดในการรับรู้ เนื่องจากการมีข้อจำกัดจะมีผลต่อความตั้งใจและทำให้ความสามารถในการจดจำและรับรู้ลดลง ผู้ให้ข้อมูลจึงควรหาแนวทางแก้ปัญหาเหล่านั้นก่อน
2. ประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความสามารถในการเรียนรู้และมีความต้องการข้อมูลที่แตกต่างกัน
3. กำหนดเวลาที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลในเวลากลางวัน ช่วงบ่าย หรือเย็นก่อนวันผ่าตัด หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลในวันผ่าตัดหรือให้ก่อนผ่าตัดไม่กี่ชั่วโมง เพราะผู้ป่วยอาจไม่พร้อมที่จะรับฟัง เนื่องจากมีความวิตกกังวลสูง และไม่สามารถจดจำข้อมูลได้
4. ให้ข้อมูลในลักษณะที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้จากหลายช่องทาง ทั้งนี้ควรวางแผนการให้ข้อมูล และเลือกสื่อหรืออุปกรณ์ที่ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
5. ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นข้อมูลที่ชัดเจน ไม่สับสน ภาษาต้องชัดเจนเข้าใจง่าย ควรเป็นข้อมูลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้และข้อเท็จจริงมากกว่าความคิดเห็น และเป็นข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลหรือเครียดเกี่ยวกับการผ่าตัด

6. ใช้เวลาการสอนหรือให้ข้อมูลในระยะเวลาที่สั้น และให้เวลากับผู้ป่วยในการซักถาม หรืออภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หากเป็นเรื่องของการปฏิบัติ ควรให้ผู้ป่วยได้มีการทดลองปฏิบัติ

7. การให้ข้อมูลควรกำหนดเป็นมาตรฐานหรือรูปแบบเดียวกัน หรือเป็นระบบที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ ไม่มีความซ้ำซ้อนหรือมีการให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกัน

8. การให้ข้อมูล อาจให้เป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มตามความเหมาะสม หากสอนเป็นรายกลุ่ม ควรเลือกกลุ่มที่ผู้ป่วยมีความคล้ายคลึงกันและจำนวนผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มไม่ควรมากเกินไป 5 คน

9. การให้ข้อมูลควรอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล โดยสนับสนุนให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มให้ข้อมูล

10. มีระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

11. ตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยในการได้รับข้อมูล และจริยธรรมในทุกขั้นตอน

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเข้ารับการผ่าตัด จนกระทั่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ตลอดจนถึงระยะพักฟื้นทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน ในการศึกษาถึงการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดที่ผู้วิจัยจะศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงการที่ผู้ป่วยได้รับทราบข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดที่เกี่ยวกับข้อการผ่าตัด เฉพาะในระยะตั้งแต่เมื่อรับผู้ป่วยเข้ามาดูแลอยู่ในบริเวณห้องผ่าตัด จนกระทั่งถึงเวลาที่บุคลากรห้องผ่าตัดนำผู้ป่วยเข้าไปยังห้องที่จะทำการผ่าตัดเพื่อที่แพทย์จะได้เริ่มดำเนินการผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญได้ถูกต้องใกล้เคียงกับความเป็นจริง เกิดความมั่นใจที่จะเผชิญกับการผ่าตัด สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (วิณา และคณะ, 2537)

ได้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดที่หอบผู้ป่วย ถึงความพึงพอใจต่อรูปแบบการเตรียมก่อนผ่าตัดประเภทพักอยู่ในโรงพยาบาลหนึ่งวัน พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการด้านการให้ข้อมูลข่าวสารต่ำสุด (อารีรัตน์, 2544) ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และนรีเวชกรรม พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูง (ร้อยละ 74.7) โดยผู้ป่วยที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความต้องการข้อมูลที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (เสถียรและชวนพิศ, 2543) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับกวดัวในโรงพยาบาลเป็นเวลาอย่างน้อย 2 คืน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ แสดงความไม่เห็นด้วยกับการที่พยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเฉพาะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการทราบ (Walsh & Walsh, 1999) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดทุกสาขา พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูล/คำแนะนำในระดับมาก (สุชญา, 2542) ผู้ป่วยที่

