

ผลของการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวล
ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง



พ.ต.ท.หญิงจารุณี ลาบานา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PROVIDING INFORMATION AND USING ESSENTIAL OIL ON ANXIETY
AMONG PATIENTS RECEIVING ABDOMINAL SURGERY



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวล ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
โดย	พ.ต.ท.หญิงจารุณี ลาบานา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จารุณี ลาบานา : ผลของการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวล ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. (THE EFFECT OF PROVIDING INFORMATION AND USING ESSENTIAL OIL ON ANXIETY AMONG PATIENTS RECEIVING ABDOMINAL SURGERY) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัญญ์ นันไทยวิกุล

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลและน้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านตามแนวทางการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal และแนวคิดน้ำมันหอมระเหย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ณ. โรงพยาบาลตำรวจ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน โดยจับคู่อายุ เพศ โรคทางระบบย่อยอาหาร กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย โดยเนื้อหาของข้อมูลที่ให้เป็นข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับโดยใช้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ความวิตกกังวลใช้แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] Form Y) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.71 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ One Way Repeated Measures Anova

ผลการวิจัยสรุปดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย ในระยะหลังผ่าตัด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย ในระยะก่อนผ่าตัดและระยะก่อนกลับบ้าน ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ($P > .05$)

การให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย สามารถลดความวิตกกังวล ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ในระยะหลังผ่าตัด ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ส่วนในระยะก่อนผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน พบว่าไม่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2564

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077151536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: ANXIETY, ABDOMINAL SURGERY

Jarunee Labanaa : THE EFFECT OF PROVIDING INFORMATION AND USING ESSENTIAL OIL ON ANXIETY AMONG PATIENTS RECEIVING ABDOMINAL SURGERY. Advisor: Asst. Prof. Pol. Lit. PACHANUT NUNTHAITAWEEKUL

The purpose of this quasi-experimental study was to study the effect of information and essential oils on anxiety among patients undergoing abdominal surgery in the preoperative period. After surgery and before going home based on informational concepts to prepare patients to face incidents using Leventhal's self-adaptation theory and essential oil concept. The sample was a patient between the ages of 18-59 who had abdominal surgery at the police hospital. They were divided into control groups and experimental groups of 22 people each by matching age, sex, digestive system disease. The experimental group received information and the use of essential oils by the content of the information provided in the preoperative period After surgery and before returning using a manual for people who have undergone abdominal surgery developed by the researcher. The control group received normal nursing care. Anxiety using the State Anxiety Inventory [STAI] Form Y) had Cronbach's alpha coefficient of 0.71. The statistic was used to analyze the data. Including frequency, percentage, mean, standard deviation, statistics One Way Repeated Measures Anova

1. Mean anxiety score of patients undergoing abdominal surgery. The group received an informational program and the use of essential oils. in the postoperative period statistically significantly lower than those receiving normal nursing care at the .05 level.

2. Mean anxiety score of patients undergoing abdominal surgery. The group received an informational program and the use of essential oils. in the preoperative period and before going home not different from those who received regular nursing care ($P > .05$)

Information and use of essential oils can reduce anxiety of patients undergoing abdominal surgery in the postoperative period better than those who received regular nursing care. In the period before surgery and before going home It was found that it was not different from the patients who received regular nursing care.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2021

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีโดยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อย ตำรวจตรีหญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา ให้ความรักความเมตตา ความอบอุ่น ให้กำลังใจ คอยชี้แนะแนวทางติดตามที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย ตลอดจนเสียสละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่งในการตรวจสอบแก้ไขงาน วิจัยในทุกขั้นตอน ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งและประทับใจเป็นอย่างยิ่งขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาเสนอ ข้อคิดเห็นและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาวิจัยให้ดีขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่งในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาท วิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนการสอนที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดการศึกษา ขอขอบคุณบัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณพี่น้องและเพื่อนร่วมรุ่นสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ปี การศึกษา 2560 ที่คอยดูแลช่วยเหลือเป็นกำลังใจให้ตลอดมา

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม หน่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจทุกท่านที่ช่วยดูแลช่วยเหลือแบ่งเบาภาระหน้าที่การงาน ให้กำลังใจ ละสนับสนุนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณอาจารย์ แพทย์ แพทย์ศัลยกรรม พยาบาลตลอดจน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม หอผู้ป่วย เฉลิมพระเกียรติ 4/1 คุณวิศาล 2 คุณวิศาล 3 ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาในช่วงโรคโควิดระบาดหนักในการร่วมทำวิจัยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ อย่างยิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามท้ายที่สุดนี้ขอกราบ ขอบพระคุณบิดามารดาที่ให้กำเนิดเลี้ยงดู คอยห่วงใย ช่วยเหลือและดูแลอบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยมีความ อดทน ขยันรับผิดชอบในหน้าที่ รวมทั้งคอยเป็นกำลังใจให้เสมอมา ขอขอบคุณครอบครัวอันเป็นที่รัก ที่ คอยให้กำลังใจช่วยเหลือและสนับสนุนด้านการศึกษาโดยตลอด บุญกุศลแห่งความดีและประโยชน์ จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขอมอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่านที่กล่าวมาข้างต้น

จารุณี ลาบานา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ช	ช
สารบัญภาพ.....ฌ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
คำถามการวิจัย..... 6	6
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 6	6
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย..... 6	6
สมมุติฐานการวิจัย..... 7	7
ขอบเขตการวิจัย..... 7	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 7	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 9	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 10	10
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง..... 11	11
2. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล..... 21	21
3. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง..... 24	24
4. แนวคิดการให้ข้อมูล..... 32	32
5. แนวคิดการใช้น้ำมันหอมระเหย..... 37	37

6. โปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย	43
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
8. กรอบแนวคิดวิจัย	52
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
การดำเนินการทดลอง.....	62
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	69
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	71
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
สรุปผลการวิจัย	80
อภิปรายผลการวิจัย	81
ข้อเสนอแนะ	87
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	100
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	101
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมวิจัย และ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย	103
ภาคผนวก ค เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย.....	108
ภาคผนวก ง เอกสารพิจารณาจริยธรรมและเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	112
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและประกาศนียบัตรการอบรม	118
ภาคผนวก ฉ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	131
ประวัติผู้เขียน	133

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาจากองค์ประกอบด้านอายุ เพศ โรคทางระบบย่อยอาหาร.....	56
ตารางที่ 2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	72
ตารางที่ 3	ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน	74
ตารางที่ 4	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA ..	75
ตารางที่ 5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA ด้วยวิธีของ Bonferroni.....	76
ตารางที่ 6	แสดงการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ด้วยการวิเคราะห์สถิติ ANOVA.....	132
ตารางที่ 7	แสดงการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ด้วยการวิเคราะห์สถิติ ANOVA.....	132

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แสดงมาตรวัดความวิตกกังวล.....	31
ภาพที่ 2 รูปภาพแสดงกลไกสุคนธบำบัด.....	38
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดวิจัย.....	52
ภาพที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	75



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบทางเดินอาหาร เป็นระบบที่ทำหน้าที่ในการย่อยอาหาร และดูดซึมสารอาหารเข้าสู่ร่างกาย เพื่อนำไปใช้เป็นพลังงานในการดำเนินกิจกรรมของชีวิต ซึ่งโรคที่เกิดจากระบบทางเดินอาหารนั้นเป็นโรคที่พบบ่อยมากในประเทศไทย (ศิวัชร ถือชาติ, 2562) อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับอัตรา 536.53 ในปี 2562 โดยพบว่ากลุ่มโรคในผู้ป่วยในสูงที่สุดคือ ภาวะเพาะและลำไส้อักเสบอาการท้องร่วง เป็นจำนวนถึง 351,733 ราย (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และพบว่า สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องที่เกี่ยวข้องกับลำไส้ในประเทศไทยเฉลี่ยในปีค.ศ. 2012 เท่ากับ 300,000 รายต่อปี (Sindell, 2012) การรักษาผู้ป่วยในระบบทางเดินอาหาร โดยทั่วไปมีทั้งการรักษาด้วยยาและการผ่าตัดซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดมีหลายแบบไม่ว่าจะเป็นแบบส่องกล้องหรือการผ่าตัดทั่วไป การผ่าตัดช่องท้อง (operation) ถือว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ (Major surgery) เป็นการผ่าตัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอวัยวะบางส่วนในร่างกาย แพทย์อาจจะต้องตัดอวัยวะที่สำคัญบางส่วนออกไป การผ่าตัดใหญ่ในกลุ่มของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 เป็นการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน (Emergency) เป็นกลุ่มที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าที่จะเข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุต้องการการผ่าตัดที่เร่งด่วนเช่นดับ ม้าม มีการฉีกขาดหรือผู้ป่วยใส่ด่างอักเสบหรือใส่ด่างแตกเฉียบพลันที่ต้องการการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีภาวะเสี่ยงสูง ในประเทศเดนมาร์กพบการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้อง หลังผ่าตัดถึงร้อยละ 16.5 โดยเกิดจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดถึงร้อยละ 67 (Henrikและคณะ, 2017) กลุ่มที่ 2 ผ่าตัดช่องท้องแบบไม่ฉุกเฉิน(Elective)เป็นกลุ่มที่มีการวางแผนเพื่อเตรียมพร้อมในทุกด้าน ที่จะเข้ารับการผ่าตัดมีการวางแผนล่วงหน้าเช่น โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น ภาวะเพาะอาหาร ภาวะลำไส้ โรคเกี่ยวกับตับ เป็นต้น โดยพบว่า การผ่าตัดช่องท้องแบบไม่ฉุกเฉิน พบได้ถึงร้อยละ 44 (Bedaso&Ayalew, 2019) ถึงแม้ว่าการผ่าตัดลักษณะนี้ จะมีการเตรียมพร้อมผู้ป่วยแล้ว แต่การผ่าตัดช่องท้องก็ยังคงเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงต่อชีวิตผู้ป่วยสูง เพราะใช้ระยะเวลาในการทำผ่าตัดนานตั้งแต่ 1 ชั่วโมงขึ้นไปทำให้มีการสูญเสียเลือดมาก(นันทมน วุฑธานนท์, 2554)

และจากการได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง เช่นกัน แต่ผลของการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องก็เป็นวิธีการรักษาที่สำคัญที่ช่วยในการรักษาโรค เพื่อบรรเทาหรือรักษาพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นคืนสภาพเข้าสู่ภาวะปกติให้มากที่สุดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น (เพิ่มเพ็ญ น้อยตุ่น, 2017)

การผ่าตัดช่องท้องแบบไม่ฉุกเฉิน (Elective) เป็นกลุ่มที่มีการวางแผนเพื่อเตรียมพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัดมีการวางแผนล่วงหน้าเช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบย่อยอาหาร เช่น ภาวะอาหารทะเล ภาวะน้ำตาลในเลือด โรคเกี่ยวกับตับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมีการเตรียมร่างกายเตรียมความพร้อมในทุกด้าน กลุ่มศัลยกรรม Elective กลุ่มที่พบในการผ่าตัดมากที่สุดคือ กลุ่มผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปถึงร้อยละ 44 เช่น โรคถุงน้ำดีอักเสบ เกี่ยวกับระบบนารีเวซร้อยละ 20.6 เช่นเนื้องอกที่มดลูก ระบบปัสสาวะร้อยละ 14.9 เช่น ไตวายเรื้อรังต้องมีการผ่าตัดเปลี่ยนไตและโรคทางระบบกระดูกร้อยละ 6.6 เช่น การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (Bedaso&Ayalew, 2019) แม้ว่าการผ่าตัดศัลยกรรมช่องท้องจะช่วยในการรักษาหรือบรรเทาโรคที่ผู้ป่วยเป็น แต่ก็มีผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ

การผ่าตัดช่องท้องส่งผลกระทบต่อร่างกาย โดยพบว่าระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำงานบกพร่องทำให้ร่างกายเกิดภาวะติดเชื้อได้ง่าย และเกิดแผล เช่น แผลกดทับ การหายของแผลช้าลง และยังพบว่า ภายหลังจากการผ่าตัดส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 30 ของlean body mass ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดขึ้นในทุกๆรายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีผ่าตัดใหญ่ โดยพบว่าจะมีประสบการณ์ความปวดในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงร้อยละ 20-80 และปวดรุนแรงมากในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด(จุฑารัตน์สว่างชัยและศรีสุดา งามขำ, 2560) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเกิดอาการข้างเคียงของการได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น ภาวะคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยจะมีการท้อแท้และปวดท้องโดยพบภาวะท้อแท้หลังผ่าตัดช่องท้องเกิดขึ้นชั่วคราวใน 24 - 72 ชั่วโมง (เพิ่มเพ็ญ น้อยตุน, 2017) เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนโลหิตและหัวใจเกิดภาวะตกเลือด (bleeding) เนื่องจากการเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 30 ในระหว่างการผ่าตัดจนส่งผลถึงหลังผ่าตัดซึ่งมักพบได้ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก (Porth, 2005) เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury) พบได้ถึงร้อยละ 20 เนื่องจากการสูญเสียเลือดและสารน้ำในร่างกายระหว่างการผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด (Thakarและคณะ, 2009) ภาวะที่วัดอุณหภูมิร่างกายได้ ในระดับที่ต่ำกว่าอุณหภูมิปกติ หรือต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส (Aslamและคณะ, 2006)

ผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ พบว่าจะมีอาการแสดงออกด้านความวิตกกังวลที่ส่งผลต่อร่างกายมากถึงร้อยละ48ผู้ป่วยอาจมีอาการกระสับกระส่าย (restlessness) ไม่ให้ความร่วมมือ หายใจเร็ว (Hyperventilation) ต้องพึ่งพา สูญเสียการควบคุมตนเอง ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง และมีความต้องการอย่างไม่มีเหตุผล(กัลยา สรรพอุดม, 2546) หรือเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) โดยพบว่าอยู่ในระดับที่รุนแรงเกิดในหอผู้ป่วยถึงร้อยละ5 (Sharma, 2014) ผู้ป่วยจะมีความคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เบื่อหน่าย หดหู่หงุดหงิดในสภาพที่เป็นอยู่เป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไปอาจเกิดร่วมกับอาการอื่นๆทางร่างกายเช่นน้ำหนักลด เบื่ออาหาร นอนมาก กินจุ

พุดน้อยลง เคลื่อนไหวน้อยลง สมาธิแย่งลง (มาโนช หล่อตระกูลและคณะ, 2559) นอกจากนั้น เกิดภาวะความเครียด (stress) ในระดับที่รุนแรงโดยพบว่าเกิดในหอผู้ป่วยร้อยละ 10 (Sharma, 2014)

ผลกระทบด้านสังคมพบว่าการทำงานที่และบทบาทเปลี่ยนแปลงไป เช่นจากการทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัว เปลี่ยนไปเป็นผู้ตาม ทำให้ความรู้สึกภูมิใจในตัวเองลดลง การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นลดลงเนื่องจากต้องนอนอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ต้องหยุดงานหรือออกจากงานเนื่องจากไม่สามารถทำงานเดิมได้ต้องเปลี่ยนงาน (Chevrolet & Jolliet, 2007) ด้านเศรษฐกิจ พบว่าถ้าผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัวจะทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ทางครอบครัวก็ต้อง ดิ้นรนหาทรัพย์สิน มาใช้จ่าย ขณะที่เฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและต้องเลี้ยงดูสมาชิก หรือครอบครัว (สรารุณี สีถาน, 2557) ความไม่พร้อมของที่อยู่อาศัย หรือทัศนคติมองคนที่เจ็บป่วยว่าเป็นภาระของสังคมทำให้ญาติเสียโอกาสและเวลาที่จะออกไปทำงานเพราะต้องอยู่บ้านดูแลคนป่วย (ลัญจณ์ศักดิ์ อรรถยากร, 2017)

จากผลกระทบข้างต้น พบว่า ด้านจิตใจโดยเฉพาะความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีความสำคัญอย่างยิ่ง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยในแต่ละระยะการผ่าตัดจะแตกต่างกัน ดังนี้ 1) ระยะก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล สาเหตุส่วนใหญ่จะมาจากความไม่มั่นใจ ความหวาดหวั่น โดยพบว่ากลัวตายถึงร้อยละ 83.1 เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกร้อยละ 65.7 เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร้อยละ 76.4 ความพิการร้อยละ 54 จากความไม่รู้ร้อยละ 44.5 (Bedaso & Ayalew, 2019) ความวิตกกังวลนี้จะเกิดขึ้นทันทีตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าต้องได้รับการผ่าตัด ความวิตกกังวลจะยังคงอยู่เรื่อยๆ ไปจนถึงระยะก่อนผ่าตัด ช่วงขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด จนกระทั่งก่อนกลับบ้าน (Johnston M, 1980) ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่า การผ่าตัดจะทำให้เกิดความวิตกกังวลซึ่งมีผลต่อสรีรวิทยาและจิตวิทยาของผู้ป่วยโดยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีอิทธิพลอย่างมากต่อช่วงระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจจึงอาจทำให้เกิดเลือดออกมากในช่วงระหว่างผ่าตัดได้ 2) ระยะหลังผ่าตัด พบว่าความวิตกกังวล ส่วนมากเกิดจากอาการปวดแผลผ่าตัด กลัวแผลผ่าตัดติดเชื้อ แผลหายช้า กลัวการนอนในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (Achmet Al, 2013) หรือมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ความวิตกกังวลระดับสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจกลายเป็นภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุดได้ (Nikayin, 2016) และ 3) ในระยะก่อนกลับบ้านผลกระทบของความวิตกกังวลต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยกลัวความเจ็บปวด กลัวการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย กลัวการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม รู้สึกหวาดหวั่นในการถูกทอดทิ้งไม่สนใจจากครอบครัว รู้สึกเป็นปัญหาเป็นภาระของครอบครัว เมื่อกลับบ้านจะปฏิบัติตนไม่ถูก ยิ่งโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลนานๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ ส่งผลต่อการกลับไปใช้ชีวิตปกติได้ (Fedyschin, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย 1) เพศหญิงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าเพศชายโดยเป็นผลจากฮอร์โมน

ต่อมหมวกไตที่แตกต่างกัน (Kindler, 2000) 2) อายุพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 20-40ปี จะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 60-80ปี เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์มากกว่าทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าส่งผลให้ความวิตกกังวลต่ำกว่า (ขนิษฐา นาคะ, 2534) 3) ระดับการศึกษาผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษา โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการใช้สติปัญญาและมี การเผชิญปัญหาได้อย่าง เหมาะสม (Leske, 1993) 4) ประสบการณ์ที่ได้รับมาก่อนโดย พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการผ่าตัด มาแล้วจะมีผลต่อระดับความวิตกกังวลในครั้งต่อไปซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับ การผ่าตัดในทางลบ ก็จะมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลในการผ่าตัดในครั้งต่อไปเพิ่มขึ้น (Patrick, Wood, Craven, Rokosky & Bruno, 1991) 5) การขาดข้อมูล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัด ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดความกลัว จากประสบการณ์ตรงที่ผ่านมาเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่ถูกต้องก่อนผ่าตัด (Jlala, French, Foxall, Hardman and Bedforth, 2010) หรือจากการรับฟังคำบอกเล่าของผู้อื่น ความวิตกกังวล การผ่าตัดที่ต้องสูญเสีย อวัยวะหรือทำให้เกิดความพิการ (Jaensson, Dahlberg & Nilsson, 2019)

ปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ในระยะหลังผ่าตัดประกอบด้วย 1) ความเจ็บปวดเมื่อเกิดบาดแผลขึ้น เซลล์ในเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บจะกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองเฉพาะที่ ได้แก่ การอักเสบของเนื้อเยื่อ (inflammatory response) มีการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือด หลอดเลือดจะขยายตัวทำให้เลือดผ่านบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บมากขึ้นสารเคมีต่างๆ จะถูกหลั่งเพิ่มขึ้น ซึ่งแต่ละตัวทำหน้าที่ขึ้นกับปริมาณความเข้มข้น เช่น การกระตุ้นเม็ดเลือดขาวและเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านเชื้อโรค กระตุ้นกระบวนการหายของแผล (Smith, 2004) ก่อให้เกิดความวิตกกังวลกลัวปวดมากขึ้น กลัวความพิการ กลัวไม่หายขาดจากโรค การเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยที่อันตรายมีผลต่อความวิตกกังวลในระดับสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดทำให้ ผู้ป่วยมีความต้องการยาบรรเทาปวดมากขึ้น (Bedaso & Ayalew, 2019) 2) ประสบการณ์ที่ได้รับมาก่อน พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการผ่าตัด มาแล้วจะมีผลต่อระดับความวิตกกังวลในครั้งต่อไป โดยผู้ป่วยที่ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดในทางลบก็จะมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลในการผ่าตัดในครั้งต่อไปเพิ่มขึ้น (Patrick, Wood, Craven, Rokosky & Bruno, 1991) 3) จำนวนวันที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมยังนานวัน ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเพิ่มระดับของความวิตกกังวล โดยพบว่าระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นระดับกลาง ในวันที่ 6 ถึงร้อยละ 25 เพิ่มเป็นระดับสูงในวันที่ 12 เป็นร้อยละ 30 (Shama G, 2014) 4) ความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมความต้องการข้อมูลเป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น (Jlala และคณะ, 2010) การแสวงหาข้อมูลจึงเป็นการเผชิญปัญหาวิธีหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้เพื่อ

สนองความต้องการข้อมูลเนื่องจากข้อมูล เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยนำไปใช้ประกอบการ ตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนสูงเช่นหลังผ่าตัด (พรทิวา และคณะ, 2008)

ปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ในระยะก่อนกลับบ้าน ประกอบด้วย 1) ด้านผู้ป่วยการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น (Jlala, French, Foxall, Hardman and Bedford, 2010) การแสวงหาข้อมูลจึงเป็นการเผชิญปัญหาวิธีหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้ เพื่อสนองความต้องการข้อมูล (Pager, 2005) เมื่อการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอจึงไม่มั่นใจในการกลับไปใช้ชีวิตปกติได้ด้านครอบครัวค่าใช้จ่ายด้านการดูแลที่เพิ่มขึ้นญาติผู้ดูแลอยู่ในฐานะบิดามารดาครอบครัว การจ้างผู้ดูแล การจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ (ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถยากร, 2017) 2) ด้านสังคมความไม่พร้อมของที่อยู่อาศัย ความไม่พร้อมของผู้ดูแล หรือไม่มีผู้ดูแล ทำศคนคิดมองคนที่เจ็บป่วยว่าเป็นภาระของสังคม ไม่สามารถกลับไปทำงานได้เต็มศักยภาพเหมือนเดิม ทำให้ญาติเสียโอกาสและเวลาที่จะออกไปทำงานเพราะต้องอยู่บ้านดูแลคนป่วย(ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถยากร, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่าปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ โดยเฉพาะด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น สาเหตุของความวิตกกังวล เกิดจากการขาดความรู้ การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ดังนั้นการได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะสามารถลดความวิตกกังวลได้ ถึงแม้มีการศึกษาการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อลดความวิตกกังวลแล้วแต่ส่วนใหญ่การให้ข้อมูลเป็นการให้ในภาพรวม เช่น การเตรียมตัว ก่อน และหลังผ่าตัด มิได้มีการให้ข้อมูลโดยแยกตามระยะก่อน หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน ทั้งนี้ เพราะในแต่ละระยะ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีสาเหตุและปัจจัยที่แตกต่างกัน ดังนั้นปัญหาความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงยังคงมีอยู่ ดังกล่าวข้างต้น นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยยังพบว่า การใช้น้ำมันหอมระเหยสุดคม โดยใช้น้ำมันดอกกลาเวนเดอร์จะส่งผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติและอารมณ์ความรู้สึก ระบบประสาทอัตโนมัติเกิดการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ความดันโลหิตลดลง อัตราชีพจรขณะพักลดลง มีความรู้สึกผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลด้วย (วินัย สยอวรรณและคณะ, 2554) และ ยังส่งผลถึงระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system; CNS) ทำให้สภาวะของร่างกายในขณะนั้นเกิดการผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวลได้อย่างรวดเร็วที่สุด โดยเกิดขึ้นภายในเสี้ยววินาที (กฤษณา ภูตะคาม, 2553) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยในระยะก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านในผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยโปรแกรมนี้ได้มีการพัฒนาภายใต้แนวคิดของทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal ค.ศ.1983 และแนวคิดการใช้น้ำมันหอมระเหย เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

คำถามการวิจัย

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

แนวความคิดการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal ค.ศ.1983 ซึ่งผลจากการให้ข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโครงสร้างความคิด (schema) ต่อเหตุการณ์ที่ต้องเจอ โดยการให้ข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาพความคิดความเข้าใจ (schemata) ทำให้บุคคลมีความพร้อมที่จะเผชิญ เมื่อประสบเหตุการณ์นั้นจริง ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ มีการประเมินข้อมูลมีการตอบสนองต่อข้อมูลที่ให้โดยการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญสถานการณ์ที่กำลังเป็นอยู่ (วรรณุช ฤทธิธรรมและสมพร ชินโนรส, 2555) การให้ข้อมูลต่อการเผชิญความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1. ข้อมูลที่เป็นเหตุการณ์เข้ามาเผชิญมีผลต่อสภาวะอารมณ์และความเชื่อโดยไม่เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคหรือการรักษาโดย มีการประเมินความพร้อมภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ สีหน้าท่าทางซึ่งข้อมูลการใช้น้ำมันหอมระเหย พร้อมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย ในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดจะสามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลได้ทันที 2. ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของภัยที่คุกคามเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอาการอาการแสดง แนวทางการรักษา กระบวนการการผ่าตัด กระบวนการทางวิสัญญี การใช้น้ำมันหอมระเหย ในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดจะสามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลได้ 3. การดำเนินการเกี่ยวกับภัยคุกคามหมายถึงการดำเนินกิจกรรมโดยการให้ข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน 4. ข้อมูลเกี่ยวกับแรงจูงใจ ความมั่นใจที่ทำให้เผชิญกับภาวะคุกคามนั้นสำเร็จสอบถามและเน้นย้ำเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่พบ เน้นย้ำให้บันทึกในสมุดบันทึกถึงข้อมูลที่ต้องการ และให้ข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมหากเกิดความสงสัยในกระบวนการผ่าตัด หรือกระบวนการทางวิสัญญี หรือความต้องการข้อมูลด้านอื่นโดยน้ำมันหอมระเหยที่นำมาใช้ได้แก่น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์โดยเมื่อผู้ป่วยสูदन้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์เข้าสู่สมองส่วนลิม

บิก ที่มีสมองส่วนอมิกดาลาและฮิปโปแคมปัสเป็นศูนย์กลาง ที่ทำหน้าที่ควบคุมทางอารมณ์ การรับรู้ ความเจ็บปวด ความสุขสบาย และการผ่อนคลายแล้วน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ยังส่งผลถึงระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system; CNS) สภาวะของร่างกายในขณะนั้นเกิดการผ่อนคลายทำให้ บุคคลนั้นมีความกังวล ความวุ่นวายใจลดลง (ศูนย์สารสนเทศวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สำนักหอสมุดและศูนย์สารสนเทศวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2553)

