

# The Effects of Concrete-Objective Information Program on Pre-Operative Anxiety in Abdominal Surgery Patients\*

Siwaporn Thuchart<sup>1</sup>, Usavadee Asdornwised, RN, PhD<sup>1</sup>, Wanpen Pinyopasakul, RN, PhD<sup>1</sup>, Auttaporn Trakarnsanga, MD<sup>2</sup>

---

## Abstract

**Purpose:** The aim of this study was to study the effects of concrete-objective information program on preoperative anxiety in abdominal surgery patients.

**Design:** A quasi-experimental research (two group pre-posttest design).

**Methods:** The sample consisted of 62 preoperative abdominal surgery patients. They were divided into two groups, the experimental and control groups. Thirty-one participants were included in each group. The experimental group was received the concrete-objective information via video and usual nursing care while the control group was received only usual nursing care. Data were collected using a demographic data record form and Visual Analog Scale-Anxiety (VAS-A) assessment form. The patients' anxiety was assessed before receiving the program and twice after the program (immediately and on the day of surgery in the waiting room). Data were analyzed using Mann-Whitney U Test and Wilcoxon Signed-Rank Test statistical package.

**Main findings:** The results showed that on the day of surgery in the waiting room (posttest 2) patients who received a concrete-objective information via video had statistically lower mean scores of anxiety than those who received usual nursing care ( $p = .017$ ). In addition, the anxiety mean scores in the experimental group immediately after receiving the program (posttest 1) was statistically lower than that before receiving the program ( $p = .001$ ).

**Conclusions and recommendations:** Concrete-objective information program could reduce pre-operative anxiety in abdominal surgery patients. This program should be used to decrease the anxiety level during pre-operative period.

**Keywords:** anxiety, information, surgery, video

---

*Nursing Science Journal of Thailand. 2019;37(2):78-91*

Corresponding Author: Associate Professor Usavadee Asdornwised, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: usavadee.asd@mahidol.ac.th

\* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

<sup>1</sup> Faculty of Nursing, Mahidol University Bangkok, Thailand

<sup>2</sup> Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University Bangkok, Thailand

Received: 26 October 2018 / Revised: 16 January 2019 / Accepted: 21 January 2019

# ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วย ผ่าตัดช่องท้องต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด\*

สิวพร ทือชาติ<sup>1</sup> อุชาวดี อัศวรวิเศษ, PhD<sup>1</sup> วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, PhD<sup>1</sup> อัฐพร ตระการสง่า, พ.บ.<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

**รูปแบบการวิจัย:** การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการศึกษา)

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 ราย เป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 31 คน โดยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน และตามด้วยกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวล Visual Analog Scale-Anxiety (VAS-A) และโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องผ่านสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยทำการประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับข้อมูล ในวันก่อนการผ่าตัดและในวันผ่าตัดในห้องรผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และ Wilcoxon Signed-Rank Test

**ผลการวิจัย:** กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในวันผ่าตัดในห้องรผ่าตัด หรือระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 2 ( $p = .017$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มทดลองพบว่า ทันทีภายหลังที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย หรือระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 1 ผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .001$ )

**สรุปและขอเสนอแนะ:** โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยสามารถลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้นี้มาใช้เพื่อลดระดับความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด

**คำสำคัญ:** ความวิตกกังวล ข้อมูล การผ่าตัด วีดิทัศน์

*Nursing Science Journal of Thailand. 2019;37(2):78-91*

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์อุชาวดี อัศวรวิเศษ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: usavadee.asd@mahidol.ac.th

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>1</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 26 ตุลาคม 2561 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 16 มกราคม 2562 / วันที่ตอบรับบทความ: 21 มกราคม 2562