เข้ารับการผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีต่างๆ ส่วนใหญ่ต้องการรับทราบข้อมูลโดยตรงจากศัลยแพทย์ ในขณะที่ผู้ป่วยบางส่วนต้องการรับทราบข้อมูลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัด และวิสัญญีแพทย์ ตามลำดับ โดยช่วงเวลาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ระบุว่าต้องการรับทราบข้อมูลคือ 1-2 วันก่อนวันผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนน้อยต้องการทราบข้อมูลในตอนเช้าของวันผ่าตัด (Leino-Kilpi & Vuorenheimo, 1993) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดชนิดไม่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ambulatory surgery) ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า บุคลากรควรจะให้ข้อมูลตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยกเว้นข้อมูลชนิดที่เป็นทักษะที่ใช้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ควรจะให้ภายหลังจากที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้ว (Brumfield, Kee & Johnson, 1996) โดยผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียว (day-surgery) ส่วนใหญ่ระบุปัญหาในการรับทราบข้อมูล คือ การยากที่จะจดจำคำพูดอธิบายแนะนำ (Law, 1997)

ลักษณะของข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับในระยะก่อนผ่าตัดและขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

แม้ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดจากการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดจากบุคลากรที่มสุขภาพมาก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงยังห้องผ่าตัดแล้วก็ตาม ขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยยังคงจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อเป็นการชักจูงความเข้าใจ ก่อให้เกิดความร่วมมือในการผ่าตัด และยังเป็น การช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความเครียดด้านจิตใจ จากการไม่ทราบถึงการปฏิบัติตัว (ขวัญเรือน, 2544) สร้างความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในชีวิต (กันยา, ศิริลักษณ์ และนภาพร, 2539) ตอบสนองต่อความคาดหวัง (ปาริชาติ, 2543) และความต้องการของผู้ป่วยได้ (Leino-Kilpi & Vuorenheimo, 1993) โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจะมีลักษณะต่างหากัน (กลอยใจ, 2544; ประณีต, 2547) สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนหรือวิธีการ (procedural information) เป็นข้อมูลที่บอกเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์และวิธีการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด ซึ่งรวมถึงกิจกรรมต่างๆที่บุคลากรห้องผ่าตัดปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้สึกนึกคิดและมีความเข้าใจต่อสถานการณ์ (cognitive control) ได้ดี มีการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีต่างๆ พบว่า ในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยร้อยละ 34 ขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ร้อยละ 37 ขาดความรู้เกี่ยวกับการดมยาสลบ ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนของวิธีการรักษาในเรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก (Leino-Kilpi & Vuorenheimo, 1993) บริการพยาบาลที่ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลาอย่างน้อย 2 คืน ส่วนใหญ่พึงพอใจ ได้แก่ การที่พยาบาลอธิบายให้ทราบว่า

จะทำอะไรแก่ผู้ป่วยก่อนจะทำการปฏิบัติจริง (Walsh & Walsh, 1999) ข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดชนิดไม่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ambulatory surgery) เห็นว่ามีความสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลที่บรรยายว่าเหตุการณ์ใดจะเกิดขึ้นเมื่อไรและเพราะอะไร และการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับในระยะก่อนผ่าตัด (Brumfield et al., 1996)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (behavioral information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะได้รับการทำหัตถการต่างๆ และการปฏิบัติทักษะเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรม (behavioral control) ที่ควรปฏิบัติเกี่ยวกับการผ่าตัดได้ดี มีการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดชนิดไม่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดที่หอบผู้ป่วย พบว่า ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย สิ่งที่ผู้ป่วยถูกคาดหวังให้ปฏิบัติ ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติทักษะที่ใช้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงออกถึงความวิตกกังวล เป็นข้อมูลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย (Brumfield et al., 1996) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดระบบช่องท้องและหลอดเลือด ระบบปัสสาวะ ระบบหัวใจและทรวงอก และศัลยกรรมตกแต่ง ในห้องผ่าตัด พบว่า ในระยะก่อนผ่าตัดในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลไม่เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ในเรื่องของการให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว คิดเป็นร้อยละ 46 (จุฑามาศและศิริพรรณ, 2541) ข้อมูลที่ผู้ป่วยที่ได้ยาทางช่องน้ำไขสันหลังขณะรอผ่าตัดมีความต้องการได้รับอยู่ในระดับมากเป็นอันดับสูงสุด คือ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะได้รับยาระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด (กันยา, ศิริลักษณ์ และคณะ, 2539) ข้อมูลที่ผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดทุกสาขาต้องการสูงสุด คือ ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รองลงมาคือต้องการทราบวิธีบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ความต้องการของผู้ป่วยที่มีมากแต่ได้รับการตอบสนองน้อย ได้แก่ การทราบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด (สุชญา, 2542)