ดังนั้นการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน โดยการให้ข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ มีความรู้ความเข้าใจ มีการประเมินข้อมูลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่กำลังเป็นอยู่และการใช้น้ำมันหอมระเหยในระยะก่อนผ่าตัด หลัง และก่อนกลับบ้านมีผลต่อร่างกายจิตใจ มีผลต่อระบบประสาททันที สามารถลดอาการวิตกกังวล สามารถบรรเทาความเครียดทำให้ร่างกายผ่อนคลายหรือกระตุ้นให้ร่างกายและจิตใจเกิดความสมดุลและมีสภาพที่ดีขึ้น (Kuriyama, H., et al., 2005)

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องหลังได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ Control group time serier with multiple replication design ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน

1. ประชากรวิจัย ที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องโดยมีขอบเขตระหว่างหน้าท้องถึงเชิงกราน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18-59 ปี

2. ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ การให้ข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องหมายถึงบุคคลวัยผู้ใหญ่เพศชายและเพศหญิงอายุ 18-59 ปีที่แพทย์วางแผนให้ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง กลุ่มระบบย่อยอาหารที่มีขอบเขตระหว่างหน้าท้องถึงเชิงกราน ได้แก่การผ่าตัดระบบทางเดินอาหารเป็นระบบย่อยอาหารได้แก่ กระเพาะอาหาร ระบบทางเดินน้ำดี ถุงน้ำดี ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่

การให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลต่างๆที่ตนเองต้องเผชิญเพื่อให้เกิดการรับรู้สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยใช้แนวคิดของ (Leventhal,1983) โดยร่วมกับแนวคิดของสุคนธบำบัด (ศูนย์สารสนเทศวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสำนักหอสมุดและศูนย์สารสนเทศวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2553) ที่ส่งผลให้สามารถลดความวิตกกังวลได้ ประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือ 1.ข้อมูลที่เป็นเหตุการณ์เข้ามาเผชิญมีผลต่อสภาวะอารมณ์และความเชื่อโดยไม่เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคหรือการรักษาโดย 2.ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของภัยที่คุกคามเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอาการ อาการแสดง แนวทางการรักษา กระบวนการการผ่าตัด กระบวนการทางวิสัญญี ข้อดีข้อเสียของการรักษา3.การดำเนินการเกี่ยวกับภัยคุกคามหมายถึงการดำเนินกิจกรรมโดยการให้ข้อมูลร่วมกับสุคนธบำบัดในช่วง ก่อนผ่าตัด1วัน หลังผ่าตัด 1วัน และก่อนกลับบ้าน 4.ข้อมูลเกี่ยวกับแรงจูงใจความมั่นใจที่ทำให้เผชิญกับภาวะคุกคามนั้นสำเร็จ

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้ทำวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยในระยะก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านในช่วงเวลา 9-10 นาฬิกา เป็นเวลานาน 30-45 นาที ด้วยคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในแต่ละช่วง ได้แก่

1. ก่อนผ่าตัด เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็น ความจำเป็นในการผ่าตัด อาการหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวในทุกระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านโดยหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านให้ข้อมูลคร่าวๆการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกระบวนการผ่าตัด กระบวนการทางวิสัญญีร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับทีมบุคลากรที่ดูแลรักษา เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการรักษา และจูงใจให้ปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ

2. หลังผ่าตัด เป็นการให้ข้อมูลเพื่อลดอาการปวดและลดความวิตกกังวลโดยเน้นย้ำ คือ การหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการดูแลแผลและสายระบายหรือสายสวนต่างๆร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์

3. ก่อนกลับบ้าน เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังจากกลับบ้าน 1-2 สัปดาห์ โดยข้อมูลที่ให้เป็นกรการรับประทานยา การพบแพทย์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่ายโดยเป็นการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยทำร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกการรับรู้ของความไม่สบายใจ ไม่ปลอดภัย เป็นความหวาดหวั่น เนื่องจากคาดว่าจะมีสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นผลจากการประเมินด้วยตนเองแล้วว่าเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่นั้นสามารถคุกคามต่อสวัสดิภาพชีวิตเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินเองได้ว่าว่าการผ่าตัดเป็นสิ่งคุกคามต่อความมั่นคง ความปลอดภัยของตนเอง ทั้งเหตุการณ์ปัจจุบันที่เผชิญและสิ่งที่คาดการณ์ในอนาคตประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State

Anxiety Inventory [STAI] Form Y) ของ สปิลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1983) ฉบับภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) จำนวน 20 จำนวน 20 ข้อ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ การดูแลให้การพยาบาลก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องโดยการให้ความรู้ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การให้ความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จะมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด มีการสูญเสียภาพลักษณ์ส่วนการพยาบาลด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยนอกจากนี้แนะนำวิธีการการดูแลตนเองที่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลแต่ไม่มีการติดตามอาการที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลได้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการให้ออมูร่วมกับสุคนธ์บำบัด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
2. เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
3. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้น้ำมันหอมระเหยชนิดอื่นๆและการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ในผู้ป่วยกลุ่มอื่น
4. เป็นแนวทางในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสาร แลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เกิดความครอบคลุมใน การดำเนินการวิจัย สรุปสาระสำคัญดังต่อไปนี้

- 1.ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
 - 1.1 ความหมายของการผ่าตัดช่องท้อง
 - 1.2 กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
 - 1.3 ผลกระทบจากการผ่าตัดช่องท้อง
 - 1.4.การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
- 2.ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
 - 2.1ความหมายของความวิตกกังวล
 - 2.2 ระดับของความวิตกกังวล
 - 2.3 ประเภทของความวิตกกังวล
 - 2.4 สาเหตุของความวิตกกังวล
3. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
 - 3.1 ความวิตกกังวลและปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
 - 3.2 ความวิตกกังวลและปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัด
 - 3.3 ความวิตกกังวลและปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลก่อนกลับบ้าน
 - 3.4 ผลกระทบจากความวิตกกังวล
 - 3.5 การประเมินความวิตกกังวล
- 4.แนวคิดการให้ข้อมูล
 - 4.1 ความหมายของการให้ข้อมูล
 - 4.2แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลของ Leventhal และ Johnson
 - 4.3 ประเภทของการให้ข้อมูล
 - 4.4 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย
 - 4.5 องค์ประกอบของข้อมูลในการให้ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

5.แนวคิดการใช้ไขมันหอมระเหย

5.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสுகุณธบำบัด

5.2 ประเภทสுகุณธบำบัด

5.3 การออกฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหย

5.4 ประเภทน้ำมันหอมระเหย

5.5รูปแบบในการใช้น้ำมันหอมระเหย

6.โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย

7.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.กรอบแนวคิดวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

1.1 ความหมายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้อง (abdominal surgery) หมายถึง การผ่าตัดใหญ่ (major surgery) ที่มีการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ตัดผ่านผนังช่องท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้อง (บริเวณหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ ถุงน้ำดี ท่อน้ำดี ท่อทางเดินน้ำดีตับอ่อน และม้าม) เพื่อตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติและรักษาพยาธิสภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับอวัยวะภายในช่องท้องแล้วทำการเย็บปิด โดยใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (เพิ่มเพ็ญ น้อยตุ่น, 2560;Fairchild, 1996)

การผ่าตัดช่องท้อง (abdominal surgery/exploratory laparotomy) หมายถึงการตัดเปิดช่องท้อง โดยมีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไป เพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาธิสภาพต่างๆที่เกิดกับอวัยวะในช่องท้อง (เพิ่มเพ็ญ น้อยตุ่น, 2560;Lee, 2008)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง โดยมีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไปเพื่อการตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติและรักษาพยาธิสภาพต่างๆ ที่เกิดกับอวัยวะภายในช่องท้อง

ระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal system : GI)

ระบบทางเดินอาหารมีหน้าที่ตั้งแต่ การรับประทานอาหาร(ingestion)ย่อยอาหาร (digestion) ดูดซึมสารอาหารที่มีประโยชน์(absorption)และระบายกากอาหารทิ้งไป (elimination)อวัยวะในระบบทางเดินอาหารจะมีลักษณะเป็นท่อยาวเริ่มตั้งแต่ปากจนถึงทวารหนัก และมีอวัยวะเสริม ช่วยในการย่อยและการดูดซึม(accessory organs)ซึ่งประกอบไปด้วยตับถุงน้ำดี และตับอ่อนดังนั้นหากผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินอาหารมาโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาล ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะ ในการประเมินปัญหาและจัดการ กับปัญหาได้

อย่างครอบคลุม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงทีเพื่อช่วยให้ระบบทางเดินอาหารสามารถ ทำหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่องต่อไปการทำงานของระบบทางเดินอาหารมีการทำงาน 4 หน้าที่หลักได้แก่

1. การเคลื่อนไหว (motility) มีจุดประสงค์ 3 ประการคือเป็นที่รองรับ(storage)อาหารหรือกากอาหารเพื่อคลุกเคล้าอาหารกับสารหลั่งต่าง ๆ และเพื่อบีบไล่อาหารและสารหลั่งต่าง ๆ ให้เคลื่อนไปสู่ปลายทาง

2. การหลั่งสาร (secretion) ระบบทางเดินอาหารให้สารหลั่ง 7-8 ลิตร / วันมีทั้งน้ำย่อย (digestive enzyme) อิเล็กโทรไลต์และกรดต่างเข้าสู่ระบบทางเดินอาหารพร้อมทั้งหลั่ง hormone หลายชนิดเข้ากระแสเลือด

3. การย่อย (digestion) ระบบทางเดินอาหารทำหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นการย่อยเชิงเคมีโดยอาศัยน้ำย่อยเร่งปฏิกิริยา hydrolysis ส่วนน้อยเป็นการย่อยเชิงกล เช่นการเคี้ยว

4. การดูดซึม (absorption) ระบบทางเดินอาหารทำหน้าที่ในการดูดซึมสารอาหารที่ได้จากการย่อยพร้อมทั้งดูดซึมสารหลั่งต่าง ๆ กลับเข้ากระแสเลือดด้วย อวัยวะสำคัญในการย่อยและการดูดซึมคือลำไส้เล็กซึ่งมีการดูดซึม 8 - 9 ลิตรต่อวัน ลำไส้ใหญ่ดูดซึมน้ำเพียง 500 - 800 มิลลิลิตรต่อวัน

การเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารถูกควบคุมและปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา โดยปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบที่ผนังทางเดินอาหาร ได้แก่

1. คุณสมบัติเฉพาะของกล้ามเนื้อเรียบที่ผนังทางเดินอาหาร

2. ระบบประสาทได้แก่ประสาทอัตโนมัติกับระบบประสาทที่ผนังทางเดินอาหารที่เรียกว่า Enteric Nervous System (ENS)

3. สารเคมีในกระแสเลือดซึ่งจัดเป็น hormone หรือ endocrine mediator กับสารเคมีที่หลั่งจากผนังทางเดินอาหารเองซึ่งจัดเป็น paracrine mediator พยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติระบบทางเดินอาหาร

1.2 กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน (Emergency) เป็นกลุ่มที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าที่จะเข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุต้องการการผ่าตัดที่เร่งด่วนเช่นตับ ม้าม มีการฉีกขาด หรือผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบหรือไส้ติ่งแตกเฉียบพลันที่ต้องการการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบไม่ฉุกเฉิน (Elective) เป็นกลุ่มที่ได้วางแผนล่วงหน้าที่จะเข้ารับการผ่าตัดมีการเตรียมการผ่าตัดตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนผู้ป่วยกลับบ้าน จากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบไม่ฉุกเฉิน (Elective) พบว่า

กลุ่มโรคผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปถึงร้อยละ 44 เช่น โรคถุงน้ำดีอักเสบ

กลุ่มโรกระบบนารีเวซร้อยละ 20.6 เช่นเนื้องอกที่มดลูก

กลุ่มโรคระบบปัสสาวะร้อยละ 14.9 เช่น ไตวายเรื้อรังต้องมีผ่าตัดเปลี่ยนไต

กลุ่มโรคทางระบบกระดูกร้อยละ 6.6 เช่น การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว กลุ่มที่ต้องตัดนิ้วหรือตัดขา

ดังนั้น จะพบว่า กลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปเป็นกลุ่มที่พบได้มากที่สุด โดยกลุ่มผ่าตัดช่องท้องในระบบย่อยอาหาร ประกอบด้วย การผ่าตัดอวัยวะต่างๆ ดังนี้

1. ภาวะกระเพาะอาหารอักเสบ (gastritis) การเกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ทำให้มีอาการปวดท้องแบบจุกเสียดบริเวณใต้ลิ้นปี่ มีสาเหตุมาจากการเสียสมดุลของกลไกการป้องกันตนเองของเยื่อ (mucosal defence) จากการติดเชื้อ H. pylori และจากการได้รับยากลุ่ม NSAID เป็นประจำกับการกระตุ้นให้มีจำนวนน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นและถ้ามีการแตกทะลุของแผลในกระเพาะอาหาร (peptic perforate) จนถึง peritoneal cavity ทำให้น้ำย่อยและกรดในกระเพาะอาหารรั่วเข้าไปในช่องท้องและทำให้มีการอักเสบ การอักเสบทำให้มีการเสียน้ำเข้าไปในช่องท้อง หรือเข้าทางผนังของลำไส้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดน้ำและเข้าสู่ภาวะช็อกได้ จากภาวะ hypovolemia และ sepsis จากการอักเสบของ อวัยวะในช่องท้องเช่น ภาวะตับอ่อนอักเสบ เกิดจากการกระตุ้นให้ตับอ่อนหลังเอมไซม์ ออกมามากกว่าปกติและมีผลทำให้น้ำย่อยเนื้อตับอ่อนเองทำให้เกิดการบวมจากการมีเลือดมาคั่ง (acute adreomatous pancreatitis) ถ้าผนังเซลล์ของตับอ่อนถูกทำลายมากขึ้น รวมทั้งหลอดเลือด จะทำให้เกิดภาวะเลือดออก และมีการเน่าตายของเนื้อเยื่อ (acute hemorrhagic or necrotizing pancreatitis) การเป็นนิ่วในถุงน้ำดี ทำให้มีการไหลย้อนกลับของน้ำดีเข้าสู่ตับอ่อน และเป็นทางให้แบคทีเรีย ทำให้ตับอ่อนเกิดการอักเสบได้

การผ่าตัดกระเพาะอาหาร

วิธีการผ่าตัด ประกอบด้วย

1. Simple closure เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อซ่อมกระเพาะอาหารที่นิยมใช้ absorbable suture material เย็บเหนือขอบบนขอบล่าง และตรงกลางที่ทะลุ

2. Vagotomy เป็นการผ่าตัด vagus nerve เพื่อลด gastric secretion เช่น การตัดส่วนที่ควบคุมกระเพาะอาหารและส่วนบนของระบบทางเดินอาหารถึง transverse colon เรียกว่า truncal vagotomy: TV การตัดเฉพาะส่วนที่มาเลี้ยงกระเพาะอาหารเรียกว่า selective vagotomy: SV การตัดเฉพาะส่วนที่ไปเลี้ยงกระเพาะอาหารบริเวณ parietal cell เรียกว่า proximal gastric vagotomy: PGV เป็นวิธีที่นิยมทำและมีความปลอดภัยสูงสำหรับการทำ TV, SV ทำให้การบีบตัวของกระเพาะอาหารและการหลั่งกรดลดลงทำให้อาหารตกค้างในกระเพาะนานเกินปกติในการผ่าตัดจึงต้องทำ drainage operation ร่วมด้วยเสมอเพื่อให้อาหารออกจากกระเพาะได้สะดวกขึ้นจะทำในกรณีฉุกเฉินเนื่องจากมีความสะดวกรวดเร็ว

3. Antrectomy เป็นการตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายหรือส่วนantrumออกเพื่อลดการสร้างฮอร์โมนgastrinอาจทำร่วมกับVagotomyในกรณีที่แผลหายยาก

4.Gastric resection หรือ subtotal gastrectomy เป็นการตัดกระเพาะอาหารส่วนปลายคือ antrumกับ pylorous ส่วนที่เหลือจะนำมาต่อกับลำไส้เล็กส่วนต้น Duodenum (billroth I) หรือลำไส้เล็กส่วนปลาย jejunum (billroth II) ปัจจุบันไม่นิยมทำเนื่องเป็นการตัดส่วนของกระเพาะมากทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางโภชนาการในระยะยาว

5.Pyloroplasty เป็นการผ่าตัดเพื่อเย็บซ่อมแซม และป้องกันการอุดตันกระเพาะอาหาร

2. ภาวะถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis) มีทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ส่วนใหญ่พบแบบเรื้อรัง และมักพบร่วมกับการเป็นนิ่วในถุงน้ำดี ซึ่งทำให้ท่อน้ำดีอุดตัน โดยเฉพาะที่บริเวณ cystic duct ทำให้เยื่อถุงน้ำดีมีการระคายเคืองจากการคั่งค้างของน้ำดี ทำให้เกิดการอักเสบของถุงน้ำดี ถ้าน้ำดีลงไปไหลในลำไส้เล็กไม่ได้ ทำให้การย่อยไขมันเสียไปและพบไขมันในอุจจาระได้(steatorrea) อาจมีภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากการดูดซึมวิตามินเค ที่ลำไส้เล็กลดลง

อวัยวะในช่องท้องที่มีการอักเสบ อาจมีการอักเสบลุกลามถึงชั้น serosa และ parietal ของเยื่อช่องท้อง และถ้ามีสารเคมีจากน้ำย่อยกระเพาะอาหารหรือน้ำดีทำให้เยื่อช่องท้องอักเสบจากการอักเสบทำให้มีน้ำซึมออกจากเส้นเลือดของเยื่อช่องท้องเข้าสู่ช่องท้อง ในระยะแรกน้ำจะใสต่อมาจะขุ่นเนื่องจากมีโปรตีนและมีเม็ดเลือดขาวมากขึ้น ถ้าสารพิษเข้าไปในกระแสเลือด (endotoxemia) ทำให้เกิดภาวะ septic shock การเสียน้ำและเกลือแร่เข้าสู่ช่องท้องอาจทำให้เกิดภาวะ hypovolemia ถ้ารุนแรงมากอาจแก้ไขไม่ทันจะทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลวได้

การผ่าตัดถุงน้ำดี (cholecystectomy) และการผ่าตัดทางเดินน้ำดี อาจใช้วิธีการผ่าตัดทางหน้าท้องหรือโดยใช้กล้องส่องในช่องท้อง เช่นเดียวกับการผ่าตัดไส้ติ่งในกรณีที่ทางเดินน้ำดีมีการอุดตันหรือมีการผ่าตัดทางเดินน้ำดีร่วมด้วยอาจมีการใส่ท่อระบายน้ำดีรูปตัวที ที่ท่อน้ำดีรวม (common bile duct)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่สำคัญ ได้แก่ 1) การรั่วของน้ำดี(bile leakage) ทำให้มีการสูญเสียน้ำ อิเล็กโตรไลต์ ความสมดุลของกรดต่าง ถ้าซึมเข้าไปในช่องท้องจะทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ถ้าซึมมาที่แผล ทำให้ผิวหนังรอบท่อระบายเป็นแผลได้2) การอุดตันของทางเดินน้ำดีทำให้เกิดภาวะตาตัวเหลือง (postoperative jaundice)

3. ภาวะตับแข็ง (Cirrhosis of Liver) หมายถึงภาวะที่เซลล์ตับถูกทำลายอย่างมากร่วมกับเนื้อของตับมี fibrotic tissue และมีผลต่อหลอดเลือดหลอดน้ำเหลืองน้ำดี มีการเปลี่ยนแปลงและมีการทำลายโครงสร้างตับและเกิดportal hypertension สาเหตุ 1. การขาดอาหารประเภทโปรตีน 2. การดื่มแอลกอฮอล์มากๆ 3. การเป็นโรคตับอักเสบอย่างรุนแรง 4. มีสิ่งอุดกั้นในทางเดินน้ำดีของตับ

5.พยาธิในตับเช่น Liver flukeและ schistosomiasis 6. สาเหตุอื่นๆ เช่น Hemochromatosis สารเคมีหรือยาบางอย่างพยาธิสภาพมีหลายชนิด เช่น

1. การมี connective tissue ถูกทำลาย (Micromodularหรือ fatty cirrhosis) จากการขาดอาหารและดื่มสุรามากเป็นสาเหตุทำให้เกิด portal hypertension

2. Post hepatic cirrhosisหรือMacromodularcirrhosisเป็นโรคตับแข็ง ที่เกิดตามการมี massive necrosis จากการมีภาวะตับอักเสบอย่างรุนแรง

3. Obstructive cirrhosis เกิดจากการมีสิ่งอุดตันทางเดินน้ำดีจะมี diffuse fibrosis ของตับ ร่วมกับการมี nodular hyperplasia

4. Cardiac cirrhosis เกิดจากโรคหัวใจล้มเหลวผู้ป่วยจะมีอาการบวมร่วมด้วยอาการในระยะแรกอาจไม่มีอาการหรือมีอาการที่ไม่รุนแรงเช่นเบื่ออาหารท้องอืดอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน มักปวดท้องบริเวณ RUQ การตรวจร่างกาย สามารถตรวจพบได้เมื่อเป็นมานานแล้ว หรือเป็นมากขึ้น

อาการและอาการแสดงของภาวะตับแข็งที่พบได้

1. Skin Change เช่น การมีเส้นเลือดฝอยเล็กๆ เป็นกลุ่มๆ (Spider nevi) บริเวณหน้าอก คอ แขน

2. เกิดภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากตับสูญเสียหน้าที่ในการสร้างปัจจัยที่ช่วยการแข็งตัวของเลือดโดยเฉพาะ Factor V, VII และ Prothrombin และจากการมี plasminogen activator มากกว่าปกติทำให้มีการสลายไปมากขึ้นทำให้เลือดออกง่ายและหยุดยากเลือดจะออกมาบริเวณ esophageal varices ได้ผิวหนังและเยื่อต่างๆ

3.การมีท้องมาน (Ascites) มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการเช่นการมีแรงดันของplasma colloidal ต่ำลง การมี hyperaldosterone และ การมี portalhypertension

4. Hydrothorax พบในผู้ป่วยที่มี cirrcrosisร่วมกับ ascites ทำให้เกิด pleural effusion ได้ และเกิด hydrothorax ตามมาโดยเฉพาะปวดด้านขวา

5. อาการตา ตัวเหลือง มีอาการมากขึ้นกับการถูกทำลายของเซลล์ตับ เพราะเซลล์เสียหน้าที่ในการเปลี่ยนแปลงbilirubin ที่เกิดจากสลายตัวของเม็ดเลือดแดงได้ ทำให้จำนวน bilirubin ในเลือดสูง

6. Endocrine disturbances เช่น ในผู้ชายจะมีเต้านมโต อัณฑะเหี่ยว ขนในที่ต่างๆลดลง

7. การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน ประกอบด้วย

7.1 นิ้วป้อม (Clubbing of finger) จากการปรับตัวของหลอดเลือดส่วนปลายที่ขยายมากขึ้น และมีเลือดมาเลี้ยงมาก

7.2 มี venous collaterlaจากการมี portal hypertension ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางเดินของหลอดเลือดดำที่ผ่านตับ (portal system) ไปยังหัวใจ (systemic circulation) เช่น

การมีหลอดเลือดโป่งพองที่บริเวณcardiaของกระเพาะอาหาร (esophageal varices) การเกิดริดสีดวงทวารและการเกิดcaput medusa

8. มีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาท ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หงุดหงิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง สับสนควบคุมตัวเองไม่ได้ในระยะสุดท้ายจะหมดสติไม่รู้สึกรู้ตัว

9. ตับม้ามโตเนื่องจากการมี hyperplasia และมี congestion ทำให้ผู้ป่วยแน่นอึดอัดไม่สบาย

การผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็ง ประกอบด้วย

1. Hepatic resectionเป็นการตัดตับออกทั้งกลีบ หรือตัดออกเพียงบางส่วน

2. Hepatic artery ligationเป็นการผ่าตัดเพื่อทำให้ก้อนขาดเลือดและเน่าตาย ทำในกรณีที่ มีเลือดออกเฉียบพลัน

4. ภาวะลำไส้อุดตัน (Intestinal obstruction) หมายถึง ภาวะที่ของเหลวก๊าซและของแข็งซึ่งอยู่ในลำไส้ไม่สามารถเคลื่อนผ่านตามช่องทางของลำไส้ได้ตามปกติประเภทของการอุดตัน

1.Simple obstruction มีการอุดตันเพียงตำแหน่งเดียวลมและน้ำที่คั่งเหนือบริเวณที่อุดตันสามารถทะลักกลับขึ้นไปได้

2.Strangulated obstruction การอุดตันที่ทำให้ลำไส้ส่วนนี้ขาดเลือด ทำให้ผนังลำไส้เกิดการเน่าตาย

3.Closed – loop obstruction การอุดตันของลำไส้ที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 แห่งเช่นลำไส้บิดเป็นเกลียวและมักเกิดร่วมกับstrangulation

พยาธิสภาพ

1.การสูญเสียน้ำและเกลือแร่เกิดจากการอุดตันที่ทำให้ลมน้อยและกากอาหารคั่งอยู่ในลำไส้เหนือจุดอุดตันในระยะแรกๆมีอาการท้องอืดจากการกั้นก๊าซในโตรเจนต่อมาจะเริ่มมีก๊าซเพิ่มขึ้นจากการทำปฏิกิริยาของแบคทีเรียทำให้ลำไส้บวมและลำไส้บีบตัวเพื่อให้ของเหลวและก๊าซเคลื่อนผ่านทำให้ปวดท้องและอาเจียนเมื่อการอุดตันเกิดมากขึ้นทำให้ผนังลำไส้บวมน้ำเนื่องจากมีของเหลวและอิเล็กโทรไลต์จากthird space เข้าไปในช่องลำไส้และช่องของเยื่อช่องท้องเป็นผลทำให้เกิดการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ได้

2.การสูญเสียเลือดหรือพลาสมาเมื่อมีการอุดตันจนทำให้ผนังลำไส้บวม และมีความดันในช่องลำไส้สูงทำให้ขีดขวางการไหลกลับของเลือดดำ จึงมีเลือดคั่งและเกิดการมีเลือดออก

3.การดูดซึมพิษของเชื้อโรค เกิดจาก mucosaตายเพราะขาดเลือดทำให้ลำไส้มีการแตก ทะลุ และสารพิษจากเชื้อโรค สามารถเข้าไปในเยื่อช่องท้องทางต้นกระแสน้ำเลือดได้

4.1 ลำไส้เล็กอุดตัน (small bowel obstruction)มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเกิดพังผืด (adhesion และ band) และไส้เลื่อน (Hernia) ในช่องท้องอาการสำคัญได้แก่ปวดท้อง

ปวดแบบทันทีเป็นพักๆ แบบ colic ท้วท้องและรุนแรงมากขึ้นคลื่นไส้อาเจียนเป็นมากในระยะแรก จะอาเจียนแบบต่อเนื่องและรุนแรงท้องอืด ท้องอืดขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่เป็นและระดับที่อุดตัน ท้องผูก ในระยะแรกจะผายลมหรือถ่ายอุจจาระได้ แต่ในที่สุดจะไม่ถ่ายหรือผายลมอีกผู้ป่วยที่มีอาการ รุนแรงจะมีอาการขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ถ้าไม่รีบรักษาจะทำให้เข้าสู่การช็อคได้