## ความสำคัญของปัญหา

โรคในระบบทางเดินอาหารนั้นเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีว่าทำให้เกิดความผิดปกติในร่างกาย สูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ และนำไปสู่การตายในที่สุด มะเร็งในระบบทางเดินอาหารเป็นที่จับตามองเพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตายมากกว่ามะเร็งในอวัยวะอื่นๆ อัตราการเกิดมะเร็งในผู้ป่วยใหม่ของเอเชียเริ่มที่ 3.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2545 และจะเพิ่มเป็น 8.1 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรกระบบทางเดินอาหารและการติดเชื้อของลำไส้มีจำนวนมากเป็นลำดับที่ 2 และลำดับที่ 4 ของผู้ป่วยใน<sup>2</sup> ส่วนโรคมะเร็งในระบบทางเดินอาหารและอวัยวะในช่องท้อง โรคมะเร็งตับพบเป็นลำดับที่ 1 ของมะเร็งในเพศชาย และเป็นลำดับที่ 4 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งสองเพศ ส่วนมะเร็งลำไส้ใหญ่ถือเป็นโรคลำดับที่ 3 ของโรคมะเร็งทั้งหมดที่ทำให้คนไทยเสียชีวิต อัตราการเสียชีวิต 6,845 รายต่อปี<sup>3</sup>

สำหรับโรงพยาบาลศิริราช สถิติการรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งตับ พบมากเป็นลำดับที่ 1 และ 4 ในปี พ.ศ. 2556-2558 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 551, 453 และ 350 ราย และผ่าตัดโรคมะเร็งตับ 186, 197 และ 190 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดอวัยวะต่างๆ ในช่องท้องแบบผ่าตัดเปิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 720, 697 และ 598 ราย ตามลำดับ<sup>4</sup> อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะแรกที่รักษาด้วยการผ่าตัดร้อยละ 95 สามารถหายจากโรคได้ และอัตราการรอดชีวิตที่ระยะเวลา 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งตับที่สามารถตัดก้อนได้ทั้งหมด พบได้ร้อยละ 27-64 ในประเทศทางตะวันตก ยุโรป และอเมริกา ส่วนในประเทศทางเอเชียพบร้อยละ

21-49<sup>5</sup> ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรักษาโดยการผ่าตัดยังเป็นวิธีการรักษาที่จำเป็น และมีความสำคัญต่อผู้ป่วยให้มีโอกาสในการรักษาให้หายขาด หรือยืดอายุในการรอดชีวิตต่อไป

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูง อาจต้องมีการตัดอวัยวะสำคัญออกไปและ/หรือทำการผ่าตัดเพื่อแก้ไขเพื่อให้อวัยวะนั้นคงทำหน้าที่ได้ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะบางส่วนในร่างกาย จากการที่ต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน อาจมีการสูญเสียโลหิต หลังผ่าตัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้<sup>6</sup> เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในการผ่าตัดลำไส้ พบได้ร้อยละ 15-20 ถ้ามีการอักเสบรุนแรงหรือถ้ากลูกลามจนกระทั่งมีอาการช่องท้องอักเสบ (peritonitis) มีอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 35<sup>7</sup>ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการรับความรู้สึกชนิดทั่วร่างกาย ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) ภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) การระบายอากาศไม่เพียงพอ (hypoventilation) และความดันโลหิตต่ำ (hypotension)<sup>8</sup> ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบการหายใจ ระบบประสาท ระบบไต ความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ระบบทางเดินอาหารและต่อมไร้ท่อ และการผ่าตัดยังเป็นระยะวิกฤติทางด้านจิตใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดและมีความวิตกกังวลสูง<sup>9</sup>

การผ่าตัดจึงถือว่าเป็นภาวะคุกคามทั้งต่อร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการผ่าตัดมักจะมีภาวะวิตกกังวลในระหว่างรอผ่าตัดถึงร้อยละ 11-80<sup>9</sup> เมื่อผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในระดับสูงจะเป็นสาเหตุให้มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต ผลกระทบของความวิตกกังวลในระยะผ่าตัดทำให้ต้องใช้ยาในการดมยาสลบเพิ่มขึ้น ในระยะหลังผ่าตัดทำให้มีความต้องการยาแก้ปวด และยังคงเป็นสาเหตุให้อยู่โรงพยาบาลนานขึ้นด้วย<sup>10</sup> ความไม่รู้ข้อมูลหรือ