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจ (decisional information) เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยใช้เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและเลือกใช้ทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการตัดสินใจ (decisional control) ได้ดี การศึกษาในผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดที่หอบผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลในระดับสูงในเรื่องของการไม่เข้าใจในคำแนะนำและการไม่ทราบถึงผลของการตรวจต่างๆ (Biley, 1989) การศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดระบบช่องท้องและหลอดเลือด ระบบปัสสาวะ ระบบหัวใจและทรวงอก ศัลยกรรมตกแต่ง ในห้องผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลไม่เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ในเรื่องของการให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและยาระงับความรู้สึก คิดเป็นร้อยละ 31 (จุฑามาศและศิริพรรณ, 2541) ผู้ป่วยที่จะได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีต่างๆ จะมี

ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและการพยากรณ์โรค (Leino-Kilpi & Vuorenheimo, 1993) ข้อมูลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดชนิดไม่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางจิตสังคม (Brumfield et al., 1996) ในกลุ่มผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดทุกสาขา ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการสูงสุด คือ ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น และรองลงมาคือการทราบเวลาผ่าตัด ความต้องการของผู้ป่วยที่มีมาก แต่ได้รับการตอบสนองน้อย ได้แก่ ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น รองลงมาคือการทราบเวลาผ่าตัดแน่นอน (สุชนา, 2542)

4. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะต้องประสบขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด ทั้งที่เกิดเนื่องจากการได้รับการปฏิบัติกิจกรรมและที่เกิดจากสถานการณ์ทั่วไปในการรอผ่าตัด ประกอบด้วย การรับรส การสัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองได้ (response control) การศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดชนิดไม่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย พบว่า ข้อมูลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอันดับแรก คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ทั่วไป รองลงมา ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและความไม่สุขสบายของผู้ป่วย และข้อมูลที่บอกระดับความรู้สึกต่อสถานการณ์นั้นๆ เป็นอย่างไร (Brumfield et al., 1996)

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดของบุคลากรห้องผ่าตัด จะมีการให้ข้อมูลประเภทต่างๆ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการให้ข้อมูลประเภทต่างๆ ร่วมกันจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยสูงสุด ดังเช่นการศึกษาของซูลส์และวาน (Suls & Wan, 1989) ที่ทำการศึกษาดูแลผู้ป่วยโดยทำการวิเคราะห์จากผลการวิจัยที่ได้มีการศึกษามาแล้ว ซึ่งสรุปผลการศึกษาได้ว่า การให้ข้อมูลร่วมกันทั้งข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก และข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนหรือวิธีการ ก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยมากกว่าการให้ข้อมูลชนิดใดชนิดหนึ่งเพียงอย่างเดียว เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนหรือวิธีการบอกระดับละเอียดของกิจกรรมและลำดับของกิจกรรมที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยคิดเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่กำลังดำเนินไป แต่จะไม่บอกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกอย่างไร ในขณะที่ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวและทำความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่กำลังดำเนินไปได้ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนหรือวิธีการเพียงอย่างเดียวจะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยคาดการณ์ได้ถูกต้องแค่เพียงว่าจะเกิดอะไรขึ้นต่อไปเท่านั้น แต่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกจะทำให้ผู้ป่วยลดการถูกกระตุ้นจากความรู้สึกว่ามีอันตรายทำให้รู้สึกว่าการคุกคามน้อยลง การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงการประเมินทัศนสถานการณ์ในขั้นทุติยภูมิ และการประเมินใหม่ให้เป็นไปในทางบวก ซึ่งจะช่วยเพิ่มพูนความสามารถในการควบคุมตนเอง ลดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการประสบกับสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าความเครียดขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด ช่วยเพิ่มพลังอำนาจ

ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง และสามารถวางแผนจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ดีขึ้น ความรู้สึกถูกคุกคามจึงลดลง (กลอยใจ, 2544) ผู้ป่วยจึงมีความพร้อมสำหรับการผ่าตัด สามารถเผชิญกับสถานการณ์การรอผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข

ระยะเวลาการรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

ระยะเวลาการรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดของผู้ป่วย หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอเพื่อที่จะเข้ารับการผ่าตัด โดยนับตั้งแต่บุคลากรห้องผ่าตัดรับผู้ป่วยเข้ามาถึงยังบริเวณของห้องผ่าตัด จนกระทั่งถึงเวลาที่บุคลากรเริ่มนำผู้ป่วยเข้าไปในห้องที่จะทำการผ่าตัด เพื่อที่แพทย์จะได้เริ่มทำการผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งในช่วงระยะเวลาการรอนี้ ผู้ป่วยแต่ละรายจะประสบกับสถานการณ์ต่างๆที่อาจจะเหมือนหรือแตกต่างกันก็ได้

การที่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบมีการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าในโรงพยาบาล สงขลาครินทร์ส่วนใหญ่ มักจะต้องประสบกับสถานการณ์การรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดนั้น เนื่องจาก การที่บุคลากรห้องผ่าตัดจะต้องมีการจัดการให้เกิดการใช้ห้องผ่าตัดในเวลาราชการอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ข้อจำกัดของเวลา แต่จากการที่ห้องผ่าตัดมีบุคลากรในการรับ-ส่งผู้ป่วยจำนวนจำกัด ในขณะที่ผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดมีจำนวนมาก นอกจากนั้น การที่ผู้ป่วยลำดับก่อนหน้า อาจมีระยะเวลาการผ่าตัดที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอน หรือมีระยะเวลาการรอผ่าตัดที่ยาวนานออกไปกว่าที่คาดการณ์ไว้เพราะมีความซับซ้อนทางการผ่าตัด จึงทำให้บุคลากรห้องผ่าตัดจำเป็นต้องรับผู้ป่วยมาจากหอผู้ป่วยก่อนเวลาการผ่าตัดระยะหนึ่ง แล้วจัดให้ผู้ป่วยได้เข้ามารับการดูแลและรอเพื่อจะรับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด เพื่อจะได้สามารถนำผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดได้ทันเวลาที่แพทย์จะเริ่มทำการผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่เสียเวลาในการที่จะต้องรอคอยผู้ป่วย ซึ่งในช่วงระยะเวลาการรอการผ่าตัดนี้ ผู้ป่วยมักจะต้องประสบกับสถานการณ์สิ่งเร้าความเครียดต่างๆ ภายในห้องผ่าตัด และอาจมีผลทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สุขญา (2542) ได้รายงานถึงระยะเวลาการรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดของผู้ป่วยในการศึกษาเรื่องการลดระยะเวลาและการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด ในกลุ่มผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดที่มารับบริการในทุกสาขา โดยใช้วิธีการจัดคุณภาพบริการทั้งระบบ (total quality management: TQM) ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอผ่าตัดลดลงจากเวลาเฉลี่ย 47.3 นาที เหลือ 26.5 นาที นอกจากนั้น ยังไม่พบรายงานถึงระยะเวลาการรอผ่าตัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่จะเข้ารับการถอนฟันโดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 21.5 ถัดการคอยที่จะไปยังห้องผ่าตัด (McCleane, 1990) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยแผนกจักษุที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ

วันเดียว (day-surgery) พบว่า สิ่งที่มีผู้ป่วยส่วนใหญ่ระบุว่า เป็นปัญหาสำคัญคือ การต้องรอแพทย์เพื่อที่จะเข้ารับการประเมินก่อนการผ่าตัดนาน (Law, 1997) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด พบว่า วิธีการเตรียมผ่าตัดที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วย อันดับแรก ได้แก่ การรอคอยที่จะเดินทางไปห้องผ่าตัด (Cobley et al., 1991)