4.2 ลำไส้ใหญ่อุดตัน (Large bowel obstruction)

ส่วนใหญ่พบบริเวณ sigmoid หรือ rectum มีอาการสำคัญได้แก่การถ่ายผิดปกติ เช่น ท้องผูก ถ่ายเป็นมูกปนเลือด ถ่ายอุจจาระก้อนเล็กกลอง อาการนี้มักเป็นอาการนำที่เป็นหลายสัปดาห์ ถ้ารุนแรงมากขึ้น จะไม่มีการถ่ายหรือผายลมท้องอืด ในระยะที่มีการอุดตันมากขึ้น ท้องอืดมากขึ้น ปวดท้อง ปวดแบบ colic ปวดเป็นพักๆ ในระยะหลังจะปวดถี่มากขึ้นคลื่นไส้อาเจียนเกิดในระยะหลัง เมื่อมีการอุดตันทั้งหมด จะมีท้องอืดมาก การทำผ่าตัดจะต้องรีบทำหลังจากฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยแล้ว วิธี ผ่าตัดในรายที่มีการอุดตันที่ลำไส้เล็กขึ้นอยู่กับสาเหตุเช่น ถ้ามีลำไส้เน่าตายต้องตัดออกและต่อใหม่ (bowel resection) ถ้ามีผนังก็ทำ lysis adhesion สำหรับการผ่าตัดของการอุดตันนี้ลำไส้ใหญ่มีหลายวิธี เช่น การอุดตันของลำไส้ใหญ่ด้านขวา ผ่าตัดโดยทำ right hemicolectomy

การอุดตันของลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย การผ่าตัดมีหลายวิธีเช่น

1) ผ่าตัดโดยทำ colostomy ชั่วคราวเพื่อลดแรงกดดันในลำไส้(decompression)หลังจากนั้นจึงทำ colon resection

2) ทำ colon resection และนำปลายมาเปิดเป็นcolostomyชั่วคราวเพื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงต่อ colon อีกครั้ง

3) ทำ colon resection และ anastomosis ในครั้งเดียวกัน

4) การตัดส่วน colon ออกทั้งหมด หรือบางส่วน แล้วต่อปลายของ ilcumกับปลายส่วน rectum

1.3 ผลกระทบของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะได้รับผลกระทบ ต่างๆ ดังนี้

1.3.1 ด้านร่างกาย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายพบว่า จะมีแผลผ่าตัด และ บางรายต้องมียุกรณ์ต่างๆ ออกจากห้อง ผ่าตัด ดังนั้น สิ่งกระทบผู้ป่วยอย่างชัดเจน คือ อาการเจ็บปวด (pain) การเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ไม่ว่าจะเกิดจากการใส่สายสวนต่างๆ หรือจากการมีแผลผ่าตัด การปวดตามอวัยวะต่างๆทำให้ผู้ป่วย วิตกกฤตไม่ยอมที่จะเคลื่อนไหวร่างกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อยเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบดังนี้

1. ระบบทางเดินหายใจ พบว่า การเจ็บปวดทำให้ไม่สามารถหายใจเข้าออกลึกๆ และไอขับ เสมหะออกได้จนทำให้เกิดเสมหะคั่งค้างมากขึ้น เกิดภาวะถุงลมปอดแฟบ (atelectasis) และปอด

บวมเฉพาะที่ (hypostatic pneumonia) จาก การที่ร่างกายเคลื่อนไหวได้น้อยและการนอนท่าเดียวนานๆ (Perry, 2007)

2. ระบบไหลเวียนโลหิตพบว่า อาจเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำเนื่องจากการเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 30 หรือ ประมาณ 1.5 - 2 ลิตร ซึ่งมักพบได้ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด อาการแสดงคือ ชีพจรเบา เร็ว กระสับกระส่าย ตัวเย็น ซีด ปัสสาวะออกน้อย ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองและเนื้อเยื่อต่างๆ ลดลง (Porth, 2005) ซึ่งการที่ร่างกายสูญเสียเลือดมากหรือมีภาวะตกเลือดที่รุนแรงหรือเกิดภาวะช็อก อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะหลังผ่าตัดได้ จากการเจ็บปวดในผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกายซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (thrombophlebitis) จากการอุดตันของลิ่มเลือด เกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน deep vein thrombosis อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดไปอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism) ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีก็เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (Huang et al., 2001)

3. ภาวะทุพโภชนาการน้ำหนักลด เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมช่องท้องไม่สามารถรับประทานอาหารหรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยน้ำหนักหนักลดลงโดยพบว่าถ้าน้ำหนักลดร้อยละ 10 ของ lean body mass ส่งผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานบกพร่องทำให้ร่างกายติดเชื้อได้ง่าย ถ้าน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 30 ของ lean body mass จะทำให้ผู้ป่วยวิกฤตเกิดแผลขึ้นได้เอง เช่น แผลกดทับ การหายของแผลช้าลง (Demling, 2009)

4. เกิดภาวะ Refeeding syndrome เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารหรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือมีการงดน้ำงดอาหารเพื่อการรักษาทำให้ร่างกายขาดสารอาหารภาวะ Refeeding syndrome เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องมาจากการให้อาหารอย่างรวดเร็วภายหลังที่อดอาหารเป็นเวลานาน ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึม ทำให้มีการดูดกลับของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย มีการดูดกลับของ กลูโคส โพแทสเซียม ฟอสฟอรัส แมกนีเซียม เข้าสู่เซลล์ส่งผลให้ระดับของอิเล็กโทรไลต์ดังกล่าวลดลงในกระแสเลือด ซึ่งถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีจะส่งผลต่อระบบไหลเวียนทั่วร่างกาย (The Irish Society for Clinical Nutrition and Metabolism, 2010)

5. ระบบหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของหัวใจเนื่องจากโรคประจำตัวเดิม หรือ hemodynamic ไม่ดีเกิดจากยาบางชนิดหรือสาเหตุอื่นๆ ระบบหัวใจที่พบได้มากคือ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) ร้อยละ 6.1 ภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ร้อยละ 0.6 โดยหลังผ่าตัดอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (acute myocardial infraction) ร้อยละ 0.2 (Jakobson et al., 2014) เนื่องจากการสูญเสียสารน้ำ เลือดจำนวนมาก

6. ระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract complications) ในผู้ป่วยพบว่าผลเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้เนื่องจากการคาสายสวนเป็นเวลานาน การทำความสะอาดบริเวณที่คา

สายสวนไม่ดี อาการของภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้แก่ มีอาการปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะบ่อย แสบขัด สีขุ่น มีตะกอน มีเม็ดเลือดขาวใน ปัสสาวะ จำนวนมาก (Dayton, 2004) ทำให้มีการเจริญเติบโต ของเชื้อแบคทีเรียซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) ตามมาในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมมักเกิดจากการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะ (urinary retention) ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหรือทางไขสันหลัง เนื่องจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก จะไปกดการทำงานของระบบประสาทและรีเฟล็กซ์ของการปัสสาวะ (micturitionreflec) และ กดศูนย์ควบคุมการปัสสาวะในระดับสมอง นอกจากนี้การที่ร่างกายขาดการเคลื่อนไหวในระยะหลัง ผ่าตัดยังทำให้มีผลลดการติ่งตัวของกล้ามเนื้อเรียบซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดปัสสาวะคั่งค้าง (Litwack, 2000) ทั้งนี้ผลจากการมีปัสสาวะคั่งค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะจำนวนมาก ทำให้มีการเจริญเติบโต ของเชื้อแบคทีเรียซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) ตามมา

7. **ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia)** คือ ภาวะที่วัดอุณหภูมิร่างกายได้ ในระดับที่ต่ำกว่าอุณหภูมิร่างกายปกติ หรือต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เป็นภาวะแทรกซ้อนหลัง ผ่าตัดหรือจากการทำหัตถการแล้วผู้ป่วยมารับรักษาต่อในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งมีผลมาจากกระบวนการ ผ่าตัดการทำหัตถการและการให้ยาระงับความรู้สึก (สุพิศ สกุลคง, 2559)

1.3.2 ด้านจิตใจ

ผลกระทบของผู้ป่วยด้านจิตใจโดยเฉพาะการผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะประเมินว่าเป็นภาวะคุกคามในชีวิตและเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล กลุ่มอาการที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไปในระดับความวิตกกังวลระดับปานกลางพบถึงร้อยละ 30 ตามมาด้วย เครียด ร้อยละ 10 และซึมเศร้าร้อยละ 5 โดยพบในเพศหญิงถึงร้อยละ 78 และพบว่าเป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนอายุ 30-44 ปี (Kindler, 2000) ผลกระทบด้านจิตใจ ประกอบด้วย

1. ความวิตกกังวล (anxiety) ความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมช่องท้องมีผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด ระบบขับถ่าย ระบบหายใจ ระบบประสาท

2. ซึมเศร้า (Depression) ในระดับที่รุนแรงพบว่าเกิดในหอผู้ป่วยร้อยละ 5 (Sharma, 2014) เป็นผลกระทบต่ออารมณ์ มีความคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เบื่อหน่าย หดหู่ หงุดหงิดในสภาพที่เป็นอยู่เป็นเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไปอาจเกิดร่วมกับอาการอื่นๆทางร่างกาย เช่น น้ำหนักลด เบื่ออาหาร นอนมาก กินจุ พุดน้อยลง เคลื่อนไหวน้อยลง สมาธิแย่ง (มาโนช หล่อตระกูลและคณะ, 2559)

3. ความเครียด (stress) ในระดับที่รุนแรงพบว่าเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 10 (Sharma, 2014) ความเครียด คือ ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ที่ทำ

ให้รู้สึก ไม่สบายใจ คับแคँใจ หรือถูกบีบคั้น กดดันจนทำให้ เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธหรือ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

1.3.3 ด้านสังคม

พบว่าการทำหน้าที่และบทบาทเปลี่ยนแปลงไป เช่นจากการทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัว เปลี่ยนไปเป็นผู้ตาม ทำให้ความรู้สึกภูมิใจในตัวเองลดลง การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นลดลงเนื่องจาก ต้องนอนอยู่โรงพยาบาล ต้องหยุดงานหรือออกจากงานเนื่องจากไม่สามารถทำงานเดิมได้ต้องเปลี่ยนงานเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำบทบาทในด้านสังคมทำให้รู้สึกเป็นภาระของครอบครัวทำให้มีพฤติกรรม แยกตัว รู้สึกกระวนกระวายใจ อาจเกิดการตื่นกลัว มีอาการสับสน หวาดระแวง ลี้หนี อาจมีอาการ ประสาทหลอนได้ (Chevrolet & Jolliet, 2007)

1.3.4 ด้านเศรษฐกิจ

พบว่าการเจ็บป่วยจากการผ่าตัดช่องท้องส่งผลให้ขาดรายได้ที่ต้องนำมาใช้จ่ายภายใน ครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยพยายามที่จะดูแลตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพภายหลัง ผ่าตัด เพื่อให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วยและสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ตามปกติถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ นำครอบครัวจะทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ทางครอบครัวก็ต้องดิ้นรนหาทรัพย์สิน มาใช้จ่ายขณะที่ ฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและต้องเลี้ยงดูสมาชิก หรือครอบครัวโดยอาจต้องกู้หนี้ยืมเงินเพื่อหา เงินมาใช้จ่ายเมื่อหายจากอาการป่วย ก็ต้องหาเงินเพื่อจะมาใช้หนี้หรือสำรองเป็นค่าใช้จ่ายในการพบ แพทย์ครั้งต่อไป (สรารุณี สีถาน, 2557)

สรุป ผู้วิจัยสนใจผลกระทบทางด้านวิตกกังวลเนื่องจากเป็นกลุ่มอาการที่พบมากที่สุด ในผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไปในระดับความวิตกกังวลระดับปานกลางพบถึงร้อยละ 30 ตามมาด้วย เครียดร้อยละ10และซึมเศร้าร้อยละ 5 โดยพบในเพศหญิงถึงร้อยละ 78 และพบว่าเป็นผู้ใหญ่วัย กลางคนอายุ 30-44 ปี (Kindler, 2000)โดยเมื่อเกิดความวิตกกังวลจะทำให้ฮอร์โมน epinephrine nor- epinephrine และ adrenocorticotrophic ถูกหลั่งออกมาสู่กระแสเลือด ซึ่งจะส่งผลต่อการขับ และดูดซึมเกลือแร่ในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงเช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้เกิดอาการตกใจง่าย อาการหงุดหงิดง่าย การเปลี่ยนแปลงความคิดความจำ การรับรู้ (กัลยา สรรพอุดม, 2546) และพบว่าจะมีอาการแสดงออกด้านความวิตกกังวล ส่งผลต่อร่างกายมากถึงร้อยละ48ดังนั้นผู้ป่วยอาจมีอาการกระสับกระส่าย (restlessness) ไม่ให้ความร่วมมือ หายใจเร็ว (Hyperventilation) ต้องพึ่งพาในทุกๆด้าน สูญเสียการควบคุมตนเอง ต้องวางใจในผู้ให้การดูแลที่ไม่ รู้จักไม่ได้รับการช่วยเหลือและไม่มีความสามารถในการแก้ปัญหา และมีความต้องการอย่างไม่มีเหตุผล เป็นสัญญาณของการเพิ่มขึ้นของระดับความวิตกกังวล ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จะมี ผลกระทบต่อการรักษาอาจทำให้ไม่ยินยอมในการรักษา ยิ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพเพิ่มความ

เจ็บป่วย และลดการหายจากโรคของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ได้ เพิ่มจำนวนวันนอน มีการใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลายเดือน

1.4. การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง สามารถแบ่งระยะการดูแลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพยาบาลดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หรือการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (preoperative phase) ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย และความเสี่ยงในการผ่าตัด แล้ว อธิบายข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เตรียมสภาพร่างกายผู้ป่วยให้พร้อมผ่าตัด โดยพิจารณาตามสภาวะของผู้ป่วย และโรคประจำตัวในบางรายอาจมีความจำเป็นต้องส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง งดน้ำ และอาหารก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด จงดื่อกบิลาลสำหรับการดูแลหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้เตรียมเลือด หรือส่วนประกอบของเลือด ในกรณีที่มีการผ่าตัดที่คาดว่าจะเสียเลือดมาก(นัทธมน วุฑธานนท์, 2554)

ระยะที่ 2 การพยาบาลดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วย การติดตามบันทึกสัญญาณชีพ การบันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออก การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินความเจ็บปวดและการบรรเทาปวดด้วยวิธีต่างๆ กระตุ้น early ambulation เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน อาการแทรกซ้อนต่างๆ หลังการทำผ่าตัดช่องท้อง เช่น ท้องอืด ภาวะ bleeding จากแผลผ่าตัดและสายระบายต่างๆ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540)

ระยะที่ 3 การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะก่อนกลับบ้าน ประกอบด้วย การให้ความรู้ การเตรียมตัว ก่อนกลับบ้าน คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การจัดการความปวด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัดคำแนะนำ เกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทาน ต่อการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน ให้คำแนะนำการรักษาพยาบาลที่ต้องทำเมื่อกลับบ้าน การดูแลสุขภาพทั่วไป การออกกำลังกายการพักผ่อน เพียงพอ หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค (บุษบา สมใจวงษ์, 2559)

2. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

2.1 ความหมายของความวิตกกังวล (Anxiety)

ความวิตกกังวล เป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม ตกอยู่ในอันตราย หรือตกอยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัย ความไม่แน่นอน ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง เป็นความรู้สึกที่จะทำให้บุคคลเกิดความหวาดกลัว ตึงเครียด กระวนกระวายใจ หรือไม่สบายใจ โดยมีการตอบสนองทางดานร่างกายและจิตใจ (ชอลดา พันธุเสนา, 2536)

ความวิตกกังวลหมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของความไม่สุขสบาย เป็นทุกข์หรือตึงเครียด เกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณค่าต่อตนเอง หรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งที่คุณค่าอาจมีจริง กำลังจะคุกคาม หรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าที่คุณค่าว่าคุณค่า (Spieberger & Gorsuch, 1983)

ความวิตกกังวล เป็นความเครียดที่เกิดจากการคุกคามมั่นคงปลอดภัยของบุคคล โดยสิ่งที่คุณค่าอาจมีจริงหรือไม่มีจริงหรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า แล้วเป็นเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางดานร่างกายและจิตใจ (Spielberger & Sydeman, 1994)

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมากที่สุดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทำให้ต่อมหมวกไตชั้นในมีการหลั่งสารแคทีโคลามินและต่อมหมวกไตชั้นนอกปล่อยคอร์ติโคสเตียรอยด์เกิดการคั่งของโซเดียมและโปแตสเซียมในเลือดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ ในผู้ป่วยระดับความกังวลสูงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาเพื่อลดอาการเจ็บปวดมากขึ้นเมื่อ ความเจ็บปวดสูงและต้องการยาแก้ปวดมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพ ร่างกายล่าช้า และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลต่ำ (Phipps, 1995)

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มั่นใจต่อสถานการณ์ในอนาคตที่อาจเกิดอันตราย หรือมีความเสียหาย เนื่องจากคาดว่าจะมีสิ่งคุกคามความมั่นคงของบุคคลขณะเดียวกันจะมีความไม่สุขสบายทางร่างกายด้วยหากมีความวิตกกังวลมาก หรือเป็นเวลานานๆ จะมีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลได้ (Stuart & Sundee, 1995)

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกกดดันหวาดหวั่นจากความเป็นทุกข์ จากความคาดหวังในสิ่งที่ไม่สามารถระบุได้ความวิตกกังวลเป็นภาวะภายในจิตใจที่มีการรับรู้ตอบสนองทางอารมณ์กับสิ่งที่จะระบุได้ซึ่งคุกคามและอันตรายถึงชีวิต (Travis, 1998)

ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์ที่กำหนดให้เป็นความรู้สึกของความไม่สบายใจความไม่แน่นอน กังวลหรือความกลัวที่ก่อให้เกิดการตอบสนองความเครียดของร่างกายในการตอบสนองการรับรู้ต่อภัยคุกคาม (Frazier et al., 2002)

ความวิตกกังวล เป็นระบบกลไกการป้องกันและช่วยให้บุคคลที่มีสุขภาพที่ดีพร้อมรับมือกับสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดด้วยการสร้าง การเพิ่มความตระหนักถึงสิ่งแวดล้อมต่างๆภายใน ปฏิภานนี้อาจได้รับการเรียกว่า “ต่อสู้อหรือการตอบสนอง” (McGrandles & Duffy, 2012)

ความวิตกกังวล เป็นรู้สึกเชิงลบที่เป็นนามธรรม เกิดขึ้นได้เมื่อครุ่นคิดคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อาทิ คิดเรื่องที่ตนเองจะตาย และการคิดคำนึงถึงเรื่องต่างๆ ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์คนละอย่างกับความกลัวซึ่งความกลัวนั้นเป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ใกล้ตัวและเป็นรูปธรรมมากกว่าความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกกระวนกระวายและกังวลใจ ผู้มีอาการนี้มักจะตอบสนองต่อภาวะถูกคุกคามต่างๆอย่างเกินจริง (American Psychiatric Association, 2013)

ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์ที่มีการตอบสนองทางอารมณ์ หรือมีการรับรู้อันตราย คุณความใน อนาคต แตกต่างจากความกลัว เป็นสภาวะอารมณ์ที่ส่งเสริมการอยู่รอดโดยมีกระตุ้นที่ชัดเจนเมื่อต้อง พบสภาวะที่อันตราย (Marc Antoine Crocq, 2015)

สรุป ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกการรับรู้ของความไม่สบายใจ ไม่ปลอดภัย เป็นความ หวาดหวั่น เนื่องจากคาดว่าจะมีสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นผลจากการ ประเมินด้วยตนเองแล้วว่าเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่นั้นสามารถคุกคามต่อสวัสดิภาพชีวิตเป็นความรู้สึกทาง อารมณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินเองได้ว่าการผ่าตัดเป็นสิ่งคุกคามต่อความ มั่นคง ความปลอดภัยของตนเอง ทั้งเหตุการณ์ปัจจุบันที่ไปอยู่และสิ่งที่คาดการณ์ในอนาคต

2.2 ระดับของความวิตกกังวล

Peplua (1999) ได้แบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

2.2.1 ความวิตกกังวลระดับต่ำ (1+ Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลระดับน้อยๆ เป็น ปกติในบุคคลทั่วไป เป็นสิ่งดี เพราะจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลแก้ปัญหา และทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น และกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัวในการแก้ปัญหาการเจ็บป่วย หรือทำให้บุคคลพยายามทำงานอย่างใดอย่าง หนึ่งให้สำเร็จ อาจมีการแสดงออกทางร่างกายเล็กน้อย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดัน โลหิตสูงขึ้น อัตราการหายใจเร็วขึ้น

2.2.2 ความวิตกกังวลระดับกลาง (2+ Moderate anxiety) ในระดับนี้บุคคลจะเกิดการรับรู้ เรื่องต่างๆ น้อยลง โดยจะสนใจเฉพาะปัญหาที่จะทำให้ตนไม่สบายใจ พยายามควบคุมตนเองมากขึ้น พยายามแก้ปัญหาสูงขึ้น มีการแสดงออกทางร่างกายมากขึ้น

2.2.3 ความวิตกกังวลระดับสูง (3+ Severe anxiety) บุคคลจะมีวิตกกังวลสูง การรับรู้จะ น้อยลง ไม่มีสมาธิในการรับฟังปัญหาและข้อมูลต่างๆ เพราะครุ่นคิดหมกมุ่นในรายละเอียดมากไป การคิดการมองสิ่งต่างๆ แปรปรวนไปจากความเป็นจริง เกิดความกลัวต่อบุคคล สถานที่ ไม่สามารถ ติดตามเนื้อหาของเรื่องราว มีอาการมึนงง กระสับกระส่าย ไม่อยู่กับที่ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว

2.2.4 ความวิตกกังวลระดับสูงสุด (4+ Panic anxiety) บุคคลมีความวิตกกังวลสูงสุดจนทำ ให้ ขาดการรับรู้ ความวิตกกังวลในระดับนี้จะเกิดภาวะตื่นตระหนก สับสน วุ่นวาย หวาดกลัวสุดขีด มึนงง ควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่มีแรง อาจมีอาการประสาทหลอน มีอาการแสดงออกทางร่างกายที่ ผิดปกติ

2.3 ประเภทของความวิตกกังวล

Spieberger&Gorsuch (1983) ได้แบ่งความวิตกกังวล ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.3.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or S-Anxiety or A-state) คือความวิตก กังวลที่เกิดขึ้น ในเวลาปัจจุบัน หรือเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มจะทำให้เกิด อันตรายหรือคุกคามบุคคลเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด

หวาดหวั่น กระวนกระวายใจ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่สามารถคาดการณ์การดำเนินโรคได้ ซึ่งความรุนแรงและความยาวนานของความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ อุปนิสัย สภาพเหตุการณ์ที่พบเจอ

2.3.2 ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or T-Anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นลักษณะ ประจำตัวของแต่ละบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (Personality trait) จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรงแต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญบุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะรับรู้ คิด และประเมินสถานการณ์ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or S-Anxiety or A-state) คือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาปัจจุบันตามแนวความคิดของ Spieberger&Gorsuch (1983) เนื่องจากผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการแก้ไขดูแลรักษา ในสภาวะที่เร่งด่วนมีความต้องการข้อมูลและอยู่กับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลโดยพบว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญในระดับสูงจะมีผลทำให้การตอบสนองต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญรุนแรงมากขึ้น

2.4 สาเหตุของความวิตกกังวล ได้แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวล ออกเป็น 2 สาเหตุ (Kneisl, 1996 อ้างถึงใน เกษร ปัญญาใส, 2553) คือ

2.4.1 สิ่งคุกคามต่อร่างกาย (threats to biologic integrity) เป็นสิ่งที่มารบกวนความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการในเรื่องอาหาร เครื่องดื่ม หรือความอบอุ่นที่อยู่อาศัย หรือเรียกได้ว่าปัจจัย 4

2.4.2 สิ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง (threats to the security of the self) ได้แก่ การไม่ได้รับการตอบสนองต่อความคาดหวังต่อตนเอง ความต้องการ การยอมรับนับถือ การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองไม่ได้รับการยินยอม หรือเห็นด้วยจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตนเอง ความรู้สึกผิดหรือความขัดแย้งระหว่างมุมมองของตนเองกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Linn, 1980 อ้างถึงใน รุติมา ธารประสิทธิ์, 2548)

3. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ปัญหาของความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พบว่าความวิตกกังวลทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องเกิดความเปลี่ยนแปลง ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และความคิดโดยหลังการผ่าตัดช่องท้องนั้น ทำให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง มีการใช้ยาหรือเพิ่มขนาดของยาบรรเทาปวดเพื่อลดความเจ็บปวดมากขึ้น (Achmet Al, 2013) ความวิตกกังวลยังส่งผลในการไม่ไหว

ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพและการหายของร่างกายใช้ระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลาที่มากขึ้น ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่าย เสียเวลาเสียบุคลากรในการที่ต้องมาเยี่ยมและดูแลผู้ป่วย ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (McCleane & Watters, 1990) เนื่องจากการผ่าตัดช่องท้องมีกระบวนการผ่าตัดที่ต้องเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดการกลับไปใช้ชีวิตหลังการผ่าตัด ซึ่งในแต่ละระยะไม่ว่าจะเป็นก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านจะเกิดความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน ดังนั้นสามารถอธิบายแยกได้ ดังนี้

3.1 ความวิตกกังวลและปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดช่องท้อง เนื่องจากการเป็นกรทำผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูง อาจต้องมีการตัดอวัยวะสำคัญออกไปหรือการผ่าตัดเพื่อแก้ไขเพื่อให้อวัยวะนั้นคงทำหน้าที่ได้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะบางส่วนในร่างกายจากการที่ต้องใช้ระยะเวลาในการทำผ่าตัดนาน อาจมีการสูญเสียโลหิต หลังผ่าตัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และการผ่าตัดยังเป็นระยะวิกฤติทางด้านจิตใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดและมีความวิตกกังวลสูง (ศิริพร ถือชาติและคณะ, 2562) การผ่าตัดจึงถือว่าเป็นภาวะคุกคามทั้งต่อร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาของ Caumo W ในปี 2003 พบว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องมักจะมีความวิตกกังวลในระหว่างรอผ่าตัดถึงร้อยละ 11-80 และเมื่อผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในระดับสูงจะเป็นสาเหตุให้มีความผิดปกติของด้านร่างกาย จิตใจ ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเป็นความไม่มั่นใจ ไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หวาดหวั่นในกระบวนการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเนื่องจากการการได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือความไม่เข้าใจในข้อมูลก่อนผ่าตัด ซึ่งอาจเกิดจากประสบการณ์ตรงที่ผ่านมาของตนเองหรือเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้อื่น หรือจากการรับฟังคำบอกเล่าของผู้อื่น ความวิตกกังวลในการผ่าตัดที่ต้องสูญเสีย อวัยวะหรือทำให้เกิดความพิการ (Jaensson, Dahlberg & Nilsson, 2019)

ปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วย

1. เพศ พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าเพศชายโดยเป็นผลจากฮอร์โมนต่อมหมวกไตที่แตกต่างกัน (Kindler, 2000) ซึ่งเพศหญิงจะมีอารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล เมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลง สมองเพศชายจะมีฮอร์โมนแอนโดรเจนซึ่งมีผลทำให้เพศชายมีลักษณะแข็งแรง มีพฤติกรรม ก้าวร้าว มีการแสดงออกได้มากกว่าและมีระดับความวิตกกังวล ต่ำกว่าเพศหญิง (Grabow & Buse, 1990)

2. อายุ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 20-40 ปี จะมีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 60-80 ปี เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์มากกว่า ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าส่งผลให้มีความวิตกกังวลต่ำกว่า (ชนิษฐา นาคะ, 2534) และพบว่ากลุ่มอายุ 35-59 ปี มีความวิตกกังวลสูงมากกว่ากลุ่มอื่น (Self et al., 2012)

3.ระดับการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษา (ขนิษฐา นาคะ, 2534) ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการใช้สติปัญญาและมีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Leske, 1993) และพบว่าการศึกษาการรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคามในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องพบว่าระดับการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (มาณิกา อยู่สำราญ, 2557)

4.ประสบการณ์ในอดีต พบว่าผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนหรือผ่าตัดครั้งแรก ความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน (Leith BA, 1998) และพบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการผ่าตัด มาแล้วจะมีผลต่อระดับความวิตกกังวลในครั้งต่อไป โดยผู้ป่วยที่ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดในทางลบ ก็จะมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลในการผ่าตัดในครั้งต่อไปเพิ่มขึ้น (Patrick, Wood, Craven, Rokosky & Bruno, 1991)

5.การขาดข้อมูล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัด ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดความกลัวจากประสบการณ์ตรงที่ผ่านมาเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่ถูกต้องก่อนผ่าตัด หรือจากการรับฟังคำบอกเล่าของผู้อื่น ความวิตกกังวล การผ่าตัดที่ต้องสูญเสีย อวัยวะหรือทำให้เกิดความพิการ (Jaensson, Dahlberg & Nilsson, 2019) นอกจากนี้ความกลัวที่จะไม่ตื่นหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเมื่อเสร็จการผ่าตัด ตลอดจนการต้องอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยทั้งบุคคลและสถานที่ในห้องผ่าตัด การถูกแยกจากบุคคล ในครอบครัว การถูกเปิดเผยร่างกาย และความเจ็บปวด ที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัด การได้ข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดที่ไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดทำให้สืบเนื่องมาถึงระยะหลังผ่าตัดได้ (รัตนา เพิ่มเพ็ชร, 2016)

3.2 ความวิตกกังวลและปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

ความวิตกกังวลหลังการผ่าตัดพบว่า จำนวนวันที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมยิ่งนานวันยิ่งทำให้ผู้ป่วยเพิ่มระดับของความวิตกกังวล โดยพบว่าระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นในระดับกลาง ในวันที่ 6 ถึงร้อยละ 25 (Shama G, 2014) ซึ่งความวิตกกังวลหลังการผ่าตัด เป็นความไม่มั่นใจ ไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หวาดหวั่นในภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้นพบว่าระหว่างการรักษาในหอผู้ป่วยมีการจดจำเหตุการณ์ในหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยต้องเผชิญทำให้ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงในการฟื้นฟูร่างกายการหายของโรคช้าลงหรือมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น พบว่าความวิตกกังวลระดับสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจกลายเป็นภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุดได้ (Nikayin, 2016)

ปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลหลังการผ่าตัด ประกอบด้วย

1. ความเจ็บปวด เมื่อเกิดบาดแผลขึ้นเซลล์ในเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บจะกระตุ้นทำให้เกิดการตอบสนองเฉพาะที่ ได้แก่ การอักเสบของเนื้อเยื่อ (inflammatory response) มีการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือด หลอดเลือดจะขยายตัวทำให้เลือดผ่านบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บมากขึ้นสารเคมีต่างๆ จะถูกหลังเพิ่มขึ้น ซึ่งแต่ละตัวทำหน้าที่ขึ้นกับปริมาณความเข้มข้น เช่น การกระตุ้นเม็ดเลือดขาวและเพิ่มภูมิต้านทานเชื้อโรค กระตุ้นกระบวนการหายใจของแผล (Smith, 2004) หลังผ่าตัดก่อให้เกิดความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวความพิการ กลัวไม่หายจากโรคที่เป็นอยู่ ความวิตกกังวลสูงในระยะก่อนผ่าตัดจะส่งผลถึงระยะหลังผ่าตัดด้วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากขึ้นในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดี (Achmet AL, 2013)

2. ประสบการณ์ที่ได้รับมาก่อน พบว่าผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนหรือผ่าตัดครั้งแรก ความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน (Leith BA, 1998) และ พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการผ่าตัด มาแล้วจะมีผลต่อระดับความวิตกกังวลในครั้งต่อไป โดยผู้ป่วยที่ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด ในทางลบ ก็จะมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลในการผ่าตัดในครั้งต่อไปเพิ่มขึ้น (Patrick, Wood, Craven, Rokosky & Bruno, 1991)

3. ความต้องการข้อมูล เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลขาดข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น (Jlala, French, Foxall, Hardman and Bedforth, 2010) การแสวงหาข้อมูลจึงเป็นการเผชิญปัญหาวิธีหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้ เพื่อสนองความต้องการข้อมูล (Pager, 2005) เนื่องจากข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนสูงเช่นหลังผ่าตัด (Mesuwun and Naka, 2008)

3.3 ความวิตกกังวลและปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ความวิตกกังวลก่อนกลับบ้าน พบว่ายิ่งผู้ป่วยที่มีจำนวนวันที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม นานวันยิ่งทำให้ผู้ป่วยเพิ่มระดับของความวิตกกังวล โดยพบว่าระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นในระดับกลางเพิ่มเป็นระดับสูงในวันที่ 12 เป็นร้อยละ 30 (Shama G, 2014) ส่งผลถึงความวิตกกังวลก่อนกลับบ้านด้วยซึ่งมีหลายสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมพร้อมในด้านข้อมูลในการปฏิบัติตนเพียงพอ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หวาดหวั่นในการถูกทอดทิ้งไม่สนใจจากครอบครัว เป็นปัญหาเป็นภาระของครอบครัว เมื่อกลับบ้านจะปฏิบัติตนไม่ถูกยิ่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลนานๆ (Fedyshin, M., Burda, M. L., Epstein, B. A., & Lawrence B, 2005)

ปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลก่อนกลับบ้าน ประกอบด้วย

1. ด้านผู้ป่วย การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น (Jlala, French, Foxall, Hardman and Bedforth, 2010) การแสวงหา

ข้อมูลจึงเป็นการเผชิญปัญหาวิธีหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้ เพื่อสนองความต้องการข้อมูล (Pager, 2005) เมื่อการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอจึงไม่มั่นใจในการกลับไปใช้ชีวิตปกติได้

2. ด้านครอบครัว ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลที่เพิ่มขึ้น ญาติผู้ดูแลอยู่ในฐานะบิดามารดา ครอบครัว การจ้างผู้ดูแล การจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ โดยเฉพาะมารดาของผู้ป่วย ค่าเดินทาง โดยเฉพาะผู้ป่วยสังคมชนบท ความกลัวและความไม่มั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะด้านที่เกี่ยวกับโรคและอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่มีญาติหรือเหมือนไร้ญาติ ความขัดแย้งภายในครอบครัว ครอบครัวทอดทิ้งผู้ป่วย ผู้ดูแลกลัวว่าผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำในเวลาอันใกล้ ญาติคาดหวังสูงต่อผลการรักษาหรือสภาพของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลทัศนคติของญาติที่มองว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด(ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถยากร, 2017)

3. ด้านสังคม ความไม่พร้อมของที่อยู่อาศัย ความไม่พร้อมของผู้ดูแล หรือไม่มีผู้ดูแล ทัศนคติมองคนที่เจ็บป่วยว่าเป็นภาระของสังคม ไม่สามารถกลับไปทำงานได้เต็มศักยภาพเหมือนเดิม ทำให้ญาติเสียโอกาสและเวลาที่จะออกไปทำงานเพราะต้องอยู่บ้านดูแลคนป่วย(ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถยากร, 2017)

3.4 ผลกระทบจากความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลจากการผ่าตัดช่องท้องทำให้เกิดผลกระทบ หรือความเปลี่ยนแปลงต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยา พบว่า การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น การหายใจลึกและหายใจเร็วขึ้น อุณหภูมิกายเพิ่มสูงขึ้นกล้ามเนื้อเกิดการหดตัวและเกร็งส่วน Adreno-Cortical hormone ที่หลั่งออกมาส่งผลต่อการควบคุมสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย รวมทั้งการเผาผลาญอาหารในร่างกาย ทำให้ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง เหงื่อออก ตัวเย็น และยังทำให้ร่างกายทนต่อภาวะความวิตกกังวลได้ดีขึ้น เมื่อมีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง ระบบซิมพาเทติกในร่างกายจะกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น เหงื่อออก ท้องผูก เป็นต้นแต่ถ้าระดับความวิตกกังวลสูงและรุนแรง ระบบพาราซิมพาเทติกจะทำให้หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย (นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน, 2548) ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงทำให้การรักษาเป็นไปอย่างยากลำบากมากขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้นพบว่าระหว่างการรักษาในหอผู้ป่วยมีการจดจำเหตุการณ์ในหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยต้องเผชิญทำให้ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงในการฟื้นฟูร่างกายการหายของโรคช้าลงหรือมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น (Nikayin, 2016)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าจะหลั่งฮอร์โมน อะดรีโนคอร์ติโคโทรปิกไปกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอกให้หลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล

มากขึ้นทำให้การทำหน้าที่ผิดปกติเกิดการคั่งของโซเดียมลดการทำงานของตอมพิทูอิตารี ส่วนหลังซึ่งหลั่งฮอร์โมนแอนดตี้ไดยูเรติก (antidiuretic hormone) ซึ่งปกติจะทำหน้าที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ถ้าระดับความวิตกกังวลมีความรุนแรงมากขึ้นจะทำให้ปัสสาวะบอยสวนไฮโปทาลามัสจะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเทติกไปยังตอมหมวกไตชั้นในให้หลั่งฮอร์โมนแคททีโคลามีน ซึ่งประกอบไปด้วยอิพิเนพรีนและนอร์อิพิเนพรีน เข้าสู่กระแสเลือดทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงความดันโลหิตสูงขึ้น เส้นเลือดสวนปลายมีการหดตัวทำให้มือและเท้าซีดและเย็น นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังไปกีดการทำงานของภูมิคุ้มกันของเซลล์และ กีดการตอบสนองต่อแอนติบอดีของร่างกาย(นพวรรณ กฤตย ภูษิตพจน, 2548)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และความคิด จะทำให้มีอาการตกใจง่าย กระสับกระส่าย หงุดหงิด และโมโหง่าย หวาดระแวง เป็นผลทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวชได้ ความจำและการเรียนรู้ลดลง ทำให้ความคิดสับสนความคิดฟุ้งซ่านการตัดสินใจไม่ดี การรับรู้ผิดพลาดลึ้มงายขาดสมาธิ กระสับกระส่าย หงุดหงิด นอนไม่หลับ ลูกลึลึกลอน ถอนหายใจ ร้องไห้ เบื่ออาหาร และความสนใจสิ่งแวดลอมลดลง (Ail & Khalil, 1990)

จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยจึงแสดงอาการต่างๆออกมาแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การประเมินอาการที่แสดงออกโดยใช้การสังเกต การซักถาม การใช้แบบประเมินจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะจะทำให้ พยาบาลสามารถประเมินภาวะวิตกกังวลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและให้การดูแลรักษาได้ทันที

3.5 การประเมินความวิตกกังวล

เมื่อเกิดความวิตกกังวลจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจและสังคม ซึ่งในแต่ละบุคคลจะแสดงอาการและอารมณ์ที่แตกต่างกันออกไป การประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธีดังนี้

3.5.1 ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of anxiety) โดยเป็นการประเมินจากการเปลี่ยนแปลงที่เปลี่ยนแปลงโดยแสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก (Stuart & Sundcen, 1987) จากการศึกษาของ Mucci ในปี 2016พบว่า การเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีลักษณะเป็นความดันโลหิตสูงในหลอดเลือดแดง เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคไตซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคและอัตราการตายในประเทศสูงที่ส่งผลกระทบต่อมากกว่าหนึ่งในสี่ของประชากรผู้ใหญ่ของโลก โดยการวัดความดันโลหิตขณะพักค่าความดันโลหิตความดันโลหิต diastolic และความดันชีพจรเพิ่มขึ้น มีปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมอายุ และการสูบบุหรี่ขาดการออกกำลังกายน้ำหนักเกินและ โรคอ้วนการบริโภคเกลือที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า เครียด และความวิตกกังวลเป็นการวินิจฉัยที่พบมากที่สุดในทศวรรษที่ผ่านมา

มาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าการวัดต้องใช้เครื่องมือในการวัดการประเมินผลไมคอยแน่นอน เนื่องจากระดับของความวิตกกังวลและ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระของแต่ละบุคคลจะมีแบบแผนที่แตกต่างกัน

3.5.2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (behavioral measure of anxiety)
การประเมินนี้จะสังเกตถึงความแปรปรวนในด้านการเคลื่อนไหว การพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องของการทำงานของร่างกาย ความจำ เนื่องจากความเชื่อวาพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกนั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายในใจที่ บุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การขาดสมาธิ กระสับกระส่าย หงุดหงิด นอนไม่หลับ ลูกลี้ลู่กลน ถอนหายใจ ร้องไห้ เพื่ออาหาร เพนต์น (Graham & Conley, 1971) แต่เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังการผ่าตัด จะได้รับยาบรรเทาปวดการประเมินทางพฤติกรรมจึงเป็นไปได้ค่อนข้างยาก

3.5.3 ประเมินจากการใช้แบบประเมินด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety)
เป็นการประเมินความรู้สึกด้วยตนเอง แลนำมาประเมินเป็นความวิตกกังวลที่นิยมใช้กัน คือ

3.5.3.1 แบบประเมินความวิตกกังวลของสปลเบอร์เกอร์ มีชื่อเรียกว่า state-trait anxiety inventory (STAI) เป็นแบบวัดความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ไปหรือเหตุการณ์เรื่องราวที่เฉพาะเจาะจงที่เชื่อมโยงไปสู่ความวิตกกังวล แบ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญกับแบบวัดความวิตกกังวลแบบแฝง โดยให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมาย / ตรงช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่มีอยู่จริงในขณะนั้น แบบประเมินความวิตกกังวลของสปลเบอร์เกอร์แบบเผชิญได้รับ ความนิยมและใช้อย่างแพร่หลาย มีจำนวนข้อทั้งหมด 20 ข้อ (STAI Form Y-1) แปลโดยธาตรีนนท คักดี, สมโภชน์เอี่ยมสุภชาติ และดารา วรรณ ต๊ะปันทา (2534) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 และข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด Ratingscale 4 ระดับจากไม่มีความรู้สึกเลยถึงมีมากที่สุด คะแนนรวมต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

- 20-40 คะแนนหมายถึงวิตกกังวลเล็กน้อย
- 41-60 คะแนนหมายถึงวิตกกังวลปานกลาง
- 61-70 คะแนนหมายถึงวิตกกังวลสูง
- 71-80 คะแนนหมายถึงวิตกกังวลรุนแรง

3.5.1.2 มาตรวัดความวิตกกังวล Linear Analogue Scale (LAS) หรือ Visual Analogue Scale (VAS) เป็นมาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตา ประกอบด้วยเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีความวิตกกังวล มีความวิตกกังวลมากที่สุด

ภาพที่ 1 แสดงมาตรวัดความวิตกกังวล

มีการเปรียบเทียบกับการใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์แล้วพบว่ามีความสัมพันธ์กันกับความวิตกกังวลด้วยสายตา ประกอบด้วยเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตรปลายปิดทางซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกที่ไม่มีความวิตกกังวลและความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือโดยขวามือจะตรงกับความรู้สึกคือมีความวิตกกังวลมาก (Gaberson, 1991) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้หรือผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องการความสะดวกรวดเร็วหรือผู้ป่วยที่ต้องใช้แบบประเมินที่ไม่ยุ่งยากและรบกวนผู้ป่วยให้น้อยมากที่สุดเช่นผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือดได้มีการนำไปใช้ในผู้ป่วยวิกฤตหลอดเลือดและหัวใจจำนวน 243 ราย ซึ่งจากการศึกษาของ DeJong et al. (2006) และมีการเปรียบเทียบกับการใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์แล้วพบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

3.5.1.3 The Graphic Anxiety Scale (GAS) เป็นการวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยถามถึง อัตราความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ในขณะนั้นบนมาตรวัดประกอบด้วยความรู้สึกสงบ มีความวิตกกังวลเล็กน้อยมีความวิตกกังวลปานกลาง มีความวิตกกังวลมากและมีความวิตกกังวลมากที่สุด และมีการให้คะแนนในแต่ละจุด (Shuldham, Cunningham, Hiscock, & Luscombe, 1995)

3.5.1.4 Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) พัฒนาขึ้นโดย (Zigmond & Snaith, 1983 cited in Shuldham et al., 1995) เป็นข้อคำถามและมีคำตอบเป็นมาตรวัด Likert Scale ใช้ในผู้ป่วยทั่ว ๆ ไปใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการวัดซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงของคะแนนเป็น 3 ระดับและไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารซึ่งลักษณะข้อคำถามไม่เหมาะสมกับบริบทในหอผู้ป่วยที่ต้องการความสะดวกรวดเร็วและรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

ข้อสังเกตที่พบจาก แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) คือแบบประเมินนี้มีความเป็นเฉพาะสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลและมีการวัดทั้งความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แต่การศึกษาในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะความวิตกกังวลเพียงอย่างเดียว

3.5.1.5 Single Item Anxiety Likert Scale มีด้วยกัน 2 ลักษณะคือเป็นรูปภาพซึ่งมักเรียกว่า Faces Anxiety Scale ประกอบด้วยรูปภาพใบหน้าคนที่แสดงออกทางอารมณ์ 5 ลักษณะที่แสดงถึงไม่มีความวิตกกังวลเลย กังวลเล็กน้อย วิตกกังวลปานกลาง วิตกกังวลมาก และวิตกกังวลมากที่สุด ซึ่งจากการศึกษาของ McKinley et al. (2004) ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและระบบไหลเวียนแล้วพบว่ามีประสิทธิภาพดีและสะดวกที่จะใช้กับผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ในการวัดความวิตกกังวล ประหยัดเวลาและใช้ง่ายไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนซึ่ง Faces Anxiety Scale นิยมใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้วิจัยไม่ได้เลือกใช้ Faces Anxiety Scale เนื่องจากเครื่องมือเหมาะสมกับใช้วัดอาการวิตกกังวลในหอผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนการประเมินความวิตกกังวล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องนั้นสามารถเลือกใช้ได้หลากหลายวิธีตามที่กล่าวไปแล้วนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) แปลโดยชาตรีนนทศักดิ์, สมโภชน์เอี่ยมสุภาชิต และดาราร วรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) มีข้อคำถาม 20 ข้อ เนื่องจากผู้วิจัยต้องการวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญในเหตุการณ์ขณะนั้นในแต่ละระยะของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องไม่ว่าจะเป็นก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน โดยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) เหมาะกับบริบทในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในแต่ละระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน เป็นข้อคำถามต้องการวัดความรู้สึกที่เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญในขณะนั้น ไม่ซับซ้อนเหมาะกับบริบทในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งต้องการการพักผ่อนและเกิดการรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

4. แนวคิดการให้ข้อมูล

4.1 ความหมายของการให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลหมายถึง การให้ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริงสำหรับไขเป็นหลักฐานหาความจริง หรือการคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

การให้ข้อมูล หมายถึง เป็นการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้สิ่งที่ตนเองต้องเผชิญเพื่อให้เกิดการเรียนรู้โดยใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal ค.ศ.1983 ซึ่งผลจากการให้ข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโครงสร้างความคิด (schema) ต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในภายหน้า (วรณช ฤทธิธรรมและสมพร ชินโนรส, 2555)

การให้ข้อมูล หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคลครอบครัวยหรือชุมชนได้รับความรู้เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988: 203)

การให้ข้อมูล หมายถึง รูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบลงหน้า จะช่วยเพิ่มความรู้สึกรู้สึกสามารถควบคุมตนเองและช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผล ที่

เกิดจากเหตุการณ์ เป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ ตรงกับความจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus and Folkman, 1984: 151-152)

สรุปการให้ข้อมูลหมายถึงการให้ข้อเท็จจริงเป็นการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้สิ่งที่ตนเองต้องเผชิญเพื่อให้เกิดการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะนั้น ในที่นี้ผู้วิจัยเลือกใช้ใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal ค.ศ.1983 ซึ่งผลจากการให้ข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโครงสร้างความคิด (schema) ต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในภายหน้า (วรรณุช ฤทธิธรรมและสมพร ชินโนรส, 2555) โดยเฉพาะเหตุการณ์ในหอผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยต้องพบเจอสิ่งที่ไม่คาดฝันต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง อุปกรณ์ต่างๆ มากมายที่ติดตัวผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาพความคิดความเข้าใจ (schemata) มากขึ้น สามารถทำให้บุคคลมีความพร้อมที่จะเผชิญ เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับไปประมวลผล กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ ไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และคงอยู่ถาวร (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542) เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจะมีการปรับตัวเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลโดยการแสวงหาข้อมูล เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด สามารถวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง (Pritchard, 2011)

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลของ Leventhal และ Johnson

เป็นทฤษฎีการปรับตนเอง (Self regulatory model) ของ Leventhal และ Johnson (1983) โดยสาระสำคัญของทฤษฎี การปรับตนเอง คือ ถ้าบุคคลไม่เคยรับรู้หรือไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้น บุคคลนั้นจะไม่มีแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ (Schema) ที่ถูกต้องต่อเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่รุนแรง แต่ถ้าบุคคลเคยรับรู้และมีความเข้าใจ ผู้ป่วยจะมีภาพรวมของความคิด (Mental image) ทำให้มีการรับรู้แปลความหมายของเหตุการณ์ ตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริงสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเข้ามาได้ สามารถเลือกวิธีการเผชิญความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม (Leventhal, 1983) และเมื่อมีเหตุการณ์ที่คุกคามสามารถปฏิบัติตัวหรือขอคำแนะนำได้อย่างเหมาะสมผู้ป่วยคัดลยกรรมผ่าตัดช่องท้อง ที่อยู่ในหอผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้างและต้องพบเจอกับอะไรบางครั้งดังนั้นการให้ข้อมูลในแต่ละระยะจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการประมวลผลและช่วยคลายความวิตกกังวลได้ โดยข้อมูลโดยใช่หลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง เป็นข้อมูลที่จำเป็นสำคัญผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปในการรักษาในหอผู้ป่วยเป็นผลให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความ เจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. ข้อมูลที่เป็นเหตุการณ์เข้ามาเผชิญมีผลต่อสภาวะอารมณ์และความเชื่อโดยไม่เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคหรือการรักษาโดย มีการประเมินความพร้อมภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ สีหน้าท่าทาง เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับสูงก่อนการผ่าตัดร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดจะสามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลได้ทันที

2. ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของภัยที่คุกคามเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอาการ อาการแสดง แนวทางการรักษา กระบวนการการผ่าตัด กระบวนการทางวิสัญญี ข้อดีข้อเสียของการรักษาซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลก็จะเกิดความวิตกกังวลในระดับสูงการใช้ร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดจะสามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลได้

3. การดำเนินการเกี่ยวกับภัยคุกคามหมายถึงการดำเนินกิจกรรมโดยการให้ข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยในช่วงก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน

4. ข้อมูลเกี่ยวกับแรงจูงใจ ความมั่นใจที่ทำให้เผชิญกับภาวะคุกคามนั้นสำเร็จ สอบถามและเน้นย้ำเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่พบ เน้นย้ำให้บันทึกในสมุดบันทึกถึงข้อมูลที่ต้องการ และให้ข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมหากเกิดความสงสัยในกระบวนการผ่าตัด หรือกระบวนการทางวิสัญญี หรือความต้องการข้อมูลด้านอื่นๆ

4.3 ประเภทของการให้ข้อมูล

4.3.1 จำแนกตามเนื้อหาของข้อมูล (Johnson, 1972:499-503) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นอธิบายเป็นลำดับขั้นตอน ช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ (Cognitive control) สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเช่นขั้นการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังจากผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนการกลับบ้าน เป็นต้น ให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น กับตนเองได้ เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การ รับรส การสัมผัส การได้กลิ่น การได้ยิน เสียง การมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอน ต่างๆ ของ เหตุการณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงวิธีการต่าง ๆ ที่ต้องปฏิบัติ เช่น เจ้าหน้าที่นอกหน่วย เจ้าหน้าที่รังสี เจ้าหน้าที่ทางโภชนาการเข้ามาเยี่ยมอาการหรือให้ข้อมูลเฉพาะด้าน

4.3.2 จำแนกตามลักษณะของข้อมูล (Auerbarch, 1983:1248-1296)

1. ข้อมูลทั่วไป (General information) เป็นข้อมูลทั่วไปในลักษณะกว้าง ๆ เนื้อหาข้อมูลคลาบายกับ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล อาจเป็นการปฏิบัติตัวทั่วไป

2. ข้อมูลเฉพาะเจาะจง (Specific information) เป็นการให้ข้อมูลในรายละเอียดเฉพาะแต่ละสถานที่ผู้ป่วยต้องเผชิญต่อภาวะที่คุกคาม โดยจำแนกตามรายละเอียดของข้อมูลในหอผู้ป่วย

ศัลยกรรมช่องท้องแต่ละบริบท ก่อนผ่าตัดมีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดอย่างไรข้อใดควรปฏิบัติข้อใดไม่ควรปฏิบัติ หลังผ่าตัดควรปฏิบัติตัวอย่างไร ก่อนกลับบ้านต้องเตรียมอะไรบ้างและเมื่อมีอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์เป็นต้น

4.4 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้เพื่อให้เกิดการปรับตัวและเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีวิธีการสอน 2 วิธี ดังนี้ (Katz, 1997:33-34)

4.4.1 การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เป็นวิธีที่เหมาะสมในหอผู้ป่วยเนื่องจาก การให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัวจะสามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียดพร้อมทั้งเป็นการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เป็นการกระตุ้นการเรียนรู้พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้เกิดความไว้วางใจ และได้ซักถามในข้อมูลที่อยากรู้เพิ่มเติม