เหตุการณ์ที่คุกคามเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด รองลงมาได้แก่ กลัวการเสียชีวิต กลัวการดมยาสลบ ไม่มั่นใจในความชำนาญของแพทย์ผ่าตัด การสูญเสียภาพลักษณ์และสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ การอยู่อย่างโดดเดี่ยว การต้องพึ่งพาผู้อื่นหลังผ่าตัด การขาดความเป็นส่วนตัว การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล อาการปวดแผลและความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด เป็นต้น<sup>11</sup> ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่ให้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยได้<sup>12</sup> การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (concrete-objective information) ตามกรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation theory)<sup>13</sup> ซึ่งมีการพัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่บอกถึงลักษณะรูปธรรม-ปรนัย ที่มีลำดับขั้นตอนของสถานการณ์ ลักษณะสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการ การรับรู้ทางประสาทสัมผัสและสถานการณ์ต่างๆ ร่วมด้วยลักษณะการให้ข้อมูลดังกล่าวมีการนำไปใช้การศึกษาวิจัยมากมายทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ โดยทำให้คาดการณ์สถานการณ์ที่จะต้องเผชิญได้ ลดความคลุมเครือ ทำให้ลดความวิตกกังวล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับหัตถการต่างๆ การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนผ่าตัด ทำให้ความวิตกกังวลลดลง และความต้องการยาคลายกังวลและยาแก้ปวดลดลงด้วย<sup>14-15</sup> การประเมินความวิตกกังวลมีความสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับหัตถการ เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลง

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาถึงการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยเกี่ยวกับความรู้สึกประสาทสัมผัส ลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล จะทำให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนความคิดความเข้าใจ (schema) ไว้ในความทรงจำและเมื่อ

ผู้ป่วยได้เผชิญกับสถานการณ์จริงในห้องผ่าตัดจะสามารถคาดการณ์ได้ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับตนเองบ้างในขั้นตอนต่อไป ลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัยจะปรากฏชัดขึ้นในความทรงจำ ผู้ป่วยจะมุ่งให้ความสนใจกับลักษณะของรูปธรรม-ปรนัย (concrete-objective features) ของเหตุการณ์ ทำให้ผู้ป่วยเผชิญความวิตกกังวลที่เน้นการแก้ไขปัญหา (problem solving) ทำให้มีการตอบสนองทางด้านหน้าที่ (regulation of functional response) เพิ่มขึ้น และถ้าสถานการณ์ตรงกับภาพความคิดความเข้าใจ จะทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้<sup>13</sup> ในการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่จึงมักจะศึกษาการลดความวิตกกังวลด้วยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในสถานการณ์ การได้รับการตรวจหรือการทำหัตถการ เช่น การศึกษาของ อลงกรณ์ อักษรศรี และคณะ<sup>16</sup> พบว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยทำให้ปฏิบัติตามรายการที่มีบุตรที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ มีความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มควบคุม และมีการศึกษาของ ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์ และศิริพันธ์ุ สาส์ตย์<sup>17</sup> ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเพาะผู้ใหญ่ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์หลังทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นอกจากนั้นการให้ข้อมูลโดยใช้วีดิทัศน์เป็นสื่อเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่มีผู้นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากสามารถสื่อได้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน มีการเคลื่อนไหวซึ่งจะส่งผลให้มีการเรียนรู้มากขึ้น มีการศึกษาของ West, Bittner และ Ortiz<sup>18</sup> เปรียบเทียบผลการใช้วีดิทัศน์ในการให้ข้อมูลเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่พูดภาษาสเปนต่อ

ความวิตกกังวล ความรู้และความพึงพอใจ พบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลโดยใช้วีดิทัศน์ มีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่า และมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้วีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังนั้น การใช้วีดิทัศน์เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้ในการให้ข้อมูล ทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและคุ้มค่า ใช้งานง่าย เนื่องจากสามารถใช้ผ่านเครื่องมือสื่อสารต่างๆ ได้ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่จะได้รับข้อมูลครบถ้วน คงที่และไม่คลาดเคลื่อน และลดความวิตกกังวลลงได้ตลอดจนการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่นำมาศึกษาวิจัยในกลุ่มต่างๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิธีการลดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โดยให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย จากกรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation theory)<sup>13</sup> โดยใช้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการให้ข้อมูล

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องหลังจากได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการศึกษา

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มารับการผ่าตัดช่องท้อง ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยศึกษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั้งชายและหญิง และห้องพักรอดูอาการก่อนและหลังผ่าตัด โดยเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดเป็นครั้งแรก เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดล่วงหน้า มีการรับรู้ความเข้าใจ และสามารถสื่อสารได้ปกติ เกณฑ์การคัดออก เป็นผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการมองเห็นและการได้ยิน หรือได้รับยาคลายกล้ามเนื้อในห้องผ่าตัด หรือเป็นผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ คำนวณโดยอ้างอิงจากงานของ Lin และ Wang<sup>19</sup> โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญ  $\alpha = .05$  และ ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.03 (SD 2.46) และค่าเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.67 (SD 2.53) โดยใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G\*Power version 3.1.9.2 กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 ราย

### เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
  - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่

อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล การได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด และโรคร่วม

1.2 แบบมาตรวัดความวิตกกังวล (Visual Analog Scale-Anxiety: VAS-A) เป็นการวัดแบบให้คะแนน<sup>20</sup> โดยผู้เข้าร่วมวิจัยให้คะแนนความวิตกกังวลของตนเอง ตั้งแต่ก่อนเริ่มดูวิดีโอและหลังดูวิดีโอ และก่อนเข้าห้องผ่าตัด ลักษณะของเครื่องมือจะเป็นเส้นตรงแนวขวางความยาว 100 มิลลิเมตร ความวิตกกังวลมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน (1 มิลลิเมตรเท่ากับ 1 คะแนน) โดยปลายซ้ายสุด ซึ่งมีค่า 0 คะแนนขอบด้านซ้ายมีข้อความว่า "ไม่มีความวิตกกังวลเลย ส่วนปลายด้านขวาสุด ซึ่งมีค่า 100 คะแนน ขอบด้านขวามีข้อความว่า "มีความวิตกกังวลมากที่สุด 0 คะแนน \_\_\_\_\_ 100 คะแนน (ไม่มีความวิตกกังวล) (วิตกกังวลมากที่สุด)

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ วิดีโอ เป็นข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบทฤษฎี การควบคุมตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือนี้โดยเนื้อหาเป็น ลักษณะการบรรยายโดยผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเข้ารับการผ่าตัด มีภาพ สถานที่ บุคคล และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งลำดับขั้นตอนและวิธีการต่างๆ ซึ่งเป็นข้อมูลจริงที่ผู้ป่วยได้พบเจอขณะเข้ารับการผ่าตัด จนกระทั่งเสร็จสิ้นกระบวนการผ่าตัด รวมทั้งความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลที่ผู้ป่วยรู้สึก และวิธีการที่ใช้ในการเผชิญความรู้สึกวิตกกังวลนั้น และเมื่อมาพักฟื้นหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นมีอาการและความรู้สึกอย่างไร ได้รับการพยาบาลอย่างไรบ้าง ความยาวของเนื้อหาประมาณ 20 นาที

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นได้นำวิดีโอที่ปรับปรุง

แก้ไขตามคำแนะนำแล้ว ซึ่งได้แก้ไขให้มีคำบรรยายได้ภาพเพิ่มเติม เพื่อความชัดเจนของเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้ ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องจำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ในวิดีโอหลังจากนำไปทดลองใช้ ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง 10 รายไม่มีประเด็นปัญหาอะไรที่ต้องแก้ไขเพิ่มเติม

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. No. Si024/2016) รหัสโครงการ 403/2558 (EC1) เพื่อเป็นการไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และเป็นการรักษา ความลับของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ทำแบบบันทึกข้อมูล (case record form) เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มบันทึก ข้อมูล โดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุล

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการขออนุญาตและผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ คุณสมบัติการคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง และถามความสนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมผู้วิจัย จึงเข้าพบผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และแจ้งสิทธิ์ของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากรับฟังคำชี้แจงและตัดสินใจเข้าร่วม ให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม การวิจัย
3. ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบ ตามกำหนด แล้วจึงเก็บในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้

รับการสัมภาษณ์จากผู้วิจัยเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และตอบคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล และได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และประเมินความวิตกกังวลซ้ำอีกครั้งในเย็นก่อนวันผ่าตัดที่หอผู้ป่วย (ครั้งที่ 1) และประเมินซ้ำอีกครั้งในวันผ่าตัดที่ห้องรอศุภากรก่อนผ่าตัด (ครั้งที่ 2)

4. กลุ่มทดลองได้รับการสัมภาษณ์จากผู้วิจัยเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และตอบคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล และได้รับการดูวิดีโอที่บันทึกการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ประมาณ 20 นาที ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลผ่านวิดีโอที่บันทึกแล้ว จะทำการประเมินความวิตกกังวลทันที (ครั้งที่ 1) และประเมินซ้ำอีกครั้งในวันผ่าตัดที่ห้องรอศุภากรก่อนผ่าตัด (ครั้งที่ 2)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป หาค่าความถี่จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