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาการรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในเวลาราชการ โดยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย แบบมีการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้า ณ ห้องผ่าตัดใหญ่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสำรวจระยะเวลาในการรอผ่าตัดของผู้ป่วยจำนวน 763 ราย จากแบบบันทึกการรับ-ส่งผู้ป่วยและสมุดลงทะเบียนผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งได้บันทึกตามมาตรฐานการบันทึกของห้องผ่าตัด ระหว่างวันที่ 5 มกราคม ถึงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 พบว่า ผู้ป่วยแต่ละรายมีระยะเวลาของการรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดโดยเฉลี่ย 34.1 นาที (SD=33.1, range=0-365 นาที) โดยร้อยละ 41.42 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีระยะเวลาการรอผ่าตัดนานมากกว่า 30 นาที และร้อยละ 88.27 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีระยะเวลาการรอผ่าตัดน้อยกว่า 60 นาที นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สอบถามถึงความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการรอผ่าตัดในครั้งนี้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ รู้สึกว่าไม่ต้องรอผ่าตัด รู้สึกว่ารอผ่าตัดไม่นาน และรู้สึกว่ารอผ่าตัดนานมาก เพื่อประเมินถึงความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างต่อระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการรอผ่าตัดจริงว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ ซึ่งจากการศึกษาของไลโนเนน, ไลโน-คิลไพ และจูโยโก (Leinonen, Leino-Kilpi & Jouko, 1996) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 74 ที่ไม่รู้สึกว่าต้องรอการผ่าตัดในห้องรอผ่าตัดเป็นเวลานานมาก และการศึกษาของไลโนเนน, ไลโน-คิลไพ, สตาร์ทเบอร์กและ เลอร์โตนลา (Leinonen, Leino-Kilpi, Stahlberg & Lertola, 2003) ในผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม พบว่า แม้ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาการรอผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วยนาน แต่ผู้ป่วยก็ไม่ได้รู้สึกว่ารอานาน แต่ก็ยังพบว่า มีผู้ป่วยบางรายที่รู้สึกหงุดหงิดเป็นอย่างมากแม้จะมีระยะเวลารอที่ไม่นานนัก ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาการรอการผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วยมีบริบทต่างจากการรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด โดยขณะรอผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างอาจมีบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในครอบครัวอยู่เป็นเพื่อนได้พูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นหรือมีกิจกรรมอื่นๆทำ (Otte, 1996) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกว่ารอการผ่าตัดนาน

ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าความเครียด การได้รับข้อมูล ระยะเวลาการรอผ่าตัด และความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่าง สิ่งเร้าความเครียด การได้รับข้อมูล ระยะเวลาการรอการผ่าตัดในห้องผ่าตัด และความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด โดยอาศัยแนวคิด ความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) สามารถสรุปได้ว่า

ความเครียดเกิดจากการที่ผู้ป่วยประเมินสิ่งเร้าความเครียดโดยผ่านกระบวนการประเมินตัดสินใจ ซึ่งการได้รับข้อมูล และระยะเวลาการรอผ่าตัด นับเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการประเมินตัดสินใจว่า สิ่งเร้าความเครียดนั้นก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าความเครียดและความเครียด ยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าความเครียดและความเครียดในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ยกเว้นในกลุ่มผู้ป่วยที่คิดเชื่อเอดส์ ซึ่งพบว่า จำนวนและการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าความเครียด มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความเครียดในระดับสูง ($r=0.80$ และ $r=0.85$ ตามลำดับ $p<0.001$) โดยจำนวนและการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าความเครียดด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับความเครียดในระดับปานกลาง ($r=0.59$ และ $r=0.70$ ตามลำดับ $p<0.001$) ส่วนจำนวนและการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าความเครียดด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับความเครียดในระดับสูง ($r=0.76$ และ $r=0.81$ ตามลำดับ $p<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (แนนน้อย, 2536)

ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลและความเครียด จากการที่การผ่าตัดมักก่อให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลระดับใดระดับหนึ่ง ซึ่งต้องการการได้รับข้อมูลและคำปรึกษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบรรเทาความวิตกกังวลและจัดการกับสถานการณ์ต่างๆได้ด้วยตนเอง (ประณีต, 2547) มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รอเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) พบว่า ผลของการให้ข้อมูลการรักษาต่อความเครียดในระยะก่อนผ่าตัดในห้องผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมายังห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีระดับของคอร์ติซอลในน้ำลาย (salivary cortisol) ซึ่งจะหลั่งออกมาเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับวันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Bergmann et al., 2001) นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลและความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยอื่น แต่มีการศึกษาที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลและความวิตกกังวล ได้แก่ การศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และนรีเวชกรรม พบว่า ในระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.15$, $p<0.05$) (เสงี่ยมและชวนพิศ, 2543) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง พบว่า มีการลดลงของระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (Xiuyue, 1999) ผู้ป่วยสตรีที่มารับบริการทำหมันที่ไม่เกี่ยวกับการคลอดที่ห้องผ่าตัดสูตินรีเวช ที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน จะมีความวิตกกังวลขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) (วิณาและคณะ, 2537)

ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการรอผ่าตัดและความเครียด ดังเช่นในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่รอรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่หอผู้ป่วย พบว่า ระยะเวลาในการรอผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียด ($r=0.24$, $p<0.05$) (บุญฤดี, 2542) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรอผ่าตัดในหอผู้ป่วยนานมากขึ้น จะมีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น ทำให้มีความเครียดลดลง ยังไม่พบการศึกษาเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการรอผ่าตัดและความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัด แต่มีการศึกษาในเรื่องของระยะเวลาต่างๆ ในระยะก่อนผ่าตัดและความวิตกกังวล ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลทั้งในในระยะ 1 วันก่อนผ่าตัด และ 1 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัดมากกว่าคนปกติทั่วไป ระดับของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดขณะอยู่ในห้องผ่าตัดจะสามารถทำนายได้จากระดับความวิตกกังวลในตอนบ่ายของวันก่อนการผ่าตัด (Lichter, et al., 1987 cited by Xiuyue, 1999) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบมีการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้า พบว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีอยู่ในระยะก่อนผ่าตัดจะคงอยู่ต่อไปตั้งแต่ระยะช่วงบ่ายก่อนวันผ่าตัด จนถึงเวลาผ่าตัด ($r=0.53$, $p<0.001$) ซึ่งวิสัญญีแพทย์จะประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้แม่นยำ ก็ต่อเมื่อใช้คำถามที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการประเมินเท่านั้น (Badner et al., 1990) การศึกษาในผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดแบบมีการเตรียมตัวล่วงหน้า โดยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย พบว่า มีความแตกต่างของระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ในระยะเวลาการรอผ่าตัด ที่แตกต่างกันคือหนึ่งชั่วโมง สามสิบนาที และทันทีที่จะเข้ารับการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.75$, $r=0.16$ และ $r=0.11$ ตามลำดับ, $p>0.05$) ค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ หนึ่งวันก่อนผ่าตัดมีค่าเท่ากับ 43.00 ค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญในห้องรอผ่าตัด มีค่าเท่ากับ 42.36 ค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัดหนึ่งชั่วโมง สามสิบนาที และทันทีที่จะเข้ารับการผ่าตัด มีค่าเท่ากับ 42.38, 42.28 และ 42.41 ระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการรอผ่าตัดในช่วงเวลายาวนานขึ้น เช่น หนึ่งวันก่อนผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, $r=0.46$) โดยหนึ่งวันก่อนวันผ่าตัดผู้ป่วยจะมีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญสูง (Lee et al., 1990)

ความเครียดของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยต้องตระหนักและให้ความสำคัญ เนื่องจากความเครียดที่เกิดขึ้นนอกจากจะมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายและมีความทุกข์ทรมานแล้ว ยังสามารถจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อระยะต่างๆ ของการผ่าตัดได้ การศึกษาเพื่อรู้ว่าขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดมีอะไรเป็นสิ่งที่เร้าความเครียดของผู้ป่วย และผู้ป่วยได้ประเมินความรุนแรงของสิ่งที่เร้าความเครียดอยู่ในระดับใด รวมทั้งการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยประเมินตัดสินสิ่งที่เร้าความเครียดว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ โดยเฉพาะปัจจัยที่สามารถจัดการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การได้รับข้อมูล

และระยะเวลาการรอผ่าตัด จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการปรับปรุง และพัฒนารูปแบบในการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้สามารถบรรเทาความเครียด เป็นผลให้สามารถเผชิญกับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข และกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้ในที่สุด