4.4.2 การให้ข้อมูลเป็นรายกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็น ประสบการณ์ ระหว่างบุคคลในกลุ่มโดยกลุ่ม สามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิดการปฏิบัติตัวได้ แต่การให้ข้อมูลเป็นรายกลุ่มไม่เหมาะกับผู้ป่วยบางคนด้วยความรุนแรงของภาวะคุกคามของโรค ตลอดจนอุปสรรคต่างๆที่ติดตัวผู้ป่วยเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วย

4.5 องค์ประกอบของข้อมูลในการให้ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ข้อมูลที่ใช้ในการให้ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องประกอบด้วย 3 องค์ประกอบตามหลักของ Lori Butcher (cited in McCloskey and Bulechek, 2000)

4.5.1 ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้น โดยค้นหาความคาดหวังในการผ่าตัดให้ตรงกับความเป็นจริง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค สิ่งที่ต้องเผชิญในระหว่างและหลังการผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องเผชิญ ในการผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ใ้เวลาใน การอธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยอยากรู้ ให้คำแนะนำในเทคนิคการปรับตัว

4.5.2 ข้อมูลชนิดบงบอกความรู้สึก (Sensory Component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบและความทุกขทรมานที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด โดยลักษณะข้อมูลจะเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาททั้งห้า ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็น ภาพเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ของเหตุการณ์ และความทุกขทรมานที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกเมื่อ ฟนจากฤทธิ์ของยาสลบ ความรู้สึกเกี่ยวกับอาการปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น การให้ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจได้ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะ

เกิดขึ้นสอดคล้องกับที่ได้คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะแปลความหมายของข้อมูลตามแบบแผนความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่อย่างถูกต้องชัดเจน สามารถเผชิญกับความรู้สึกเจ็บปวดและการผ่าตัดได้ดีขึ้น

4.5.3 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา (Procedural component) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วย ทราบถึงรายละเอียดขั้นตอนการตรวจรักษาหรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น วัตถุประสงค์และรายละเอียด ของ การผ่าตัดเตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัดพร้อมทั้งเหตุผล การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ การ สอดใส่เครื่องมือต่างๆ ตลอดจนตารางเวลา และสถานที่ในการผ่าตัด รวมทั้งขั้นตอนการปฏิบัติหลัง การผ่าตัด วิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งรวมถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใ้ เครื่องมือต่างๆ ไ้แก คำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารร่างกายในสวนต่างๆ ที่ได้รับการผ่าตัด การหายใจ และการไอ อย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว วิธีการควบคุม อาการปวด สอนวิธีการนั่งการยืน และการลุกเดิน(สุชาติพิท เกษตรลักษณ์, 2548)

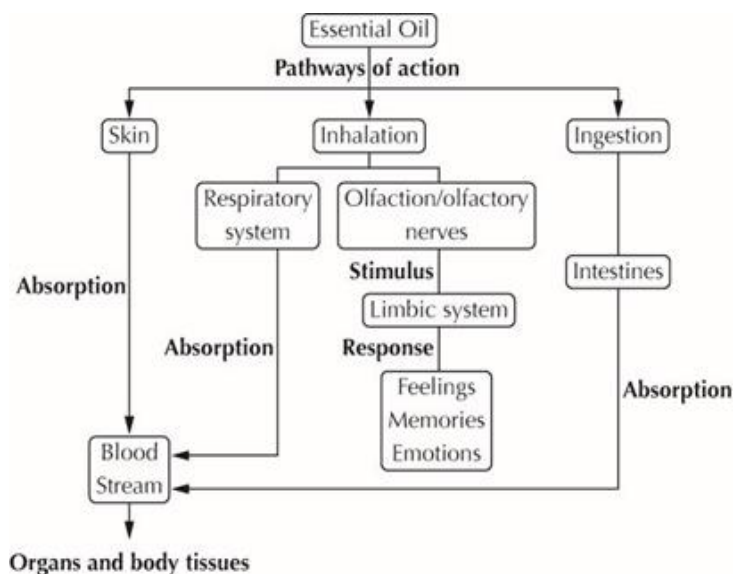
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในประเทศไทยมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องใน ระยะก่อนผ่าตัดเป็นส่วนมาก การศึกษาที่ให้ข้อมูลในระยะหลังผ่าตัดพบส่วนน้อย ส่วนใหญ่การให้ ข้อมูลพบในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้นอาจเนื่องจากด้วย ความยุ่งยากในแต่ละหอผู้ป่วยและด้วย บริบทของผู้ป่วยแต่ละช่วงเวลาต่อคำจำกัดความจากการศึกษาของ (SayinY&Aksoy G, 2008) ได้ ทำการศึกษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั้งหมด 394 คนในแผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาลในอิสตันบูล ประเทศตุรกี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดและสมาชิกในครอบครัวของ พวกเขาต้องการข้อมูลมากน้อยเพียงใด ผลของการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องการ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับระยะเวลาระหว่างการ ผ่าตัดและต้องการข้อมูลในทุกช่วงของการผ่าตัดในขณะที่สมาชิกในครอบครัวต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับช่วงหลังผ่าตัดและจากการศึกษาของ รัตนา เพิ่มเพชรในปี 2016 ศึกษาการให้ข้อมูลในระยะ ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความวิตกกังวล เกี่ยวกับการผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวลได้และพยาบาลห้องผ่าตัดยังให้ ความสำคัญของการเยี่ยมหลังผ่าตัดเพื่อตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งใน ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดนอกจากนี้ยังช่วยประเมินและค้นหาปัญหาเพิ่มเติมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่าง ใกล้เคียงปกติตลอดจนนำผลลัพธ์ทางการพยาบาลและคำแนะนำของผู้ป่วยมาใช้ปรับปรุงคุณภาพการ พยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวทางที่ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลในระยะ ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านเพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยในทุกๆช่วงของการ ผ่าตัดช่องท้อง

5. แนวคิดการใช้น้ำมันหอมระเหย

น้ำมันหอมระเหย (essential oil) เป็นสารที่สกัดได้จากส่วนต่างๆของพืชที่มีกลิ่นหอม จึงนำมาสูดดม การรับประทาน และการทาผิวหนัง เพื่อเป็นการบำบัดรักษา หรือที่เรียกว่าสุนทรบำบัด (Aromatherapy) สามารถอธิบายรายละเอียดได้ ดังนี้

5.1 แนวคิดและความหมายสุนทรบำบัด(ศูนย์สารสนเทศวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สำนักหอสมุดและศูนย์สารสนเทศวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2553)

Aromatherapy มาจากคำว่า aroma ซึ่งหมายถึงกลิ่นหอม และ therapy หมายถึง การบำบัดรักษา ดังนั้น Aromatherapy จึงหมายถึงการบำบัดรักษาด้วยกลิ่นหอม ซึ่งกลิ่นหอม ส่วนใหญ่ได้มาจากน้ำมันหอมระเหย (essential oil) สกัดได้จากส่วนต่าง ๆ ของพืช เช่น ดอก ใบ ราก ผล เปลือกไม้ ยางไม้ หรือ เรซิน โดยระดับของน้ำมันหอมระเหยที่พบในพืชแต่ละชนิดจะมีตั้งแต่ 0.01% ถึง 10% สุนทรบำบัด (Aromatherapy) เป็นศาสตร์และศิลป์แห่งการใช้กลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยจากพืชธรรมชาติในการช่วยบำบัดรักษาโรคทางร่างกายและจิตใจ มีผลต่อระบบประสาท บรรเทาความเครียดและลดอาการวิตกกังวล ผ่อนคลายหรือกระตุ้นให้ร่างกายและจิตใจเกิดความสมดุลและมีสภาพที่ดีขึ้น รวมทั้งป้องกันโรคภัยไข้เจ็บที่ไม่ร้ายแรง (Kuriyama, 2005)น้ำมันลาเวนเดอร์เข้าสู่สมองส่วนลิมบิกที่มีสมองส่วนอมิกดาลาและฮิปโปแคมปัส เป็นศูนย์กลางของการควบคุมทางอารมณ์ การรับรู้ความเจ็บปวด ความสุขสบาย และการผ่อนคลายแล้ว ยังส่งผลถึง ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system; CNS)สภาวะ ของร่างกายขณะนั้นเกิดการผ่อนคลายทำให้บุคคลนั้นมีความกังวล ความวุ่นวายใจลดลงโดยผู้ป่วย สามารถสัมผัสรับกลิ่น (OLFACTORY NERVES) ซึ่งอยู่เหนือโพรงจมูก (NASAL CAVITY) เมื่อกลิ้งต่างๆจากโมเลกุล ของละอองเกสรดอกไม้ ผ่านกระเปาะรับกลิ่น (OLFACTORY BULBS) ที่ต่อกับลิมบิก ซีสเต็ม (LIMBIC SYSTEM) ซึ่งเป็นสมองส่วนควบคุมอารมณ์และความทรงจำ โดยปกติแล้วระบบทางเดินหายใจเริ่มต้นจากการหายใจเข้า (INHALE) และหายใจออก (EXHALE) เพื่อให้เลือดดูดซับออกซิเจนที่สูดเข้าไป เปลี่ยนสภาพและสร้างเป็นพลังงานให้ร่างกาย



ภาพที่ 2 รูปภาพแสดงกลไกสுகนธบำบัด
(Gnatta J, 2016)

5.2 ประเภทของสுகนธบำบัด (ฐาปนีย หงสรัตน์วารกิจ, 2550) การใช้น้ำมันหอมระเหยในสுகนธบำบัดมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันไป โดยทั่วไปมักใช้เพื่อบำบัดรักษาโรคและใช้ในเครื่องสำอางเพื่อความงาม สுகนธบำบัดจึงสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

5.2.1 สுகนธบำบัดเพื่อการรักษาโรค เป็นการนำน้ำมันหอมระเหยมาใช้ในการบำบัดรักษาโรคหรือบรรเทาอาการของโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตัวอย่างเช่น น้ำมันยูคาลิปตัส น้ำมันกานพลู เปนน้ำมันหอมระเหยที่มีคุณสมบัติในการต้านจุลชีพในระบบทางเดินหายใจ น้ำมันม้นคาร์โมไมล น้ำมันสน ช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อน้ำมันกุหลาบน้ำมันมะลิ น้ำมันลาเวนเดอร์ เปนน้ำมันที่หอมระเหยที่ช่วยบรรเทาอาการผิดปกติทางจิตใจซึ่งเกิดจาก ความเครียด ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ เป็นต้น

5.2.2 สுகนธบำบัดเพื่อความงาม เป็นการใช้น้ำมันหอมระเหยเป็นส่วนผสมในเครื่องสำอางหรือผลิตภัณฑ์เสริมความงามบางชนิดมี คุณสมบัติในการช่วยบำรุงผิวพรรณ ชะลอความแก่ ลดริ้วรอยตามอนุมูลอิสระ ฯลฯ น้ำมันหอมระเหยที่ใช้ ได้แก่ น้ำมันลาเวนเดอร์ น้ำมันซีดาร์วูด น้ำมันทีทรี เป็นต้น

5.3 การออกฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหย

น้ำมันหอมระเหย (essential oil) เป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติชั้นทุติยภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่มี กระบวนการชีวสังเคราะห์มาจากหน่วยไอโซพรีน (isoprene unit) 2-3 หน่วย เกิดเป็นสารกลุ่มโมโนเทอร์พีน (monoterpene) เซสควิเทอร์พีน (sesquiterpene) และสังเคราะห์มาจากกรดซิทิมิกเกิดเป็นสารกลุ่มฟีนิลโพรเพน (phenylpropane) พืชบางชนิดเก็บสะสมน้ำมันหอมระเหยไว้ในขนต่อม

น้ำมัน เช่น วงศ์โหระพา (Labiatae) พืชบางชนิดเก็บสะสมไว้ในท่อน้ำมัน เช่น วงศ์ผักชี (Umbelliferae) พืชบางชนิดเก็บสะสมไว้ในช่องว่างของเนื้อเยื่อขนาดใหญ่ เช่น วงศ์ส้ม (Rutaceae) พืชบางชนิดเก็บสะสมไว้ในเซลล์พาราเรโนไมมา เช่น ดอกกุหลาบ และ ดอกมะลิ เป็นต้น การที่พืชสร้างสารเคมีที่เป็นองค์ประกอบของน้ำมันหอมระเหยและทำให้เกิดกลิ่นต่างๆ กันในแต่ละต้น (species) ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทางเคมีต่างๆ ที่มารวมกันเข้าซึ่งแตกต่างกันทั้งชนิดและปริมาณ ทำให้เกิดกลิ่นที่แตกต่างกัน ชนิดและปริมาณขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละพืชจะคงที่ จึงทำให้เกิดเป็นกลิ่นเฉพาะตัว เช่น ลาเวนเดอร์ กุหลาบ กระจ่าง ราชาวดี เป็นต้น (นิจศิริเรืองรังษี, 2550)

น้ำมันหอมระเหยเป็นน้ำมันที่สกัดได้จากส่วนต่างๆ ของพืช ได้แก่ ดอก ผล เปลือกผล เมล็ด ใบ ราก ลำต้น ใต้ดิน เนื้อไม้ หรือเปลือกไม้ โดยพืชเหล่านี้จะมีบริเวณพิเศษซึ่งทำหน้าที่เก็บสะสมสารที่มีกลิ่นหอม ได้แก่ 1. เซลล์น้ำมัน (Oil cells) หรือเซลล์เรซิน (Resin cells) พบได้จากพืชวงศ์อบเชย (Lauraceae) พืชวงศ์ขิง (Zingiberaceae) และพืชวงศ์พริกไทย (Piperaceae) 2. โพรงเก็บน้ำมัน (Oil cavities) หรือถุงน้ำมัน (Oil sacs) พบได้จากพืชวงศ์ส้ม (Rutaceae) และพืชวงศ์ชมพู (Myrtaceae) 3. ช่องเก็บน้ำมัน (Oil canals) หรือช่องเก็บเรซิน (Resin canals) พบได้จากพืชวงศ์ผักชี (Apiaceae/Umbelliferae) และพืชวงศ์สน (Pinaceae) 4. ท่อเก็บน้ำมัน (Oil ducts) พบได้จากพืชวงศ์ Asteraceae เช่น คาโมไมล์ 5. Glandular hairs พบได้จากพืชวงศ์กะเพรา (Lamiaceae) 6. Internal hairs พบได้จากพืชวงศ์กล้วยไม้ (Orchidaceae) 7. บริเวณเซลล์เนื้อเยื่อต่างๆ รอบพาราเรโนไมมา (Parenchyma) หรือ Idioblast พบได้จากพืชวงศ์จำปา (Magnoliaceae) น้ำมันหอมระเหยสามารถพบในส่วนต่างๆ ของพืช ได้แก่ เมล็ด ใบ ดอก ผล เปลือกผล รากเนื้อไม้ กิ่ง หรือเรซิน (นิจศิริเรืองรังษี, 2550)

ฤทธิ์ทางชีวภาพของน้ำมันหอมระเหยเข้าสู่ร่างกายโดยวิธีสูดดมบำบัดมี 3 วิธีคือ 1. ผ่านทางผิวหนังผ่านทางระบบทางเดินหายใจหรือการสูดดมจากการรับประทาน หลังจากน้ำมันหอมระเหยเข้าสู่ร่างกายแล้วก็จะถูกดูดซึมเข้าไปและมีผลต่อระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ดังนี้

1. ฤทธิ์ต่อระบบประสาทน้ำมันหอมระเหยมีผลต่อทั้งระบบประสาทส่วนกลางและส่วนนอก (Peripheral nervous system) โดยส่งผลกระทบต่อระบบประสาททำให้รู้สึกตื่นตัวมีกำลังสดชื่น นิยมนำมาใช้ในผู้ที่มืออาการซึมเศร้า รู้สึกหดหู่ อ่อนเพลีย น้ำมันหอมระเหยที่ไซไดแก น้ำมันมะลิ น้ำมันโรสแมรี่ น้ำมันมะนาว

2. ฤทธิ์ต้านจุลชีพ (Antimicrobial effects) ฤทธิ์ต้านแบคทีเรีย น้ำมันหอมระเหยประเภทนี้มีส่วนประกอบสำคัญประเภทสารประกอบฟีนอลสารประกอบแอลดีไฮด์ สารประกอบแอลกอฮอล์ สารประกอบเอสเทอร์และสารประกอบคีโตน โดยสาร terpenoids จะยับยั้งการทำงานของผนังเซลล์ของเชื้อโดยยับยั้งการส่งผ่านอิเล็กตรอน การเคลื่อนย้ายโปรตีนตลอดจนปฏิกิริยาต่างๆ ของเอนไซม์ทำให้เซลล์ตายได้ฤทธิ์ต้านเชื้อรา มีองค์ประกอบสำคัญของสารประกอบแอลดีไฮด์น้ำมันหอมระเหยชนิดนี้

ไคแกน้ำมันเทียนสัตตบุษยน้ำมันเทียนข้าวเปลือก น้ำมันทีทรี น้ำมันข้าวเปลือกฤทธิ์ต้านไวรัส องค์ประกอบสำคัญได้แก่ anethole, B-caryophyllene, carvone, cinnamic aldehyde, citral เป็นต้น น้ำมันหอมระเหยชนิดนี้ไคแกน้ำมันอบเชยจีน น้ำมันอบเชยลังกา น้ำมันสะระแหน่ ฯลฯ

3. ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหารน้ำมันหอมระเหยที่ใช้ในระบบทางเดินอาหารได้มาจากพืชในวงศ์กะเพรา เช่นกะเพรา โหระพาสะระแหน่ ใธม พิมเสน พืชวงศ์ผักชีและพืชวงศ์สม

4. ฤทธิ์ต่อระบบทางเดินหายใจช่วยละลายเสมหะ ขับเสมหะ แก้อาการคัดจมูก ช่วยลดการคั่ง (Decogestant) กระตุ้นระบบทางเดินหายใจ องค์ประกอบของน้ำมันหอมระเหยที่มีคุณสมบัติในการละลายเสมหะได้แก่สารพวกคีโตน เช่น Carvone, Menthone ไคแกน้ำมันยูคาลิปตัส น้ำมันสน น้ำมันใธม น้ำมันสะระแหน่

5. ฤทธิ์ต่อระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อน้ำมันหอมระเหยจะทำหน้าที่ในการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดบริเวณที่มีเลือดคั่งอยู่ทำให้ลดอาการบวมหรืออักเสบได้โดยน้ำมันหอมระเหยที่มีคุณสมบัติต้านการอักเสบมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ azulene, chamazulene น้ำมันหอมระเหยเหล่านี้ได้แก่น้ำมันคาโมไมล์ น้ำมันสะระแหน่ น้ำมันสน น้ำมันยูคาลิปตัส

6. ฤทธิ์ต่อระบบไหลเวียนเลือด หัวใจและหลอดเลือดช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดส่งผลให้หัวใจและสมองทำงานได้ดี น้ำมันหอมระเหยที่ใช้ไคแกน้ำมันกุหลาบ น้ำมันกานพลู น้ำมันโรสแมรี่ เป็นต้น ส่วนน้ำมันที่ช่วยลดอาการปวดไมเกรนทำให้หลอดเลือดขยาย บางชนิดยังสามารถลดความดันเลือดในผู้ที่มีความเครียดได้คือ น้ำมันลาเวนเดอร์ น้ำมันกระดังงา น้ำมันดอกสม เป็นต้น

7. ฤทธิ์ต่อระบบต่อมไร้ท่อและฮอร์โมนน้ำมันหอมระเหยบางชนิดมีหน้าที่คล้ายฮอร์โมนภายในร่างกายตัวอย่างเช่น น้ำมันเทียนข้าวเปลือก น้ำมันสน ช่วยทำให้เซลล์ผิวหนังมีความชุ่มชื้น ซึ่งทำหน้าที่คล้ายกับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และน้ำมันกระดังงาช่วยเพิ่มการผลิตไขมันที่ผิวหนัง ซึ่งเป็สาเหตุให้หน้ามันหรือเป็นสิว ทำหน้าที่คล้ายกับฮอร์โมนแอนโดรเจนจากหน้าที่ที่คล้ายคลึงกันนี้ทำให้เราสามารถนำน้ำมันหอมระเหยมาใช้ในการบำบัดอาการผิดปกติที่เกิดจากฮอร์โมนเพศได้(ฐาปนีย์ หงส์ตันวารกิจ, 2550)

5.4 ประเภทน้ำมันหอมระเหย

น้ำมันหอมระเหยที่ใช้ในปัจจุบันมีมากมายหลายชนิด แต่ละชนิดมีคุณสมบัติที่แตกต่างกันจากการทบทวนวรรณกรรมชนิดของน้ำมันหอมระเหยที่ช่วยลดความวิตกกังวลทำให้ผ่อนคลายมีดังนี้

น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์สามารถสกัดได้จากส่วนของยอดดอกมีองค์ประกอบทางเคมีหลักคือลินาลิลอะซิเตต (Linalyl acetate) ประมาณ 25-45% ซึ่งเป็นสารประกอบเอสเทอร์น้ำมันลาเวนเดอร์มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์ กล่าวคือกลิ่นของน้ำมันลาเวนเดอร์จะผ่านเยื่อหุ้มสมองต่อไปยังเยื่อรับรู้กลิ่นเข้าสู่กระแสรับกลิ่น ซึ่งประกอบด้วยเซลล์ประสาทรับกลิ่นที่มีหน้าที่แปลงสัญญาณเป็นสื่อประสาทหรือสื่อเคมีไฟฟ้า ผ่านประสาทรับกลิ่นไปยังสมองส่วนลิ

มิกที่ประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญคืออมิกดาลาและฮิปโปแคมปัสซึ่งมีผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์ การรับรู้ความเจ็บปวด ความสุขสบายและการผ่อนคลายกลิ่นจะทำให้สมองส่วนลิมบิกปล่อยสารเอนโดฟิน ทำให้เกิดการผ่อนคลาย (นันทชนก เปี้ยแก้ว และคณะ, 2558)

น้ำมันหอมระเหยสวีทอัลมอนต์เป็นน้ำมันที่สกัดได้จากเมล็ดอัลมอนต์ หาได้ง่าย ราคาไม่แพง และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เป็นน้ำมันพืชไม่มีกลิ่นไม่ส่งผลกระทบต่อทางร่างกายทั้งสตรีวิทยาและจิตวิทยา โดยสรรพคุณของน้ำมันสวีทอัลมอนต์มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์ สามารถลดความวิตกกังวล ทำให้ผ่อนคลาย (นันทชนก เปี้ยแก้ว และคณะ, 2558)

น้ำมันหอมระเหยเปปเปอร์มินต์(peppermint ชื่อวิทยาศาสตร์คือ *Metha piperita* L.) เป็นพืชในตระกูลมินต์ช่วยกระตุ้นทำให้สดชื่น มีกำลังและช่วยเพิ่มสมาธิแก้ท้องอืดท้องเฟ้อแก้คลื่นไส้ช่วยย่อยอาหารโดยเปปเปอร์มินต์ซึ่งมีองค์ทางเคมีประกอบ คือ Menthol ร้อยละ 27-50, Menthone ร้อยละ 13-32 ซึ่งการสูดดมเมนทอลซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัวคือด้านความสดชื่นเป็นสื่อให้เกิดการกระตุ้นที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ที่ไปเลี้ยงตามใบหน้าและส่วนต่างๆ (trigeminal nerve) ซึ่งนำส่งไปยังสมองส่วนรับกลิ่นทำให้สดชื่นลดความวิตกกังวล (วินัย สยอวรรณและคณะ, 2561)

น้ำมันหอมระเหยวานมมหาหงส เป็นไม้มลुकที่มีเหง้าอยู่ใต้ดินชื่อวิทยาศาสตร์ *Hedychium coronarium* J.Koenig อยู่ในวงศ์ ZINGIBERACEAE ชื่อท้องถิ่นอื่น ๆ ไตแกกระทายเหิน ทางหงส (กลาง) ตาหวน เหินแกว เหินคำ(มหาสารคาม)ด้วยความหอมของดอกมหาหงสที่มีกลิ่นหอมจึงนิยมใช้ในวงการสปาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศใช้เป็นส่วนผสมในครีม โลชั่น โคลอยูจันสบู่ ครีมอาบน้ำ หรือโคลนหมักตัวองคประกอบหลักของน้ำมันหอมระเหยดอกวานมมหาหงสมีสารสำคัญคือ (E)-B-cimene (28.7%), linalool (19.3%) และ 1,8-cineole (14.5%) ซึ่งสาร linalool เป็นสาร terpene alcohol ที่มีฤทธิ์ช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย นอนหลับได้ดีกลิ่นน้ำมันดอกวานมมหาหงสมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อารมณ์ความรู้สึกได้แก่รู้สึกดี รู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกเคลิบเคลิ้มรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกจิตใจสงบนิ่ง เพิ่มมากขึ้น

ผู้วิจัยเลือกใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลิ่นลาเวนเดอร์มีประสิทธิภาพต่ออารมณ์และการรับรู้สามารถลดความวิตกกังวลด้วยองค์ประกอบทางเคมีหลักคือลินาลิลอะซิเตต (Linalyl acetate) ประมาณ 25-45% ซึ่งเป็นสารประกอบเอสเทอร์น้ำมันลาเวนเดอร์มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์ ความรู้สึกโดยเมื่อเทียบกับกลิ่นชนิดอื่นและพบว่าในประเทศไทยเลือกใช้กลิ่นน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์มากที่สุดเป็นอันดับ 1 ในสุนทรบำบัด ไม่ว่าจะเป็นการนวด การดมกลิ่นถึงร้อยละ 88.6 (วินัย สยอวรรณและคณะ, 2554)

5.5 รูปแบบในการใช้น้ำมันหอมระเหย

น้ำมันหอมระเหยเป็นน้ำมันที่ประกอบด้วยองค์ประกอบทางเคมีมากมาย ส่งผลให้การทำงานของระบบอวัยวะภายในร่างกายและสมอง รวมถึงมีผลทางอารมณ์และจิตใจช่วยให้เกิดความสมดุล

หากสูดดมหรือสัมผัสผ่านทางผิวหนัง รูปแบบในการใช้น้ำมันหอมระเหยสามารถประยุกต์ใช้ได้หลายรูปแบบ (คมสัน หุตะแพทย, 2546) ซึ่งมีดังต่อไปนี้

การสูดดม (Inhalation) การสูดดมเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วที่สุด โดยเกิดขึ้นภายในเสี้ยววินาที (ภุชญา ภูตะคาม, 2553) เหมาะสำหรับการบำบัดผู้ที่เป็โรคหวัดหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจ แต่ไม่ควรใช้กับผู้ที่เป็โรค หอบหืด วิธีการใช้ทำโดยการหยดน้ำมันหอมระเหย 1-2 หยดลงในชามหรือกะละมังที่มีน้ำร้อนที่มิ้อ โดย ใช้ผ้าขนหนูคลุมศีรษะกมหน้าเหนือชามหรือกะละมัง สูดดมไอรระเหย โดยหายใจลึกๆ การสูดดมไอน้ำจะชวย ทำให้เยื่อบุทางเดินหายใจชุ่มชื้น ทำให้ช่องทางเดินหายใจเป็ดและผอนคลาย