#### ผลการวิจัย

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 31 ราย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.3 อายุมากกว่า 55 ปีร้อยละ 58.1 อายุน้อยกว่า 55 ปีร้อยละ 41.9 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 67.7 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ

93.6 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 35.5 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษาร้อยละ 32.3 อาชีพรับจ้างหรือพนักงานบริษัทร้อยละ 29.0 และรองลงมา คือ เกษียณอายุราชการร้อยละ 25.8 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-30,000 บาทร้อยละ 32.3 และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการและหรือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 38.6 มีประวัติโรคร่วมร้อยละ 67.7 และมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดร้อยละ 71 มีผู้ดูแลเมื่อมารับการผ่าตัดครั้งนี้ร้อยละ 83.9 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกทางเดินอาหารส่วนล่างร้อยละ 45.2 และการผ่าตัดที่ได้รับ คือ การผ่าตัดทางเดินอาหารส่วนล่างร้อยละ 45.2

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 64.5 อายุมากกว่า 55 ปีร้อยละ 41.9 อายุน้อยกว่า 55 ปีร้อยละ 58.1 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 71 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 38.7 อาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้างหรือพนักงานบริษัทร้อยละ 32.3 รองลงมา คือ เกษียณอายุราชการร้อยละ 25.8 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-30,000 บาทร้อยละ 35.4 และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการและ/หรือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 35.5 มีประวัติโรคร่วมร้อยละ 41.9 และมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดร้อยละ 54.8 มีผู้ดูแลเมื่อมารับการผ่าตัดครั้งนี้ร้อยละ 96.8 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกทางเดินอาหารส่วนล่างและเนื้องอกในระบบตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเท่ากับร้อยละ 32.25 และการผ่าตัดส่วนใหญ่ที่ได้รับ คือ การผ่าตัดระบบตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อนร้อยละ 35.25 เท่ากับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง

เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม

ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญ .05

**ส่วนที่ 2 ระดับความวิตกกังวล**

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล ก่อนการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการศึกษาคะแนนความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญ .05 (ตารางที่ 1)

คะแนนความวิตกกังวลในระยะหลังการศึกษา ครั้งที่ 1 (ทันทีหลังได้รับโปรแกรม) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญ .05 ( $p > .05$ ) แต่ในระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 2 (ในวัน

ผ่าตัด) ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูล แบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนความวิตกกังวล (mean rank = 26.09) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (mean rank = 36.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .017$ )

สรุปได้ว่า สมมุติฐานการวิจัยข้อแรก ได้รับการสนับสนุนบางส่วน กล่าวคือ ในวันที่ได้รับการผ่าตัดขณะอยู่ในห้องรอผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม แต่ความวิตกกังวลในวันก่อนการศึกษาและทันทีหลังการศึกษาทดลอง ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ย ความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		Z	p-value
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ก่อนการศึกษา	33.51	1039.0	29.48	914.0	-.891	.373
หลังการศึกษาครั้งที่ 1	27.66	857.5	35.33	1095.5	-1.690	.091
หลังการศึกษาครั้งที่ 2	26.09	809.0	36.90	1144.0	-2.369	.017

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนความวิตกกังวลในระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 1 (ทันทีหลังได้รับโปรแกรม) น้อยกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2 อย่างไรก็ตาม คะแนนความวิตกกังวลในระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 1 (ทันทีหลังได้รับโปรแกรม) และในระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 2 (ในวันผ่าตัด) ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p > .05$ )

ดังแสดงในตารางที่ 3

สรุปได้ว่า สมมุติฐานการวิจัยข้อสองได้รับการสนับสนุนบางส่วน กล่าวคือโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยทันทีหลังได้รับโปรแกรม แต่ความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะทันทีหลังได้รับโปรแกรมกับในวันผ่าตัด ไม่ได้มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยภายในกลุ่ม ในระยะก่อนและหลังการศึกษาครั้งที่ 1