การนวดตัว (Aromatherapy massage) เป็นวิธีที่นิยมกันมาก โดยใช้น้ำมันหอมระเหยผสมลงในน้ำมันที่ใช้นวดตัว เป็นการชวยกระตุ้น กล้ามเนื้อ ระบบประสาท เนื้อเยื่อและผิวหนัง ลดอาการปวดเมื่อย ชวยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น วิธีใช้ ทำโดยหยดน้ำมันหอมระเหยประมาณ 10-15 หยด ผสมกับน้ำมันพืชที่ใช้นวดตัว 30 มิลลิลิตร สำหรับน้ำมัน พืชที่ใช้นวดตัว นอกจากจะเป็น้ำมันตัวพาน้ำมันหอมระเหยเขาสูผิวแลว ตัวมันเองยังมีคุณสมบัติในการบำรุง ผิวพรรณ ในการใช้ควรเลือกน้ำมันใ้เหมาะสมกับผิวของผู้ที่ถูกนวดด้วย

เตาระเหย (Fragrancers) วิธีนี้ทำโดยการหยดน้ำมันหอมระเหย 3 หยดลงไปใ้น้ำที่อยู่ในฝาดหรือถวยเหนือเตาหรือตะเกียงเผา ความรอนจากเทียนน้ำมันหอมระเหยจะคอยๆระเหยทำให้เกิดกลิ่นหอม ชวยสร้างบรรยากาศ ทำให้เกิดความผอนคลาย ชวยบำบัดอารมณ์และจิตใจ

ผสมน้ำอาบ (Bathing) วิธีการนี้ทำโดยการหยดน้ำมันหอมระเหย 5-15 หยดลงไปใ้อ่างอาบ น้ำควรปดประทุหรือฝ้ามาน เพื่อป้องกันกลิ่นระเหยออกไป แชตัวลงไปนาน 10-15 นาที วิธีการนี้จะทำให้ไ้ทั้งการสูดดมและสัมผัสทาง ผิวหนัง หากเป็คนผิวแพ้งชวยผสมน้ำมันหอมระเหยกับน้ำมันตัวพาเสียก่อน สำหรับการอาบน้ำด้วยวิธีต้กอาบหรือใช้ฝักบัวหลังอาบน้ำเสร็จให้หยดน้ำมันหอมระเหยที่เจือจางแลวลงบนผ้าหรือฟองน้ำหรือโยบวบ แลวใช้ถูตัวด้วยน้ำมันหมาดๆ จากนั้นใช้น้ำล้างตัวอีกครั้งหนึ่ง

การแช่มือ แชเท้า (Hand and Foot Bath) วิธีการนี้ทำโดยการหยดน้ำมันหอมระเหย 4-5 หยดลงในน้ำอุ่นใ้อ่างหรือกะละมัง แลวแช่มือหรือ เท้านาน 10 นาที จะชวยให้เกิดการผอนคลาย ความเมื่อยล้าที่มือและเท้าได้ นอกจากนี้ยังชวยลดอาการตึงเครียด ปวดศีรษะหรือปวดไมเกรนได้อีกด้วย

ฉีดพ่นละอองฝอย (Room Sprays) วิธีนี้ทำโดยการนำน้ำมันหอมระเหย 10 หยดผสมกับน้ำ 1 ช้อนโต๊ะและอาจผสมเหล้าวอดก้าหรือแอลกอฮอล์ 5% 1 ช้อนโต๊ะ (ไม้สีกี้ได้) ใส่ลงในขวดที่มีหัวฉีดเป็สเปรยหรือละอองฝอยชวยให้ส่วนผสมเข้ากันใ้ฉีดในหอนั่งเล่น หอนอาหาร หอนทำงานหรือหอนอน

หยดลงบนหมอน (Pillow Talk) วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ที่นอนหลับยาก ให้ลองใช้น้ำมันหอมระเหยที่มีคุณสมบัติผ่อนคลายพวกกระดังงา กุหลาบ มะลิ หยดลงไปบนหมอน 2-3 หยดจะช่วยให้หลับง่ายและหลับสบาย

กลั้วคอบ้วนปาก วิธีนี้ทำโดยการหยดน้ำมันหอมระเหย 2-3 หยดลงในน้ำ ¼ แก้ว คนให้เข้ากัน ไซ้กลั้วคอหรือบ้วนปาก ช่วยบำบัดโรคในช่องปากและคอ ช่วยฆ่าเชื้อโรคลดกลิ่นปาก

การประคบ (Compresses) เป็นวิธีที่ใช้ผ้าขนหนูหรือผ้าเช็ดหน้าจุ่มแชลงในน้ำมันหอมระเหย (หยดน้ำมันหอมระเหย 5-10 หยดต่อน้ำ 10 มิลลิลิตร) บิดพอหมาดประคบบริเวณที่มีอาการนาน 20-30 นาที

น้ำมันบำรุงผิวหน้าผิวกาย (Body and Facial Oils) เราสามารถใช้น้ำมันหอมระเหยผสมกับน้ำมันที่ใช้อบู่ผิวพรรณทั้งใบหน้าและร่างกาย โดยใช้น้ำมันหอมระเหย 1% กับน้ำมันบำรุงผิวหน้าและใช้น้ำมันหอมระเหย 3% กับน้ำมันบำรุงผิวกาย

เทียนหอม (Scented Candles) เราสามารถผสมน้ำมันหอมระเหยลงไปในการทำเทียนได้ เมื่อเวลาจุดไฟกลิ่นหอมก็จะระเหยออกมาคล้ายกับการใช้เตาระเหย หรืออาจจะผสมน้ำมันหอมระเหย 2-3 หยดลงในน้ำมันตะเกียงก็ได้

ผู้วิจัยเลือกการใช้วิธีสูดดม (Inhalation) เนื่องจากเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วที่สุด โดยเกิดขึ้นภายในเสี้ยววินาที โดยหวังผลจากกระบวนการการสูดดมน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์เข้าสู่สมองส่วนลิมบิกที่มีสมองส่วนอมิกดาลาและฮิปโปแคมปัสเป็นศูนย์กลางของการควบคุมทางอารมณ์ การรับรู้ความเจ็บปวด ความสุขสบาย และการผ่อนคลายแล้ว ยังส่งผลถึงระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system; CNS) สภาวะของร่างกายขณะนั้นเกิดการผ่อนคลายทำให้ บุคคลนั้นมีความกังวล ความวุ่นวายใจลดลงโดยผู้ป่วย

6. โปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้เลือกวิธีการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยทุกระยะ ตลอดที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลโดยพบว่าการให้ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ (Leventhal, 1983) และการใช้น้ำมันหอมระเหย ซึ่งเป็นการบำบัดทางการแพทย์แบบผสมผสาน (Complementary therapy) ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ซึ่งกลิ่นน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลและการสูดดมในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมีผลต่อการรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกและรวดเร็วที่สุด

(กฤษณา กฤษณะคาม, 2553) เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยช่วงเวลาขณะนั้น โดยการให้ข้อมูลมี 4 ด้าน ดังนี้

1. ข้อมูลที่เป็นเหตุการณ์เข้ามาเผชิญมีผลต่อสภาวะอารมณ์และความเชื่อโดยไม่เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา คือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญที่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ในชีวิตเป็นวิกฤตการณ์ที่กระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงเพราะการผ่าตัด ผลของการผ่าตัด และการใช้ชีวิตหลังผ่าตัด เป็นความไม่แน่นอน ผู้ป่วย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการรักษาอาจไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยจึงเกิดความวิตกกังวล ดังนั้นการให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยต้องการ ให้ผู้ป่วยได้สอบถามข้อสงสัยต่างๆ จึงช่วยลดความวิตกกังวลได้

2. ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของภัยที่คุกคามคือข้อมูลเกี่ยวกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอาการ อาการแสดง แนวทางการรักษา กระบวนการการผ่าตัด กระบวนการทางวิสัญญี ข้อดีข้อเสียของการรักษาผลที่กระทบในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคมประโยชน์ของการใช้น้ำมันหอมระเหย ปฏิกริยาของน้ำมันหอมระเหยต่อการลดความวิตกกังวล ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอผู้ป่วยจะเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกิดการปฏิบัติตาม และระดับความวิตกกังวลจะลดลงได้

3. ข้อมูลการดำเนินการเกี่ยวกับภัยคุกคาม ซึ่งภัยคุกคามคือผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องเกิดภาวะวิตกกังวล ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน ดังนั้นข้อมูลและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านเช่น การหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพและการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการได้ใช้น้ำมันหอมระเหย จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการลดความวิตกกังวล

4. ข้อมูลเกี่ยวกับแรงจูงใจ ความมั่นใจที่ทำให้เผชิญกับภาวะคุกคามนั้นสำเร็จคือการให้กำลังใจ การสร้างความเชื่อมั่นในการรักษา การให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ รวมถึงการใช้น้ำมันหอมระเหยแล้วผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งจะสามารถเห็นผลได้ทันที และเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม

จากแนวคิดการให้ข้อมูลทั้ง 4 ด้านสามารถจัดเป็นกิจกรรมได้ดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัดเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น อาการ อาการแสดง แนวทางการรักษา กระบวนการการผ่าตัด กระบวนการทางวิสัญญี การปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยโดยใช้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและการใช้น้ำมันหอมระเหย

ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัดเป็นการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดโดยเน้นย้ำ การหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพและการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้องเหมาะสมโดยใช้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและการใช้น้ำมันหอมระเหย

ครั้งที่ 3 ก่อนกลับบ้านเป็นการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การสังเกตแผล ผ่าตัด การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การขับถ่ายอาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาลโดยใช้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและการใช้น้ำมันหอมระเหย

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในหัวข้อนี้กล่าวถึงงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูล ความวิตกกังวล น้ำมันหอมระเหย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

นิธิยา เลหาชัยนันท์ (2548) พบว่าผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องโดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนโดยให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนช่วงเย็นก่อนผ่าตัดและเข้าก่อนผ่าตัดมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดวงดาว อธิญาสน์และคณะ (2555) พบว่าผลการให้ข้อมูลและความรู้อย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวล ของผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว การให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆที่ผู้ป่วยควรทราบก่อนผ่าตัด ทั้งการให้ข้อมูลตามวิธีปกติและการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน สามารถลดค่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ โดยการ ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีประสิทธิภาพมากกว่า การให้การให้ข้อมูลตามวิธีปกติ เนื่องจากการให้ ข้อมูลอย่างมีแบบแผนดำเนินการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เป็นรายบุคคล มีรูปแบบและเนื้อหาที่แน่นอนและ ครอบคลุมไม่ตกหล่น

ยุพินสังฆะมณี (2555) พบว่าผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่ายมากกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่ายไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งอาจเป็นผลจากการที่กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นที่ส่งเสริมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือสถานการณ์ขณะวัดความวิตกกังวลไม่เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์คุกคามตามทฤษฎี

สุรชาติพ เกษตรลักษณ์ (2558) พบว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย และการพยาบาลตามปกติ ต่อกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ จำนวน 45 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มที่ทดลองที่ 2 กลุ่มละ 15 คน ทั้ง 3 กลุ่ม ได้รับการจับคู่ ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ โรคหัวใจและการผ่าตัด ยาบรรเทาปวด ยานอนหลับ และประเภทของผู้ป่วย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า 1. คะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด วันที่ 2 วันที่ 3 และ วันที่ 4 ระหว่างกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ด้วยน้ำมันหอมระเหยมีคะแนนเฉลี่ย กลุ่มอาการไม่สบายต่ำที่สุดกลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบายสูงที่สุด 2. คะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดรวม 3 ครั้ง ระหว่างกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า ด้วยน้ำมันหอมระเหยมีคะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบายต่ำที่สุด กลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบายสูงที่สุด

อรุณศรี ชัยทองสกุล (2558) พบว่าผลการให้ข้อมูลตามแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลา พบว่า ก่อนให้ข้อมูล ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลาพบว่า มีความวิตกกังวลในระดับมาก ร้อยละ 66.7 และมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 หลังเข้าโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวทางการปฏิบัติสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดในการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 40.0 และความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และมีเพียงร้อยละ 26.7 ที่ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก และเมื่อนำเปรียบเทียบโดยใช้สถิติค่าที่พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างหลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=.001$)

รัตนา เพิ่มเพชร (2559) พบว่าจากการศึกษาบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดการให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนหลังผ่าตัดการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดการเยี่ยมก่อนผ่าตัดครอบคลุมทั้งผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและผู้ป่วยนอก ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวล บรรเทาความเจ็บปวด ส่งเสริมการฟื้นฟู และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ทักษะและความรู้ในการให้คำแนะนำการอธิบาย การทวนสอบความรู้เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติ

ชูลีพร วชิรธนากร (2560) พบว่าจากการศึกษาความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทางนรีเวชผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวชโดยรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลโดยรวมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลโดยรวมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยผ่าตัดรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรารุณี สีถาน (2560) พบว่าจากการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมและปฏิบัติตามกิจกรรมที่ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีคุณภาพการฟื้นตัวสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ด้วยการปฏิบัติกิจกรรมการหายใจเข้า-ออก ลีเก้ๆ ยาวๆ 4-5 ครั้งต่อวัน ไออย่างมีประสิทธิภาพ 1-2 ครั้ง ต่อวัน บริหารแขนขา 2-3 ครั้ง ต่อวัน ลุกนั่งร่วมกับแกว่งเท้า 2-3 ครั้งต่อวัน และลุกเดิน 3 ครั้ง ต่อวัน ขณะที่กลุ่มควบคุมปฏิบัติตามกิจกรรมที่ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่เป็นแบบแผน

ศิวพร ถือชาติและคณะ (2562) พบว่าจากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 รายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติในวันผ่าตัดในห้องผ่าตัด หรือระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 2 ($p = .017$) เมื่อเปรียบเทียบภายใน กลุ่มทดลองพบว่า ทันทีกายหลังที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยหรือระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 1 ผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

สายทอง ชัยวงศ์ (2563) พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดช่องท้องและบทบาทของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลแขวงบอลิคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวทำให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Exploratory laparotomy และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด Exploratory laparotomy ในโรงพยาบาลแขวงบอลิคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 58.3 มีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.6 มีระดับความวิตกกังวลในระดับสูง โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับ

ภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพและ ประสบการณ์ผ่าตัด นอกจากนี้พบว่า บทบาทของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดช่องท้องมี 5 ด้านคือ 1) การเตรียมด้านร่างกาย ได้แก่ การซักประวัติ การเตรียมร่างกายเพื่อการผ่าตัด 2) การเตรียมด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การพูดคุยสร้างสัมพันธภาพเพื่อลดความวิตกกังวล การให้กำลังใจและความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย วิธีการจัดการกับความวิตกกังวล 3) การสอนการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด ได้แก่ การให้คำแนะนำ วิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด สถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ และอธิบายเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด

Beddows (1997) ได้ทำการศึกษาการให้ข้อมูลการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนเลื่อนและการผ่าตัดเส้นเลือดขาด โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกจากผู้ป่วย อายุระหว่าง 18 ถึง 65 ปี กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูล และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติพบว่า การให้ข้อมูลก่อนเข้ารับการรักษาในกลุ่มทดลองได้จะช่วยลดความวิตกกังวลได้มากกว่ากลุ่มควบคุมนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Jlala H A และคณะ (2010) พบว่าการให้ข้อมูลโดยการชมมัลติมีเดียก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดมยาสลบผู้ป่วย 110 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้ข้อมูลโดยการชมมัลติมีเดีย เช่น การเดินทางในโรงพยาบาลของผู้ป่วย กระบวนการการรักษา ซึ่งรวมถึงการใช้จ่ายในกระดุกสันหลังและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($P=0.04$) นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Sjostedt L และคณะ (2011) ได้ทำการศึกษาการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้พบว่าประสบการณ์ระหว่างพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันจำนวน 39 คน และแพทย์วิสัญญีจำนวน 10 คน พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลต่อความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักต้องการข้อมูลอย่างมาก ข้อมูลระหว่างการผ่าตัด และต้องการข้อมูลซ้ำๆ ในช่วงเวลาต่างๆ โดยเฉพาะ ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย ความรู้และต้องการการสื่อสารที่ดี และทัศนคติจากมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่วิตกกังวล

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงก่อนผ่าตัดการให้ข้อมูลหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านพบน้อยแต่พบว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลในทุกช่วงเวลาของการผ่าตัดและต้องการข้อมูลซ้ำๆ โดยเฉพาะเกี่ยวกับความรู้ในโรคที่ผู้ป่วยเป็น

งานวิจัยเกี่ยวกับน้ำมันหอมระเหย

วินัย สยอวรรณและคณะ (2554) พบว่าผลของน้ำมันดอกลาเวนเดอร์ต่อระบบประสาทอัตโนมัติและอารมณ์ความรู้สึกในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร 20 คน โดยการสูดดมน้ำมันดอกลาเวนเดอร์ผ่านหน้ากากออกซิเจน แบ่งเป็น 3 ช่วง ช่วงละ 10 นาที ช่วงที่ 1 ให้นั่งพัก ช่วงที่ 2 ให้ดมไอน้ำ ช่วงที่ 3 ให้ดมลาเวนเดอร์ ผลจากการเปรียบเทียบผลแตกต่างระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มที่ได้รับ

การสูดดมผ่านหน้ากากออกซิเจน ระบบประสาทอัตโนมัติเกิดการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราชีพจรขณะพัก พบว่าความดันโลหิตลดลง มีความรู้สึกผ่อนคลาย

นันท์ชนก เปี้ยแก้ว และคณะ (2558) ผลของการสูดดมน้ำมันลาเวนเดอร์ที่มีต่อการลดความเครียดและคลื่นสมองของหญิงวัยรุ่นพบว่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียดจากแบบวัดความเครียดสวนปรงหลังจากสูดดมน้ำมันสวีทอัลมอนด์และน้ำมันลาเวนเดอร์พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดลดลงจากก่อนการสูดดมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างน้ำมันสวีทอัลมอนด์และน้ำมันลาเวนเดอร์หลังการสูดดม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคลื่นสมองของหญิงวัยรุ่นน้ำ โดยน้ำมันลาเวนเดอร์สามารถลดระดับความเครียดได้

สายฝน อินศรีชื่น (2560) ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุคนธบำบัดซึ่งใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ในการสูดดมในผู้สูงอายุสมองเสื่อมเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุคนธบำบัดของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลองมีคะแนนผลการประเมินคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Mi-Yeon Cho (2013) พบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการสวนหัวใจแล้วรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน56คนได้รับการสูดดมน้ำมันหอมระเหยโรมาถูกผสมกับลาเวนเดอร์ดอกคาโมไมล์ โรมันและ Neroli อัตราส่วนเป็น 6:2:0.5 ได้รับการรักษา 10 ครั้งก่อนที่จะทำ PCI และอีก 10 ครั้งหลังจาก PCI พบว่าผลความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยได้

Hosseini (2016) พบว่าการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ในประเทศอิหร่านโดยกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแสดงให้เห็นว่าการสูดดมลาเวนเดอร์สามารถลดระดับความวิตกกังวลและคอร์ติซอลก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดตั้งนั้นลาเวนเดอร์หอมบำบัดสามารถใช้เป็นยาช่วยควบคุมความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

Cho E และคณะ (2017) พบว่าการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์จะช่วยลดความเครียดและช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญในการรับรู้ความเครียด ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจและคุณภาพการนอนหลับ

Karadag (2017) พบว่าการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศตุรกีพบว่าการสูดดม2%น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์เป็นเวลา15วันสามารถลดระดับความวิตกกังวลและช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์โดยการสูดดมไม่ว่าจะเป็นในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยวิกฤต พบว่าทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ เกิดการเปลี่ยนแปลง ช่วยลดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ลดระดับความวิตกกังวลและช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยได้

สรุป

การผ่าตัดช่องท้องสามารถทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องซึ่งความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีผลทำให้ผู้ป่วยปวดแผลหลังผ่าตัดมากขึ้น จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น มีหลายสาเหตุจากปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา และปัจจัยที่แก้ไขได้คือ การลดความวิตกกังวล โดยความวิตกกังวลส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการต้องการข้อมูล การขาดข้อมูลดังนั้นการให้ข้อมูลในแต่ละระยะ ไม่ว่าจะเป็นก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยจะช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

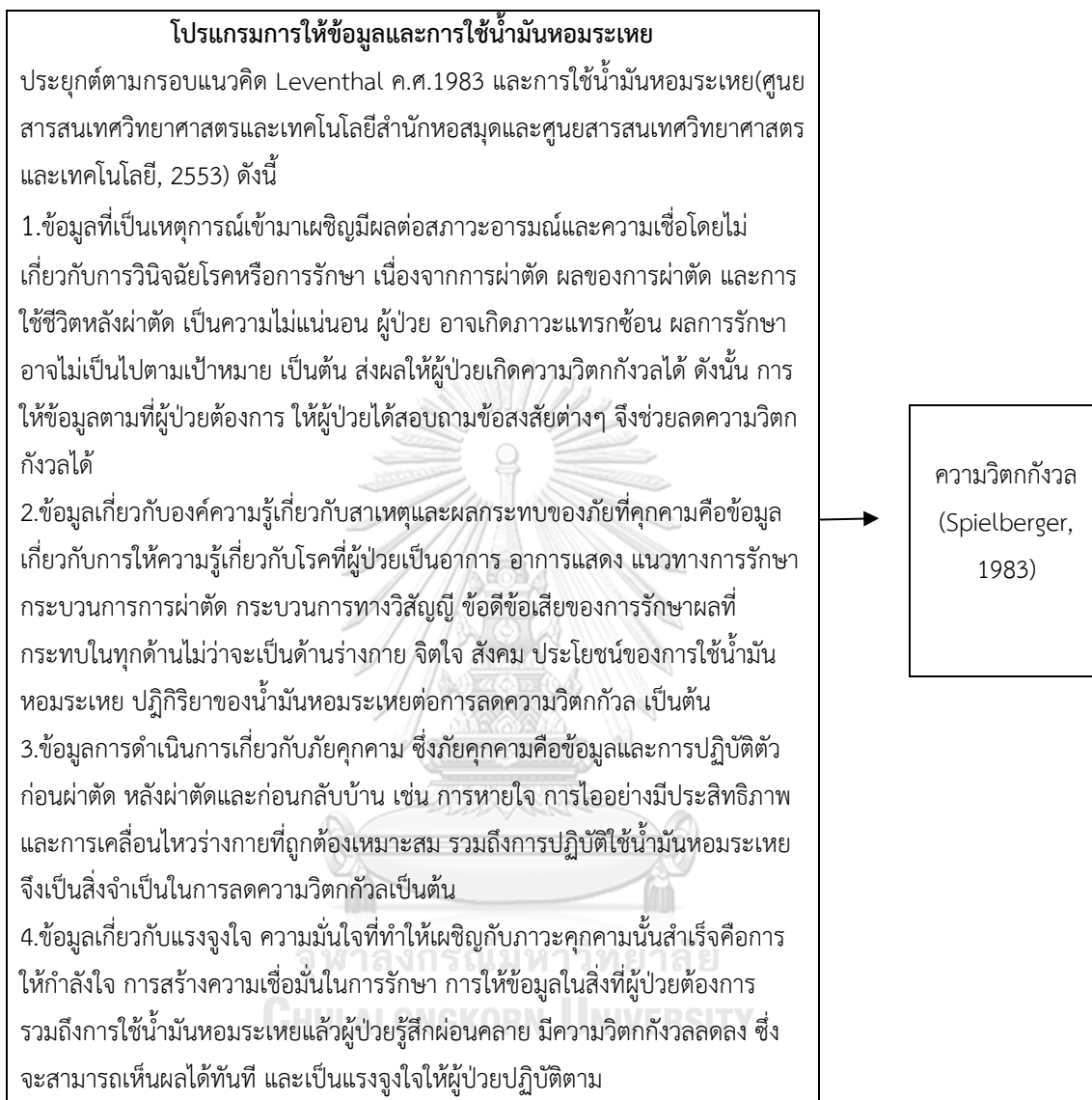
แนวคิดการให้ข้อมูลของLeventhal,1983 ที่ส่งผลให้สามารถลดความวิตกกังวลได้ ประกอบไปด้วย 4 ด้านคือ 1.ข้อมูลที่เป็นเหตุการณ์เข้ามาเผชิญมีผลต่อสภาวะอารมณ์และความเชื่อโดยไม่เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา คือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญที่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ในชีวิตเป็นวิกฤตการณ์ที่กระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงเพราะการผ่าตัด ผลของการผ่าตัด และการใช้ชีวิตหลังผ่าตัด เป็นความไม่แน่นอน ผู้ป่วย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการรักษาอาจไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยจึงเกิดความวิตกกังวล การหมดความมั่นใจในตนเองการสูญเสียเอกลักษณ์การให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยต้องการ ให้ผู้ป่วยได้สอบถามข้อสงสัยต่างๆ จึงช่วยลดความวิตกกังวลได้ 2.ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของภัยที่คุกคามคือข้อมูลเกี่ยวกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอาการ อาการแสดง แนวทางการรักษา กระบวนการการผ่าตัด กระบวนการทางวิสัญญี ข้อดีข้อเสียของการรักษาผลที่กระทบในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ประโยชน์ของการใช้น้ำมันหอมระเหย ปฏิกริยาของน้ำมันหอมระเหยต่อการลดความวิตกกังวล ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอผู้ป่วยจะเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกิดการปฏิบัติตาม และระดับความวิตกกังวลจะลดลงได้ 3.ข้อมูลการดำเนินการเกี่ยวกับภัยคุกคาม ซึ่งภัยคุกคามคือผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เกิดภาวะวิตกกังวล ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน ดังนั้นข้อมูลและการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน เช่น การหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพและการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการได้ใช้น้ำมันหอมระเหย จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการลดความวิตกกังวล 4.ข้อมูลเกี่ยวกับแรงจูงใจ ความมั่นใจที่ทำให้เผชิญกับภาวะคุกคามนั้นสำเร็จคือการให้กำลังใจ การสร้างความเชื่อมั่นในการรักษา การให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ รวมถึงการใช้น้ำมัน

หอมระเหยแล้วผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งจะสามารถเห็นผลได้ทันที และเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม

แนวคิดการใช้น้ำมันหอมระเหย (ศูนย์สารสนเทศวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสำนักหอสมุดและศูนย์สารสนเทศวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2553) พบว่าการใช้น้ำมันหอมระเหย (Inhalation) การสูดดมเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วที่สุด โดยเกิดขึ้นภายในเสี้ยววินาที (กฤษณา ภูตะคาม, 2553) เหมาะสำหรับการบำบัดผู้ที่เป้นโรคหวัดหรือโรคที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจ แต่ไม่ควรใช้กับผู้ที่เป้นโรค หอบหืด สูดดมไอรระเหย โดยหายใจลึกๆ การสูดดมไอน้ำจะช่วยให้เยื่อบุทางเดินหายใจชุ่มชื้น ทำให้ช่องทางเดินหายใจเปิดและผ่อนคลายและเมื่อ น้ำมันลาเวนเดอร์เข้าสู่สมองส่วนลิมบิก ที่มีสมองส่วนอมิกดาลาและฮิปโปแคมปัส เป็นศูนย์กลาง ของการควบคุมทางอารมณ์ การรับรู้ความเจ็บปวด ความสุขสบาย และการผ่อนคลายแล้ว ยังส่งผลถึง ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system; CNS) สภาวะของร่างกายขณะนั้นเกิดการผ่อนคลายทำให้บุคคลลดความวิตกกังวลได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้านเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง สรุปลงเป็นกรอบแนวคิดวิจัย ดังนี้

8. กรอบแนวคิดวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ Control group time series with multiple replication design ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน โดยมีแบบแผนการทดลองแบบดังนี้

	ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัด	ก่อนกลับบ้าน
กลุ่มทดลอง	X ₁ O1	X ₂ O2	X ₃ O3
กลุ่มควบคุม	O4	O5	O6

- X₁ หมายถึง การให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยก่อนผ่าตัด
- X₂ หมายถึง การให้ข้อมูลรวมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยหลังการผ่าตัด
- X₃ หมายถึง การให้ข้อมูลรวมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยก่อนกลับบ้าน
- O1 หมายถึง ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในกลุ่มทดลอง
- O2 หมายถึง ความวิตกกังวลหลังการผ่าตัดในกลุ่มทดลอง
- O3 หมายถึง ความวิตกกังวลก่อนกลับบ้านในกลุ่มทดลอง
- O4 หมายถึง ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในกลุ่มควบคุม
- O5 หมายถึง ความวิตกกังวลหลังการผ่าตัดในกลุ่มควบคุม
- O6 หมายถึง ความวิตกกังวลก่อนกลับบ้านในกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัยคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้การศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เพศชายและเพศหญิง อายุ 18-59 ปีที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องโรงพยาบาลตำรวจ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 44 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 รายและกลุ่มทดลอง 22 ราย (Burns and Grove, 2005) กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดดังนี้

1. อายุ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (Pochard et al, 2005) โดยแบ่งอายุเป็น 2 ช่วงดังนี้ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี) (อัจฉรา วรรณานันต์, 2560)

2. เพศ จับคู่ให้เป็นเพศเดียวกันเนื่องจากเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Delva et al., 2002)

3. โรคทางระบบย่อยอาหารต้องมีความเหมือนหรือใกล้เคียงกันซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ไม่แพ้กลี้น้ำมันหอมระเหย
2. ได้รับความระงับความรู้สึกทั่วไป (general anesthesia)
3. ไม่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด
4. ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง
5. เป็นผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

เกณฑ์การคัดเลือกรอกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) และการพิจารณาเพื่อหยุดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (dropout criteria) ได้แก่

1. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัด เช่นระบบไหลเวียนเลือดและระบบหัวใจล้มเหลว
2. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรม

ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 รายและมีกลุ่มทดลอง 22 ราย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยผู้วิจัยกำหนดอำนาจทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพล .50 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างละ 22 คน รวม 44 คน (Burns and Grove, 2005) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างแรก 22 คนจัดเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างหลังจัดเป็นกลุ่มทดลองและดำเนินให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะเหมือนกันโดยการ พิจารณาการจับคู่ (Matched pairs) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของสมรพรรณ ไตรภูธร (2554) ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสุนทรบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวในระหว่างรอผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองโดยกลุ่มตัวอย่างแรก 22 คนจัดเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างหลังจัดเป็นกลุ่มทดลองและดำเนินให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเหมือนกันโดยพิจารณาการจับคู่ (Matched pairs) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่

ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดดังนี้ 1. อายุ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะส่งผลต่อความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (Pochard et al, 2005) โดยแบ่งอายุเป็น 2 ช่วงดังนี้ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี) (อัจฉรา วรรณานันต์, 2560) 2. เพศ จับคู่ให้เป็นเพศเดียวกันเนื่องจากเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Delva et al., 2002) 3. โรคทางระบบย่อยอาหารต้องมีความเหมือนหรือใกล้เคียงกัน โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ร่วมกับการสอบถามประวัติการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการสำรวจและศึกษาประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลตำรวจ

2. ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มกลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม 22 รายและกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์แล้ว ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์งานวิจัย ลักษณะงานวิจัย การดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ

3. ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจและความสมัครใจ ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองและเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัยผู้วิจัยจึงจับคู่ (Matched pairs) กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด

4. เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 22 คน แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง จนครบ 22 คน รวมจำนวน 44 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูล

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับคู่ (Matched pairs) โดยพิจารณาจากองค์ประกอบด้านอายุ เพศ โรคทางระบบย่อยอาหาร

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง(n=22)		
	อายุ	เพศ	โรคหรือการผ่าตัด	อายุ	เพศ	โรคหรือการผ่าตัด
1	51	หญิง	Gut obstruction	50	หญิง	Gut obstruction
2	50	หญิง	Gut obstruction	58	หญิง	Gut obstruction
3	53	หญิง	cholecystitis	43	หญิง	cholecystitis
4	50	ชาย	Gut obstruction	49	ชาย	Gut obstruction
5	59	ชาย	Gut obstruction	59	ชาย	Gut obstruction
6	59	หญิง	cholecystitis	59	หญิง	cholecystitis
7	53	ชาย	Gut obstruction	52	ชาย	Gut obstruction
8	47	ชาย	cholecystitis	50	ชาย	cholecystitis
9	59	ชาย	Gut obstruction	59	ชาย	Gut obstruction
10	56	ชาย	Gut obstruction	59	ชาย	Gut obstruction
11	56	ชาย	peritonitis	58	ชาย	peritonitis
12	55	ชาย	peritonitis	59	ชาย	peritonitis
13	59	ชาย	cholecystitis	57	ชาย	cholecystitis
14	59	ชาย	cholecystitis	59	ชาย	cholecystitis
15	53	ชาย	cholecystitis	53	ชาย	cholecystitis
16	59	ชาย	Gut obstruction	59	ชาย	Gut obstruction
17	59	ชาย	Gut obstruction	57	ชาย	Gut obstruction
18	59	ชาย	Gut obstruction	56	ชาย	Gut obstruction
19	58	หญิง	Gut obstruction	52	หญิง	Gut obstruction
20	55	ชาย	cholecystitis	53	ชาย	cholecystitis
21	57	ชาย	peritonitis	57	ชาย	peritonitis
22	53	ชาย	Gut obstruction	53	ชาย	Gut obstruction

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะคำถาม หรืออยู่ในเอกสารประวัติผู้ป่วย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพโรคประจำตัว ประวัติการได้รับการผ่าตัด

แบบสอบถามความวิตกกังวล (The State Anxiety Inventory [STAI] Form Y) ของ สปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger,1983) ฉบับภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต และ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อเป็นข้อความทางบวก 10 ข้อและข้อความทางลบ 10 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดยข้อคำถามทางบวก ให้ 4 คะแนน(ไม่มีเลย)จนถึง 1 คะแนน(มากที่สุด)และข้อคำถามทางลบให้ 1 คะแนน(มากที่สุด) จนถึง 4 คะแนน (ไม่มีเลย) คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน

การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบ ตามอันตรายภาคขึ้น ดังนี้

20-40 คะแนนหมายถึงวิตกกังวลเล็กน้อย

41-60 คะแนนหมายถึงวิตกกังวลปานกลาง

61-70 คะแนนหมายถึงวิตกกังวลสูง

71-80 คะแนนหมายถึงวิตกกังวลรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความวิตกกังวล (The State Anxiety Inventory [STAI] Form Y) ของ สปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger,1983) ฉบับภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต และ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความถูกต้อง และชัดเจนของข้อคำถามและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ประกอบด้วย

1. อาจารย์แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญสาขาศัลยศาสตร์ 1 คน
2. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 คน
4. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติพยาบาลขั้นสูงด้านศัลยศาสตร์ 1 คน
5. อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านสูคนธบำบัด 1 คน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผลการตรวจสอบ สรุปรูปได้ดังนี้ ที่อยู่ของผู้ป่วยเบอร์โทรศัพท์ รวมทั้ง e mail อาจไม่จำเป็นสำหรับกรวิจัยนี้และเป็นเรื่องส่วนตัวมาก ถ้าผู้วิจัยจำเป็นต้องการใช้ข้อมูลหลังกลับบ้านแล้วควรชี้แจงในแบบสอบถามด้วยสำหรับผู้วิจัย ปรับปรุงข้อคำถามให้สั้นกระชับ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ใน 5 คน และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

2.แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] Form Y) ของ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger,1983) ฉบับภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534)โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84- 91 ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาดัดแปลงและนำแบบประเมินตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความเหมาะสมของแบบประเมิน หลังจากนั้นได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ช่วยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องและความเหมาะสมของภาษา

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาสรุปรูปได้ดังนี้

1) ปรับคำแบบสอบถามในข้อ 2 ว่าขณะนี้ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นใจในทีมแพทย์เป็นขณะนี้ข้าพเจ้ารู้สึกปลอดภัย ในข้อที่ 10 ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกถึงความสะดวกสบาย ปรับเป็นขณะนี้ข้าพเจ้ารู้สึกสบาย

2) แบบประเมินความวิตกกังวลเป็นแบบประเมินมาตรฐาน ดังนั้นสามารถประยุกต์ใช้กับงานวิจัยนี้ได้ จากนั้นนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษา และปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] Form Y) ของ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1983) ฉบับภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิโดยผู้วิจัยหาความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93

2.ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] Form Y) ของ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger,1983) ฉบับภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) มาแก้ไขปรับปรุงแล้วนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าคะแนนความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .70 โดยทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มี

คุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 ราย (Burns & Grove, 2005) หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .71

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองได้แก่โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย กิจกรรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ก่อนกลับบ้านโดยใช้แนวคิดของ (Leventhal, 1983) เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ ทำให้เกิดให้เกิดการเรียนรู้ลดความวิตกกังวลในตัวผู้ป่วยดังนี้

1.ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการการให้ข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องประกอบด้วยปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

2.วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย และกำหนดเนื้อหาของโปรแกรมให้ครอบคลุมเกี่ยวกับตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสูคนธบำบัด

3.กำหนดขั้นตอนการทำกิจกรรม ประกอบด้วยขั้นตอนการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านร่วมกับการใช้การใช้น้ำมันหอมระเหยขณะให้ข้อมูล

4.การสร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ ประกอบด้วยสาระสำคัญดังนี้

4.1 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องประกอบไปด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับก่อนผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ระบบทางเดินอาหาร กลุ่มผ่าตัดช่องท้อง(Elective)ในระบบย่อยอาหาร การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดในหัวข้อการปฏิบัติตัว ภายหลังการผ่าตัดการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวและการลุกนั่ง ก่อนกลับบ้านในหัวข้อการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านใช้กระบวนการ D-Method ข้อมูลเกี่ยวกับ Aromatherapy ความหมาย Aromatherapy การใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ ประโยชน์ของการใช้น้ำมันหอมระเหย

4.2 น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ โดยใช้น้ำมันหอมระเหยจากบริษัทอุตสาหกรรมเครื่องหอมไทย-จีนจำกัด จำนวน 50 cc สำลีก่อนจำนวน 1 ก้อน โดยก่อนให้ข้อมูลใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ ใช้1-3หยดในสำลี วางไว้ข้างหมอนโดยห่างจากจมูกผู้ป่วย 10 เซนติเมตร ให้สูดดมเป็นระยะๆ นาน 20 นาที 1 ครั้งต่อวัน(Hasanzadeh, F., et al, 2016) โดยใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์จากขวดเดียวกันในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การตรวจสอบโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย

1. การหาความตรงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสื่อบำบัดโดยมี คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหาความถูกต้อง ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามข้อเสนอแนะ

ผลการตรวจสอบความตรงเนื้อหาสรุปผลดังนี้ คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยมีคำแนะนำเพิ่มเติมว่าให้ปรับใช้คำให้อ่านเข้าใจง่าย ลดเนื้อหาที่ไม่จำเป็นออกไป ตัดคำภาษาอังกฤษออก ไม่ควรใช้ศัพท์เฉพาะสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่น รังสีเอ็กเรย์คอมพิวเตอร์ เป็น เอ็กเรย์ปอด แบบบันทึกท้ายเล่ม ผู้ป่วยบางคนไม่ยอมเขียนข้อความอะไรลงไป ให้เน้นย้ำกับผู้ป่วยว่าต้องบันทึกลงไปเพื่อข้อมูลที่บันทึกจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเอง ในส่วน ควรเพิ่มข้อมูลการใช้น้ำมันหอมระเหยว่าสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านต่อได้

คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เมื่อปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านและได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว จึงนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและพิเศษ โรงพยาบาลตำรวจจำนวน 3 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบความชัดเจนของภาษาของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง ตัวอย่างเช่นการผ่าตัดช่องท้องเป็นอันตรายต่อชีวิตปรับเป็น การผ่าตัดช่องท้องเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต รายละเอียดของน้ำมันหอมระเหยว่าจะทำให้เกิดประสิทธิภาพ ต้องทำอะไร ต้องเขียนให้คนอื่นอ่านแล้วเข้าใจได้เลย น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ว่าทำไมถึงเลือกใช้ สามารถใช้ตัวอื่นได้ไหม

ผลของการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) พบว่าผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการการให้ข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย แจ้งว่าอธิบายกิจกรรมเป็นขั้นตอนต่างๆอย่างละเอียด เข้าใจง่ายไม่ใช้เวลามากจนเกินไป สำหรับคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องนั้นขนาดพอเหมาะกับการพกพามีข้อมูลที่ต้องการทราบ ค่อนข้างชัดเจน สามารถทบทวนรู้ ความเข้าใจเพื่อเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้านได้ส่วนน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์นั้น หลังจากสูดดมรู้สึกมีกลิ่นหอมผ่อนคลาย

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลองเป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจในระยะ ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้านโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นแบบวัดความรู้ความเข้าใจสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการ

ทำงานของระบบทางเดินอาหาร โรคเกี่ยวกับระบบย่อยอาหารการผ่าตัดที่เกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร ผลกระทบต่อความวิตกกังวลโดยมีทั้งหมด 3 ระยะได้แก่ ก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน

ก่อนผ่าตัด เป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนผ่าตัดมีทั้งหมด 8 ข้อมีลักษณะคำตอบเป็นแบบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามละ 1 คะแนน ดังนี้หากตอบ “ใช่” ในข้อคำถามที่ 1,2,3,4,5,6,8 ได้เท่ากับ 1 คะแนนหากตอบ “ไม่ใช่” ในข้อคำถามที่ 7 ได้ 1 คะแนนใช้เกณฑ์ผ่านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 โดยผู้ป่วยต้องตอบคำถามถูกต้องและได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 6 ข้อ

หลังผ่าตัด เป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจหลังผ่าตัดมีทั้งหมด 5 ข้อมีลักษณะคำตอบเป็นแบบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามละ 1 คะแนน ดังนี้หากตอบ “ใช่” ในข้อคำถามที่ 1, 5 ได้เท่ากับ 1 คะแนนหากตอบ “ไม่ใช่” ในข้อคำถามที่ 2, 3, 4 ได้ 1 คะแนนใช้เกณฑ์ผ่านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 โดยผู้ป่วยต้องตอบคำถามถูกต้องและได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 4 ข้อ

ก่อนกลับบ้านเป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนกลับบ้านมีทั้งหมด 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามละ 1 คะแนน ดังนี้หากตอบ “ใช่” ในข้อคำถามที่ 1,2,3,4,5, ได้เท่ากับ 1 คะแนนใช้เกณฑ์ผ่านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 โดยผู้ป่วยต้องตอบคำถามถูกต้องและได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 4 ข้อ

โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทดสอบความรู้ความเข้าใจภายหลังการให้ข้อมูลความรู้โดย

ในระยะก่อนผ่าตัด หลังจากดำเนินการกิจกรรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยแล้ว ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนผ่าตัด มีจำนวนทั้งหมด 8 ข้อ ซึ่งผู้ป่วยผู้ป่วยต้องตอบคำถามถูกต้อง 7 ข้อขึ้นไป ถ้าหากมีคะแนนน้อยกว่า 7 ข้อ ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ความรู้ ทบทวนในข้อที่ไม่ผ่านซ้ำแล้วให้ทดสอบความรู้ใหม่ทันที

ในระยะหลังผ่าตัด หลังจากดำเนินการกิจกรรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยแล้ว ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจหลังผ่าตัดมีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ ซึ่งผู้ป่วยผู้ป่วยต้องตอบคำถามถูกต้อง 4 ข้อขึ้นไป ถ้าหากมีคะแนนน้อยกว่า 4 ข้อ ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ความรู้ ทบทวนในข้อที่ไม่ผ่านซ้ำแล้วให้ทดสอบความรู้ใหม่ทันที

ในระยะก่อนกลับบ้าน หลังจากดำเนินการกิจกรรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยแล้ว ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนกลับบ้าน มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ ซึ่งผู้ป่วยผู้ป่วยต้องตอบคำถามถูกต้อง 4 ข้อขึ้นไป ถ้าหากมีคะแนนน้อยกว่า 4 ข้อ ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ความรู้ ทบทวนในข้อที่ไม่ผ่านซ้ำแล้วให้ทดสอบความรู้ใหม่ทันที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบวัดความรู้ความเข้าใจก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน

การหาความตรงเนื้อหา(Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้ความเข้าใจแบบวัดความรู้ความเข้าใจก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความเหมาะสม หลังจากนั้นได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาความถูกต้อง ความชัดเจนของข้อความถาม

ผลการตรวจสอบความตรงเนื้อหา

ผลการตรวจสอบ ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง ผลการตรวจสอบ สรุปได้ดังนี้

1. แบบวัดความรู้ความเข้าใจก่อนผ่าตัด มีจำนวนทั้งหมด 8 ข้อ ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์มากเกินไป คำถามไม่ยากหรือง่ายจนเกินไป ควรแยกข้อความการพักผ่อนกับความสะอาดร่างกายเป็นคนละข้อ ไม่ควรเอามารวมกัน กรณีพินปลอมให้ใส่ว่าเป็นชนิดที่ถอดได้หรือเป็นพินปลอมถาวร ดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI=1.0) ระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (KR20 = .816)
2. แบบวัดความรู้ความเข้าใจ หลังผ่าตัด มีจำนวนทั้งหมด 8 ข้อ คำถามไม่ยากจนเกินไป ปรับคำว่าฝีกการไอหลังผ่าตัดเป็น ฝีกการไออย่างมีประสิทธิภาพหลังผ่าตัดดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI=1.0) ระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (KR20 = .747)
3. แบบวัดความรู้ความเข้าใจก่อนกลับบ้าน มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ ปรับคำว่า ท่านจะออกกำลังกายโดยไม่หักโหมเปลี่ยนเป็น ท่านสามารถออกกำลังกายที่ไม่หนักได้ เช่น การเดิน ดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI=1.0) ระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (KR20 = .740)

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 26 มกราคม 2564 ถึง 3 มิถุนายน 2564 รายละเอียดการดำเนินการทดลอง (ระยะเวลา 3 วัน) ดังต่อไปนี้

1.ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้วิจัย โดยเตรียมตนเองสำหรับการค้นคว้าข้อมูล และการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูล สุขคนธบำบัด ความวิตกกังวล

1.1.1 ผู้วิจัยได้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติแบบเข้มข้นสำหรับมืออาชีพ การสกัดน้ำมันหอมระเหย การผสมน้ำมันหอมระเหยเพื่อการบำบัดและความงาม Essential Oil and aromatherapy เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2563 จัดโดยมูลนิธิศูนย์สื่อเพื่อการพัฒนาโดยนายคมสันต์ หุตะแพทย์ เลขาธิการ มูลนิธิศูนย์สื่อเพื่อการพัฒนา

1.2 ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือโดยการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้น้ำมันหอมระเหย

การเตรียมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

1.2.2 ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับน้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องซึ่งประกอบด้วยแผนการสอนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 คนและการใช้สื่อนวัตกรรมคือการสุดดมกลิ่นลาเวนเดอร์จากบริษัท อุตสาหกรรมเครื่องหอมไทย จีน จำกัด certificate of analysis no F-QC-012REV.02

1.3 การเตรียมสถานที่ โดยเตรียมสถานที่บริเวณหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและพิเศษ โรงพยาบาลตำรวจ ภายในห้องผู้ป่วยสะอาด ไม่มีกลิ่นใดใดรบกวน

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

ครั้งที่ 1สถานที่:หอผู้ป่วยศัลยกรรมระยะเวลา45-60นาทีในห้องผู้ป่วย

ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลร่วมและการใช้น้ำมันหอมระเหยในกลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1สถานที่:หอผู้ป่วยศัลยกรรมระยะเวลา45-60นาทีในห้องผู้ป่วย

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ทำความรู้จักสร้างสัมพันธภาพ และสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายแนะนำ

2) ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

3) ประเมินความพร้อมภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ สีน้หน้าท่าทาง

4) ให้ข้อมูลตามรายละเอียดตามแผนการสอน เรื่องการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ 1. ก่อนผ่าตัด2. หลังผ่าตัด3.ก่อนกลับบ้าน โดยให้ความรู้ในโรคที่ผู้ป่วยเป็น กระบวนการการผ่าตัด กระบวนการทางวิสัญญี ข้อดีข้อเสียของการรักษา แนะนำเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน แนะนำการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ เพื่อลดความวิตกกังวลโดยใช้สื่อ เป็นคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

5) ปฏิบัติการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ ใช้ 1-3 หยดในสำลี 1 ก้อน วางไว้ข้างหมอนโดยห่างจากจมูกผู้ป่วย 10 เซนติเมตร ให้สูดดมเป็นระยะๆ นาน 20 นาที

6) ให้กลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนผ่าตัดมีทั้งหมด 8 ข้อ โดยกลุ่มทดลองต้องทำได้ 7 ข้อขึ้นไป เมื่อกลุ่มทดลองไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะทบทวนความรู้ใหม่ในข้อที่ไม่ถูกต้องแล้วให้กลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนผ่าตัดใหม่จนผ่านตามเกณฑ์

7) เปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่สงสัย พูดคุย ให้กำลังใจในระยะก่อนผ่าตัด เน้นให้บันทึก ความต้องการ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ในด้านหลังของคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะก่อนผ่าตัด

8) ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] Form Y) ของ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1983) ฉบับภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต และดารารวรรณ ต๊ะปินตา (2534) จำนวน 20 ข้อ

9) นัดหมายกลุ่มทดลอง ครั้งต่อไปหลังผ่าตัด 1 วัน

สรุปผล จากการที่ผู้วิจัยได้พบผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวน 17 รายมีความเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น กระบวนการผ่าตัดและวิธีปฏิบัติตัวในทุกๆ ระยะของการผ่าตัด โดยส่วนใหญ่จะกังวลเกี่ยวกับกระบวนการวิสัญญี กลัวไม่ฟื้น การสูดดมน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ ทำให้ผ่อนคลายรู้สึกดี ส่วนอีก 5 รายกลัวมีอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดส่วนแบบประเมินความรู้ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ก่อนกลับบ้านมีทั้งหมด 8 ข้อ โดยแบ่งเป็นชุดที่ 1 ก่อนผ่าตัด พบว่า 15 รายทำถูกร้อยละ 100 ส่วนอีก 7 รายทำถูกร้อยละ 80

ครั้งที่ 2 สถานที่: หอผู้ป่วยศัลยกรรมระยะเวลา 45-60 นาที

ในระยะหลังผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลร่วมและการใช้น้ำมันหอมระเหยในกลุ่มทดลอง

1. ทักทาย สร้างสัมพันธภาพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว สอบถามอาการทั่วไป และสอบถามเกี่ยวกับความต้องการหลังการสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่พบเจอ ให้ข้อมูลตามรายละเอียดตามแผนการสอน โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งที่ 2 นี้ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในช่วงหลังผ่าตัด การให้ข้อมูลจึงเป็นการให้ข้อมูลที่ เน้นย้ำการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้ในข้อจำกัดดังนี้

1.1 การฝึกการหายใจ (Deep Breathing Exercise) ดังนี้ หายใจเข้าออกลึกๆ สามารถเริ่มทำได้เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว หลังจากการผ่าตัดได้ทันทีการหายใจเข้าออกลึกๆ อย่างถูกวิธีเพื่อจะช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ลดอาการปวดคลายความวิตกกังวล ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยต้องการยาระงับปวดน้อยลง

1.2 การไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) สามารถเริ่มทำได้เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดเสมหะจากหลอดลมและปอด ป้องกันการเกิดปอดอักเสบและปอดอักเสบ

1.3 การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดควรปฏิบัติให้เร็วที่สุด ภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายกลับมาทำหน้าที่ตามปกติ ได้เร็วขึ้น ยังช่วยลดระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด และลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลการเฝ้าระวังสายต่างๆ การสังเกตแผลผ่าตัดโดยใช้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

1.4 ปฏิบัติการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ ใช้ 1-3 หยดในสำลี 1 ก้อน วางไว้ข้างหมอนโดยห่างจากจมูกผู้ป่วย 10 เซนติเมตร ให้สูดดมเป็นระยะๆ นาน 20 นาที สูดท้ายเน้นย้ำการลงในบันทึกสมุดบันทึกถึงความต้องการตามคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

2. หลังการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจหลังผ่าตัด มีทั้งหมด 5 ข้อ เมื่อกลุ่มทดลองไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะทบทวนความรู้ใหม่ ในข้อที่ไม่ถูกต้องแล้วให้กลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจหลังผ่าตัดใหม่ จนผ่านตามเกณฑ์

3) พุดคุยซักจง ให้กำลังใจ โน้มน้าว และชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการฝึกการหายใจ เคลื่อนไหวร่างกายได้ถูกต้อง การเฝ้าระวังสายต่างๆ การสังเกตแผลผ่าตัดได้ถูกต้อง และเน้นย้ำให้บันทึกในสมุดบันทึก แนะนำการใช้สุคนธ์บำบัดเพื่อลดความวิตกกังวล

4) แนะนำกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่าสามารถโทรศัพท์ติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาหากมีปัญหาหรือมีข้อสงสัย เพื่อหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกันและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] Form) Y ของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ฉบับภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต และดารารวรรณ ต๊ะปินดา (2534) จำนวน 20 ข้อ

5) นัดหมายครั้งต่อไป ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน 1 วัน

สรุปผล จากการที่ผู้วิจัยได้พบกลุ่มทดลองหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวน 10 ราย สามารถปฏิบัติการ หายใจเข้าออกลึกๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพและ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ส่วนอีก 12 รายแจ้งว่ายังมีอาการปวดแผลผ่าตัด ในเรื่องของการไอขอปฏิบัติหลังจากหายปวดแผล ขอทำในส่วนการหายใจเข้าออกลึกๆและการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดแทนการสูดดมน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์หลังผ่าตัด ทำให้คลายความวิตกกังวล ลดอาการเจ็บแผล รู้สึกดี ส่วนแบบประเมินความรู้ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ก่อนกลับบ้านมีทั้งหมด 5 ข้อ โดยแบ่งเป็นชุดที่ 2 หลังผ่าตัดพบว่า 10 รายทำถูกร้อยละ 100 ส่วนอีก 8 รายทำถูก ร้อยละ 80 อีก 4 รายไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจึง