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความวิตกกังวล								Z	p-value
	ก่อนการศึกษา				หลังการศึกษาครั้งที่ 1					
	$\bar{X}$	SD	Mdn	IQR	$\bar{X}$	SD	Mdn	IQR		
กลุ่มทดลอง (n = 31)	41.93	19.39	40	20	32.09	18.87	30	30	-3.236	.001
กลุ่มควบคุม (n = 31)	35.32	26.67	40	45	42.41	26.16	50	40	-1.950	.051

ผลการศึกษามีประเด็นที่น่าสนใจสำหรับกลุ่มควบคุม มีความวิตกกังวลมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .013$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3  
 ในระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า ผู้ป่วย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยภายในกลุ่ม ในระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความวิตกกังวล								Z	p-value
	หลังการศึกษาครั้งที่ 1				หลังการศึกษาครั้งที่ 2					
	$\bar{X}$	SD	Mdn	IQR	$\bar{X}$	SD	Mdn	IQR		
กลุ่มทดลอง (n = 31)	32.09	18.87	30	30	34.19	22.21	30	25	-5.65	.572
กลุ่มควบคุม (n = 31)	42.41	26.16	50	40	49.67	28.10	50	45	-2.486	.013

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ในขณะที่กลุ่มก่อนการศึกษา และหลังการศึกษาครั้งที่ 2 (ตารางที่ 4) ควบคุมคะแนนความวิตกกังวลมากกว่าก่อนการศึกษาพบว่า ภายในกลุ่มทดลอง คะแนนความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .001$ )

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการศึกษาและในวันผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด (หลังการศึกษาครั้งที่ 2)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความวิตกกังวล								Z	p-value
	ก่อนการศึกษา				หลังการศึกษาครั้งที่ 2					
	$\bar{X}$	SD	Mdn	IQR	$\bar{X}$	SD	Mdn	IQR		
กลุ่มทดลอง (n = 31)	41.93	19.39	40	20	34.19	22.21	30	25	-1.921	.055
กลุ่มควบคุม (n = 31)	35.32	26.67	40	45	49.67	28.10	50	45	-3.345	.001

## การอภิปรายผล

ผลของการศึกษาคั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานบางส่วน โดยระดับความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 2 ในวันผ่าตัดที่ห้องรผ่าตัด เนื่องจากการให้การพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง เป็นผลจากการควบคุมตนเองในลักษณะการตอบสนองต่อต้านหน้าที่ที่ต้องเผชิญต่อการผ่าตัด ที่ได้รับข้อมูลมาก่อน มีผลทำให้การตอบสนองด้านอารมณ์ลดลง ส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง<sup>13</sup> (self-regulation theory) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นทุกระยะ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พรทิพย์ สุภมณี และคณะ<sup>21</sup> ศึกษาประสิทธิผลของการเยี่ยมเพื่อให้ความรู้ก่อนผ่าตัด พบว่าผลการเยี่ยมเพื่อให้ความรู้ก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เป็นมะเร็งและเป็นมะเร็ง มีความวิตกกังวลลดลงภายหลังการเยี่ยมทันที และต่อเนื่องจนถึงในวันเข้ารับการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แต่ในระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 1 หลังได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยทันทีที่หอผู้ป่วย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลจากระยะเวลาในการได้รับโปรแกรม ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อการตอบสนองต่อหน้าที่ สภาวะแวดล้อมซึ่งเป็นผลจากโปรแกรม ในผู้ป่วยบางรายยังสามารถควบคุมตนเองได้น้อย แต่เมื่อเข้าสู่ระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 2 ในวันผ่าตัดที่ห้องรผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเอง และมีผลต่อการลดการตอบสนองด้านอารมณ์ ทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .00$ ) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาครั้งที่สอง และระหว่างหลังการศึกษาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .001$  และ  $p = .013$  ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาก่อนผ่าตัด เพราะการรอคอย การเข้ารับการผ่าตัดเมื่อเวลาผ่านไป ยิ่งใกล้เวลาผ่าตัดหรือการให้ยาระงับความรู้สึกมากเท่าใดยิ่งมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น<sup>12</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pokharel และคณะ<sup>12</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากที่สุดเมื่อย้ายจากหอผู้ป่วยมาอยู่ที่ห้องรผ่าตัด ระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นนั้นอาจเกิดจากปัจจัยที่เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกและปัจจัยที่เกิดจากตัวของผู้ป่วยเอง<sup>11</sup> ระดับความวิตกกังวลอาจจะขึ้นกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป เช่น การวินิจฉัย การผ่าตัดที่แตกต่างกันไปในแต่ละคน หรือความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) ที่อาจส่งผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety)<sup>11</sup> ดังนั้น การประเมินความวิตกกังวลในทุกระยะของการผ่าตัด และจากผลการวิจัยที่คะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .00$ ) การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยเป็นสิ่งจำเป็นแก่ผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล และการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยเป็นการให้ข้อมูลที่แท้จริงบอกถึงความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น (physical sensation and

symptoms) ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (temporal characteristics) ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล (environment features) และข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ (causes of sensations, symptom and experiences) จะทำให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนความคิดความเข้าใจ (schema) เกี่ยวกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับ ผู้ป่วยจะแปลความหมายของเหตุการณ์ตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้องชัดเจน จึงลดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยคาดคิดไว้กับสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง เพิ่มความสามารถในการคาดการณ์สิ่งที่จะเผชิญต่อไปได้ และเพิ่มความสามารถในการเข้าใจและแปลความหมายในสถานการณ์และเหตุการณ์เป็นอย่างดี ทำให้รู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์ที่จะเผชิญได้ ลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย จะปรากฏชัดในความทรงจำ ผู้ป่วยจะมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัยของเหตุการณ์ที่เข้ามารับการผ่าตัด ทำให้แปลความหมายของเหตุการณ์เน้นลักษณะที่เป็นปรนัย และมีการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหา (problem-solving) เพิ่มมากขึ้น ทราบบทบาทของตนเองและสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้องให้ความร่วมมือและยอมรับการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้นซึ่งเป็นการตอบสนองทางด้านหน้าที่ (regulation of functional response) ผู้ป่วยจะไม่ให้ความสนใจกับลักษณะแบบอัตนัย (subjective features) ของเหตุการณ์ที่ต้องเข้ามาผ่าตัดในห้องผ่าตัด และจะเลือกให้ความสนใจที่จะเผชิญความเครียดที่ใช้อารมณ์ (emotional-

reactions) น้อยลง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ (regulation of emotion response) จะลดลง จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลงตามไปด้วย<sup>13</sup> รูปแบบการสอน หรือการให้ความรู้ จึงควรเป็นบทบาทที่พยาบาลผู้ดูแลควรให้ความสำคัญ และวางแผนการให้อย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องอาจมีความแตกต่างในการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดในแต่ละอวัยวะ ซึ่งมีความยากง่ายในการทำผ่าตัดที่แตกต่างกัน ถ้าสามารถเจาะจงเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะโรคหรือการผ่าตัดได้จะทำให้ข้อมูลที่ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การระบุกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดเป็นครั้งแรก แต่ผู้ป่วยอาจมีประสบการณ์ผ่าตัดชนิดอื่นมาแล้ว ซึ่งทำให้มีประสบการณ์ในการผ่าตัดที่อาจมีผลต่อระดับความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด

### สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งนำมาเสนอเป็นข้อเสนอแนะและแนวทางการนำไปใช้ ดังต่อไปนี้

#### ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1. ควรมีการนำโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้องที่มีการวางแผนล่วงหน้า เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และถ้าสามารถผลิตวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหา

เฉพาะเจาะจงในแต่ละโรคและการผ่าตัดได้ จะยิ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความสนใจต่อโปรแกรม และน่าจะลดความวิตกกังวลได้ดียิ่งขึ้น

2. พยาบาลที่นำโปรแกรมไปใช้ควรจะมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีระภาพของโรคและการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึกชนิดต่างๆ พอสั่งเขป รวมทั้งกระบวนการทำงานการประสานงานในห้องผ่าตัด เพื่อที่จะสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยได้เมื่อผู้ป่วยต้องการทราบ

3. ควรประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และติดตามอย่างต่อเนื่อง ในทุกระยะ เพราะถึงแม้ในระยะแรกผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวลแต่ในระยะต่อไปความวิตกกังวลก็อาจเพิ่มขึ้นได้เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป

#### ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในรูปแบบอื่นๆ เพิ่มเติมโดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้น เช่น สร้างเป็นแอปพลิเคชันให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง และสามารถเข้าไปเรียนรู้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในเว็บไซต์ของโรงพยาบาลได้

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มารับการผ่าตัด เช่น ในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดแบบไม่ได้พักค้างในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่

3. ควรศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยของผู้ป่วยและทีมแพทย์พยาบาล วิทยาลัย และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด

## References

1. Pourhoseingholi MA, Vahedi M, Baghestani AR. Burden of gastrointestinal cancer in Asia; an overview. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. 2015;8(1):19-27.
2. Ministry of Public Health, Office of the Permanent Secretary, Bureau of Policy and Strategy. Public health statistics A.D. 2014 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategy; 2015 [cited 2018 Jun 16]. Available from: [http://bps.moph.go.th/new\\_/sites/default/files/health\\_statistics2557.pdf](http://bps.moph.go.th/new_/sites/default/files/health_statistics2557.pdf). (in Thai).
3. Sriuranpong V. The crisis “Colon Cancer” rating 3<sup>rd</sup> killed the Thais [Internet]. Bangkok: Thairat Online. 2014 Aug 30 [cited 2018 Jun 16] Available from: <https://www.thairath.co.th/content/446778>. (in Thai).
4. General and Vascular Surgery Unit, Perioperative Nursing Division, Nursing Department, Siriraj Hospital. The annual statistics report (2013-2015). Bangkok: Siriraj Hospital; 2015. (in Thai).
5. Melstrom LG, Fong Y. The management of malignant liver tumors. In: Cameron JL, Cameron AM, editors. *Current surgical therapy*. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014. p.328-32.

6. Long BC, Phipps WJ, Cassmeyer VL. Medical-surgical nursing: a nursing process approach. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1993. 1728 p.
7. Kaplow R, Hardin SR. Critical care nursing: synergy for optimal outcomes. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2007. 778 p.
8. Sompittayanuruk N. Surgical nursing: peri-operative nursing care. Bangkok: Police Nursing College, Police General Hospital, Royal Thai Police; 2010. (in Thai).
9. Maranets I, Kain ZN. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesth Analg.* 1999;89(6):1346-51.
10. Caumo W, Cardoso Ferreira MB. Perioperative anxiety: psychobiology and effects in postoperative recovery. *J Pain Clin.* 2003;15(2):87-101.
11. Agarwal A, Gupta S, Sharma RK. Role of oxidative stress in female reproduction. *Reprod Biol Endocrinol.* 2005 Jul 14;3:28. <https://doi.org/10.1186/1477-7827-3-28>.
12. Pokharel K, Bhattarai B, Tripathi M, Khatiwada S, Subedi A. Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery. *J Clin Anesth.* 2011;23(5):372-8.
13. Johnson JE. Self-regulation theory and coping with physical illness. *Res Nurs Health.* 1999;22(6):435-48.
14. Sjöling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Educ Couns.* 2003;51(2):169-76.
15. Markland D, Hardy L. Anxiety, relaxation and anaesthesia for day-case surgery. *Br J Clin Psychol.* 1993;32(Pt 4):493-504.
16. Aksornsri A, Thammapanichwat W, Wichienchareon K, Saengperm P. The effects of concrete-objective information on parental anxiety and parental participation in care for children in pediatric intensive care unit. *Journal of Nursing Science.* 2012;30(2):80-9. (in Thai).
17. Srikulwong T, Sasat S. The effect of concrete-objective information and giving information through social media on anxiety in pre-operative cataract adult patients. *Journal of the Police Nurses.* 2015;7(1):118-27. (in Thai).
18. West AM, Bittner EA, Ortiz VE. The effects of preoperative, video-assisted anesthesia education in Spanish on Spanish-speaking patients' anxiety, knowledge, and satisfaction: a pilot study. *J Clin Anesth.* 2014;26(4):325-9.

19. Lin LY, Wang RH. Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *Journal of advanced nursing*. 2005;51(3):252-60.
20. Sadhasivam S, Cohen LL, Szabova A, Varughese A, Kurth CD, Willging P, et al. Real-time assessment of perioperative behaviors and prediction of perioperative outcomes. *Anesth Analg*. 2009;108(3):822-6.
21. Supamanee P, Somboontanont W, Lattikaviboon U, Techatraisak K. The effectiveness of pre-operative education visiting on anxiety and satisfaction of gynecologic patients undergoing major operations at Siriraj Hospital. *Journal of Nursing Science*. 2010;28(1):47-57. (in Thai).