ดำเนินการแนะนำ อธิบายข้อคำถามให้ผู้ป่วยซักถามในกรณีข้อคำถามที่ไม่มั่นใจแล้วให้ความรู้เพิ่มเติมในข้อที่กลุ่มตัวอย่างทำผิดแล้ว ให้ดำเนินการทำใหม่ ผล 4 รายทำถูกร้อยละ 80

ครั้งที่ 3 ก่อนกลับบ้าน

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน 1 วัน ต่อจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคลโดยการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยโดยใช้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

โดยกิจกรรมมีดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่พบเจอ ตามสมุดบันทึกความต้องการแล้วเริ่มให้ข้อมูลตามรายละเอียดตามแผนการสอน ผู้วิจัยแนะนำเรื่องการรับประทานยา ควรรับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง โดยครบตามจำนวนและเวลาที่กำหนด การดูแลแผลผ่าตัดหากแผลผ่าตัดมี บวม แดง โดยมีลักษณะการติดเชื้อให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัดควรมาตรวจหลังผ่าตัดเพื่อประเมินผลและตัดไหมตามแพทย์นัด การรักษาความสะอาดร่างกายข้อจำกัดในการปฏิบัติตัว เช่นงดทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากหรือกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในช่องท้อง เช่น ยกของหนักหรือการนั่งยองๆ เพราะจะทำให้แผลผ่าตัดแยกได้ งดการออกกำลังกายที่ต้องเกร็งหน้าท้องภายใน 6 เดือนแรก ส่วนการมีเพศสัมพันธ์ ควรงดมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดอย่างน้อย 6 สัปดาห์ อาหารที่ควรรับประทาน เช่น เนื้อสัตว์ นมไข่ เป็นต้น นอกจากนี้ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว

2. เริ่มการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ ใช้ 1-3 หยดในสำลี 1 ก้อน วางไว้ข้างหมอนโดยห่างจากจมูกผู้ป่วย 10 เซนติเมตร ให้สูดดมเป็นระยะๆ นาน 20 นาที

3. หลังจากดำเนินโปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยเสร็จแล้วผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจ ก่อนกลับบ้านมีทั้งหมด 5 ข้อ มีทั้งหมด 5 ข้อเมื่อกกลุ่มทดลองไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะทบทวนความรู้ใหม่ ในข้อที่ไม่ถูกต้องแล้วให้กลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนกลับบ้านใหม่จนผ่านตามเกณฑ์

4. พูดคุยซักจง ให้กำลังใจ โน้มน้าว และชมเชยเมื่อกกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้

5. หลังจากนั้นให้ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมินแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] Form) Y ของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ฉบับภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) จำนวน 20 ข้อ

6. กล่าวสรุปการเข้าร่วมวิจัยและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

สรุปผล จากการที่ผู้วิจัยได้พบผู้ป่วยก่อนกลับบ้านพบว่าเมื่อผู้วิจัยสอบถามถึงการปฏิบัติตัว หลังกลับบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถอธิบายการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ มีผู้ป่วยบางราย

ที่ยังมีความไม่มั่นใจเนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบัน อยู่ในช่วงโรคโควิดระบาดและผู้ป่วยส่วนใหญ่แจ้งว่า หลังกลับบ้าน อาจยังไม่ใช้น้ำร้อนหอมระเหยในช่วงนี้ ส่วนแบบประเมินความรู้ความเข้าใจก่อนกลับบ้าน มีทั้งหมด 5 ข้อ พบว่ากลุ่มทดลองทำถูกเกินร้อยละ 80

ผลคะแนนการวัดความรู้ความเข้าใจ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ก่อนผ่าตัด (8 ข้อ)	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	หลังผ่าตัด (5 ข้อ)	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 2	ร้อยละ	ก่อนกลับบ้าน (5 ข้อ)	ครั้งที่ 1	ร้อยละ
คนที่ 1	8	100	คนที่ 1	5	100			คนที่ 1	5	100
คนที่ 2	8	100	คนที่ 2	5	100			คนที่ 2	5	100
คนที่ 3	8	100	คนที่ 3	4	80			คนที่ 3	5	100
คนที่ 4	8	100	คนที่ 4	2	40	4	80	คนที่ 4	4	80
คนที่ 5	7	80	คนที่ 5	5	100			คนที่ 5	5	100
คนที่ 6	7	80	คนที่ 6	5	100			คนที่ 6	5	100
คนที่ 7	7	80	คนที่ 7	2	40	4	80	คนที่ 7	4	80
คนที่ 8	8	100	คนที่ 8	5	100			คนที่ 8	5	100
คนที่ 9	7	80	คนที่ 9	4	80			คนที่ 9	5	100
คนที่ 10	7	80	คนที่ 10	3	60	5	100	คนที่ 10	5	100
คนที่ 11	7	80	คนที่ 11	5	100			คนที่ 11	5	100
คนที่ 12	8	100	คนที่ 12	4	80			คนที่ 12	5	100
คนที่ 13	8	100	คนที่ 13	4	80			คนที่ 13	5	100
คนที่ 14	8	100	คนที่ 14	5	100			คนที่ 14	5	100
คนที่ 15	8	100	คนที่ 15	4	80			คนที่ 15	5	100
คนที่ 16	8	100	คนที่ 16	4	80			คนที่ 16	5	100
คนที่ 17	8	100	คนที่ 17	3	60	5	100	คนที่ 17	5	100
คนที่ 18	8	100	คนที่ 18	4	80			คนที่ 18	5	100
คนที่ 19	7	80	คนที่ 19	5	100			คนที่ 19	5	100
คนที่ 20	8	100	คนที่ 20	4	80			คนที่ 20	5	100
คนที่ 21	8	100	คนที่ 21	5	100			คนที่ 21	5	100
คนที่ 22	8	100	คนที่ 22	5	100			คนที่ 22	5	100

กลุ่มควบคุม

เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้รับการพยาบาลตามปกติผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยในวันก่อนผ่าตัดเพื่อแนะนำตัว อธิบายลักษณะขั้นตอนและประโยชน์ของการวิจัยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามต่อ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] Form) Y) ของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ฉบับภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ สมโภชน์

เยี่ยมสุภาชิต และดารารวรรณ ต๊ะปินตา (2534) มาวัดในผู้ป่วยผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้วิจัยจะพบกับผู้ป่วยอีกครั้งหลังผ่าตัดและดำเนินการวิจัยขึ้นไป

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเข้ารับการรักษายูในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] Form) Y ของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ฉบับภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต และดารารวรรณ ต๊ะปินตา (2534) มาวัดในผู้ป่วยผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้วิจัยจะพบกับผู้ป่วยอีกครั้งหลังก่อนผู้ป่วยกลับบ้านและดำเนินการวิจัยขึ้นไป

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] Form) Y ของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ฉบับภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต และดารารวรรณ ต๊ะปินตา (2534) มาวัดในผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปการเข้าร่วมวิจัยและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มตั้งแต่วันที่ วันที่ 26 มกราคม 2564 ถึง 3 มิถุนายน 2564 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือ เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย โรงพยาบาลตำรวจโดยการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ เลขที่ หนังสือรับรองจว 10/2564 รหัสโครงการ Nq3011141/63 วันที่ 26 มกราคม 2564 - วันที่ 26 มกราคม 2565 ได้รับอนุญาตจากแพทย์ใหญ่ สัญญาบัตร 8 โรงพยาบาลตำรวจให้สามารถดำเนินการเข้าเก็บข้อมูลได้หลังได้รับการอนุมัติและได้รับอนุญาตจากแพทย์ใหญ่ สัญญาบัตร 8 โรงพยาบาลตำรวจให้ดำเนินการวิจัย โดยเก็บในกลุ่มควบคุม (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2564) และกลุ่มทดลองในช่วง (เมษายน-มิถุนายน 2564)

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและพิเศษ โรงพยาบาลตำรวจ ตามลำดับขั้น เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูลวิจัย ขอใช้สถานที่และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจและความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง และเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการวิจัย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 44 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 ราย และกลุ่มทดลอง 22 ราย (Burns and Grove, 2005) กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดดังนี้ 1. อายุ อยู่ในช่วงวัยเดียวกันโดยแบ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี)

และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี) (อัจฉรา วรรณานันต์, 2560) 2. เพศ จับคู่ให้เป็นเพศเดียวกัน เนื่องจากเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Delva et al., 2002) 3.โรคทางระบบย่อยอาหารต้องมีความเหมือนหรือใกล้เคียงกันโดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยร่วมกับการสอบถามประวัติการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม หากผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกำหนด โดยทำเป็นรายบุคคลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน แรกเข้าเป็นกลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อน

4.ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

5.ดำเนินการทดลองโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับน้ำมันหอมระเหย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ เสนอต่อ คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ โดยการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ เลขที่ หนังสือรับรองจว 10/2564รหัสโครงการ Nq3011141/63วันที่ 26มกราคม2564 - วันที่ 26 มกราคม2565ได้รับอนุญาตจากแพทย์ใหญ่ สัญญาบัตร 8 โรงพยาบาลตำรวจให้สามารถดำเนินการ เข้าเก็บข้อมูลได้หลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และรักษาความลับ โดยจะนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล ที่แท้จริง และสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ หากกลุ่มตัวอย่าง มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งการตอบรับหรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อกรให้บริการในโรงพยาบาล

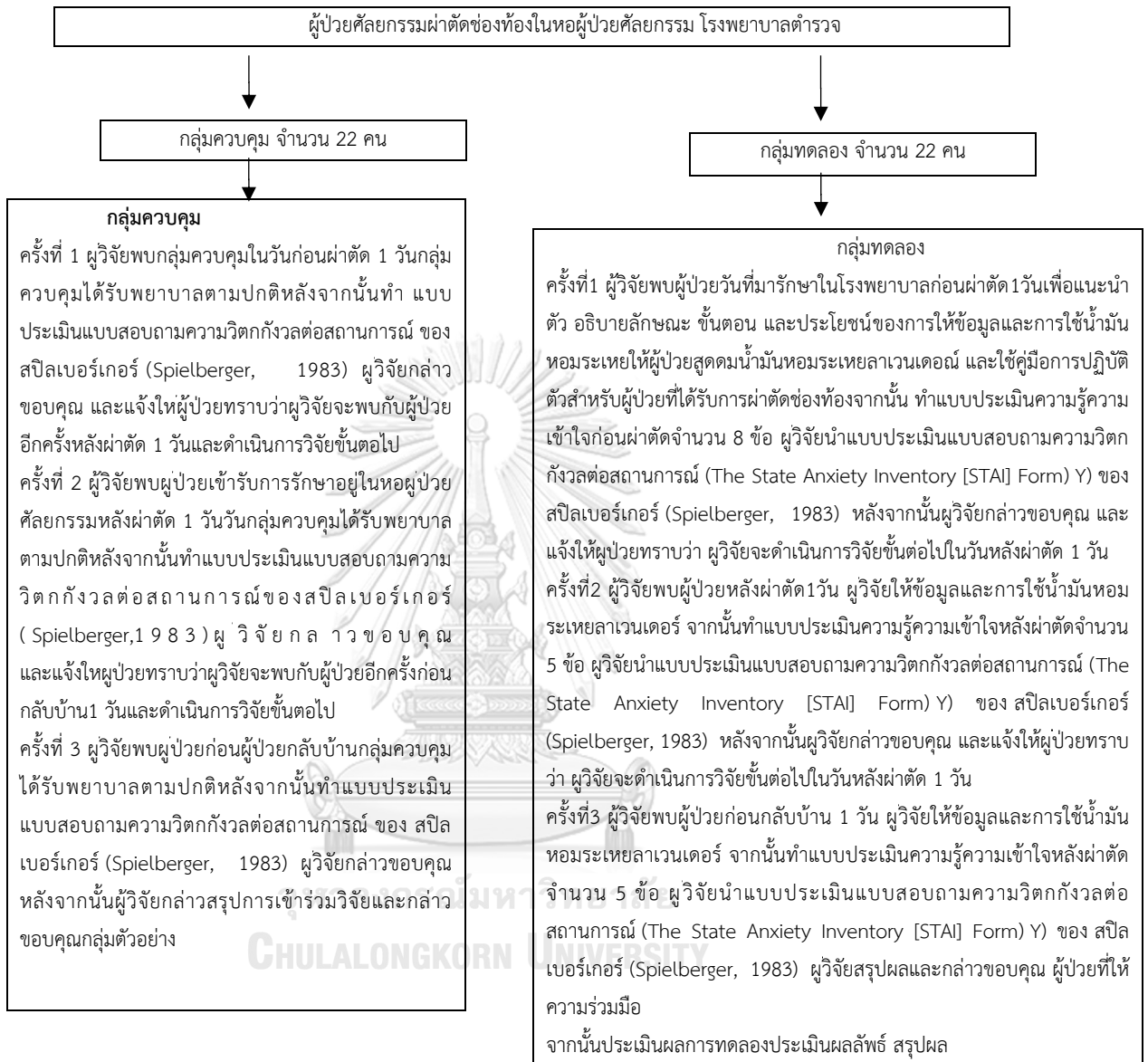
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์หาค่าโดยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านโดยใช้สถิติ One Way Repeated-Measure ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการ



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ Control group time series with multiple replication design ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เพศชายและเพศหญิง อายุ 18-59 ปีที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องโรงพยาบาลตำรวจ โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยผู้วิจัยกำหนดอำนาจทดสอบ.80 ค่าขนาดอิทธิพล.50ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างละ 22 คน รวม 44 คน(Burns and Grove, 2005) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างแรก 22 คนจัดเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างหลังจัดเป็นกลุ่มทดลองและดำเนินให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะเหมือนกันโดยการ พิจารณาการจับคู่ (Matched pairs) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของสมรพรรณ ไตรภูธร (2554) ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับสุนทรบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวในระหว่างรอผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองโดยกลุ่มตัวอย่างแรก 22 คนจัดเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างหลังจัดเป็นกลุ่มทดลองและดำเนินให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเหมือนกันโดยพิจารณาการจับคู่ (Matched pairs) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดดังนี้ 1. อายุพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะส่งผลต่อความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (Pochard et al, 2005) โดยแบ่งอายุเป็น 2 ช่วงดังนี้ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี) (อัจฉราวรรณานันต์, 2560) 2. เพศ จับคู่ให้เป็นเพศเดียวกันเนื่องจากเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Delva et al., 2002) 3. โรคทางระบบย่อยอาหารต้องมีความเหมือนหรือใกล้เคียงกันโดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ร่วมกับการสอบถามประวัติการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย

ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์หาค่าโดยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะ ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านโดยใช้สถิติ Repeated-Measure Anova กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	17	77.3	17	77.3	>0.999
หญิง	5	22.7	5	22.7	
อายุ (ปี), Mean ± S.D.	55.41 ± 3.69		54.73 ± 4.33		0.577
ศาสนา					
พุทธ	20	90.9	22	100.0	0.488
คริสต์/อิสลาม	2	9.1	-	-	
สถานภาพสมรส					
โสด/หม้าย/หย่า	4	18.2	9	40.9	0.185
คู่	18	81.8	13	59.1	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	9	40.9	13	59.1	0.293
มัธยมศึกษา	7	31.8	7	31.8	
ปริญญาตรีขึ้นไป	6	27.3	2	9.1	
อาชีพ					
นักเรียน/นักศึกษา/ไม่ได้ทำงาน	5	22.7	1	4.5	0.140
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	31.8	4	18.2	
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว/อื่นๆ	3	13.6	7	31.8	
ถูกจ้าง/รับจ้างทั่วไป	7	31.8	10	45.5	

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
Experience					
มี	6	27.3	3	13.6	0.457
ไม่มี	16	72.7	19	86.4	
โรคประจำตัว					
มี	9	40.9	7	31.8	0.755
ไม่มี	13	59.1	15	68.2	
ประวัติการแพ้ยา					
มี	3	13.6	2	9.1	>0.999
ไม่มี	19	86.4	20	90.9	
การวินิจฉัยโรค					
Colonic obstruction	11	50.0	8	36.4	0.736
Cholecystitis	6	27.3	6	27.3	
Appendicitis	-	-	1	4.5	
PU perforate	4	18.2	4	18.2	
อื่นๆ	1	4.5	3	13.6	
การผ่าตัด					
Explore laparoscopic	15	68.2	16	72.7	>0.999
Open cholecystectomy	5	22.7	5	22.7	
Right Hemicolectomy	2	9.1	1	4.5	

* p-value < 0.05 determined by Fisher's exact test and T-test.

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 55.41 (SD 3.69)ใกล้เคียงกลุ่มทดลองเท่ากับ 54.73 (SD 4.33) กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายจำนวน 17 รายคิดเป็นร้อยละ 77.3 เพศหญิงจำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 22.7 กลุ่มทดลองเป็นเพศชายจำนวน 17 รายคิดเป็นร้อยละ 77.3 เพศหญิงจำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 22.7 ศาสนา ส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 90.9 และ 100 ตามลำดับ สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 81.8 และ 59.1 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ต่ำกว่ามัธยมศึกษากลุ่มควบคุมเป็นคิดเป็นร้อยละ 59.1 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 40.9

มัธยมศึกษา กลุ่มควบคุมเป็นคิดเป็นร้อยละ31.8กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 31.8ปริญาตรีขึ้นไปกลุ่มควบคุมเป็นคิดเป็นร้อยละ27.3กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ9.1อาชีพกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ45.5 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้างทั่วไปและรับราชการคิดเป็นร้อยละ31.8และ 31.8ตามลำดับประสบการณ์การผ่าตัดส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนของกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ86.4กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ72.7โรคประจำตัวส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 59.1 ประวัติการแพ้ยา ส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีประวัติแพ้ยาของกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 90.9 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 86.4 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นลำไส้อุดตันรองลงมาเป็นถุงน้ำดีอักเสบกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 36.4 และ 27.3 ส่วนกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 50 และ 27.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน

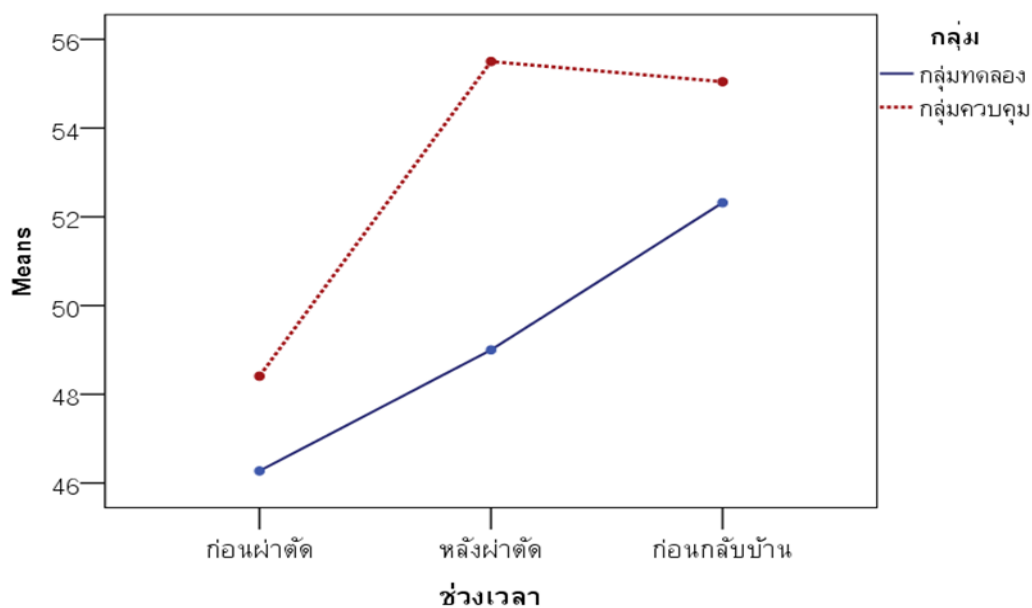
	ก่อนผ่าตัด		หลังผ่าตัด		ก่อนกลับบ้าน	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
กลุ่มควบคุม	48.41	8.96	55.50	8.39	56.73	6.87
กลุ่มทดลอง	46.27	7.75	49	7.55	53.64	3.55

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 48.41 (SD = 8.96) และกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 46.27 (SD = 7.75)

ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 55.50 (SD = 8.39) และกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 49 (SD = 7.55)

ระยะก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 56.73 (SD = 6.87) และกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 53.64 (SD = 3.55)



ภาพที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	P- value
ระหว่างกลุ่ม (Group)	262.642	1	262.642	4.706	0.036*
ความคลาดเคลื่อน	2343.102	42	55.788		
ภายในกลุ่ม (Time)	2946.153	2,499	1203.208	15.599	<0.001*
ความคลาดเคลื่อน	7472.670	102,84	72.665		
ระหว่างกลุ่ม*ภายในกลุ่ม					
(Group *Time)	399.426	2,499	163.125	2.245	0.100
ความคลาดเคลื่อน	4304.818	84	51.248		

* p-value<0.05, SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean square

^a = Greenhouse-Geisser correction was used to reduce type I error

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างน้อยใน 1 ช่วงระยะเวลา (ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะก่อนกลับบ้าน) มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA ด้วยวิธีของ Bonferroni

ช่วงเวลาในระยะ	กลุ่มทดลอง (E)		กลุ่มควบคุม (C)		Mean different (E - C)	Std. Error	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ก่อนผ่าตัด	46.27	7.75	48.41	8.96	-1.57	2.77	0.574
หลังผ่าตัด	49.00	7.55	55.50	8.39	-4.74	2.22	0.039*
ก่อนกลับบ้าน	52.32	6.73	55.05	7.08	-0.19	2.03	0.924

* p-value <0.05

จากตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใน 3 ระยะพบว่า

ในระยะก่อนผ่าตัด พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P > 0.05$)

ในระยะหลังผ่าตัด พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < 0.05$)

ในระยะ ก่อนกลับบ้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P > 0.05$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ Control group time series with multiple replication design ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยมีความวิตกกังวลในระยะ ก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เพศชายและเพศหญิง อายุ 18-59 ปีที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง โรงพยาบาลตติยภูมิ เขต กรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างแรก 22 รายจัดเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 22 ราย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยผู้วิจัยกำหนดอำนาจทดสอบ.80 ค่าขนาดอิทธิพล.50 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างละ 22 คน รวม 44 คน(Burns and Grove, 2005) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling)โดยกลุ่มตัวอย่างแรก 22 คนจัดเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างหลังจัดเป็นกลุ่มทดลอง 22 คนและดำเนินให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะเหมือนกันโดยการ พิจารณาการจับคู่ (Matched pairs) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของสมรพรรณ ไตรภูธร (2554) ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสุนทรบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวในระหว่างรอผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดดังนี้

1. อายุ อยู่ในช่วงวัยเดียวกันโดยแบ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40ปี) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี) (อัจฉรา วรรณนานันต์, 2560)

2. เพศ จับคู่ให้เป็นเพศเดียวกัน เนื่องจากเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Delva et al., 2002)

3. โรคทางระบบย่อยอาหาร ต้องมีความเหมือนหรือใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะคำถาม และข้อมูลบางส่วนผู้วิจัยบันทึกจากเอกสารประวัติผู้ป่วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการได้รับการผ่าตัด

1.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] Form Y) ของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ฉบับภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย ไคแก

2.1.1 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

2.1.2 น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ จากบริษัทอุตสาหกรรมเครื่องหอมไทยจีน จำกัด

certificate of analysis no F-QC-012REV.02

2.1.3 สำสีก้อน 1 ก้อน

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจก่อนผ่าตัด

3.2 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจหลังผ่าตัด

3.3 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจก่อนกลับบ้าน

การดำเนินการทดลอง

แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 26 มกราคม 2564 ถึง 3 มิถุนายน 2564 รายละเอียดการดำเนินการทดลองดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้วิจัย โดยเตรียมตนเองสำหรับการค้นคว้าข้อมูล และการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูล สุคนธ์บำบัด น้ำมันหอมระเหย ความวิตกกังวล

1.1.1 ผู้วิจัยได้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติแบบเข้มข้น สำหรับมืออาชีพ การสกัดน้ำมันหอมระเหย การผสมน้ำมันหอมระเหยเพื่อการบำบัดและความงาม essential Oil and aromatherapy เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2563 จัดโดยมูลนิธิศูนย์สื่อเพื่อการพัฒนา ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือโดยการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้น้ำมันหอมระเหย

1.2 เตรียมโปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

1.2.1 ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งประกอบด้วย 1. คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง 2. น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์จากบริษัท อุตสาหกรรมเครื่องหอมไทยจีน จำกัด certificate of analysis no F-QC-012REV.02 3. สำลิก้อน 1 ก้อน โดยผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน

1.3 การเตรียมสถานที่ โดยเตรียมสถานที่บริเวณหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและพิเศษ โรงพยาบาลตำรวจ ภายในห้องผู้ป่วยสะอาด ไม่มีกลิ่นใดใดรบกวน

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติผู้วิจัยพบผู้ป่วยในวันก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน เพื่อแนะนำตัว อธิบายลักษณะ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] Form Y) ของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) และมอบคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยประกอบด้วย 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1. ก่อนผ่าตัด เป็นการให้ข้อมูลโดยข้อมูลที่ให้จะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติตัวในทุกๆระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านโดยหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านให้ข้อมูลคร่าวๆการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกระบวนการผ่าตัด กระบวนการทางวิสัญญีและการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์

ครั้งที่ 2. หลังผ่าตัด เป็นการให้ข้อมูลเพื่อลดอาการปวดและลดความวิตกกังวลโดยเน้นย้ำการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการดูแลแผลและสายระบายหรือสายสวนต่างๆ และการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์

ครั้งที่ 3. ก่อนกลับบ้าน เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังจากกลับบ้าน 1-2 สัปดาห์ โดยข้อมูลที่ให้เป็นการการรับประทานยา การพบแพทย์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์

ขั้นที่ 3.ขั้นประเมินผลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์หาค่าโดยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านโดยใช้สถิติ Repeated-Measure Anova กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1.ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 55.41 (SD =3.69)ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองเท่ากับ 54.73 (SD =4.33) กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายจำนวน 17 รายคิดเป็นร้อยละ 77.3 เพศหญิงจำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 22.7 กลุ่มทดลองเป็นเพศชายจำนวน 17 รายคิดเป็นร้อยละ 77.3 เพศหญิงจำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 22.7 ส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 90.9 และ 100 ตามลำดับ สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 81.8 และ 59.1 ตามลำดับ ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษากลุ่มควบคุมเป็นคิดเป็นร้อยละ 59.1 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 40.9 ระดับมัธยมศึกษา กลุ่มควบคุมเป็นคิดเป็นร้อยละ 31.8 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 31.8ระดับปริญญาตรีขึ้นไปกลุ่มควบคุมเป็นคิดเป็นร้อยละ 27.3กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 9.1อาชีพกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพ

รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 45.5 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้างทั่วไปและรับราชการคิดเป็นร้อยละ 31.8 และ 31.8 ตามลำดับ ประสพการณ์การผ่าตัดส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนของกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 86.4 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 72.7 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 59.1 ประวัติการแพ้ยา ส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีประวัติแพ้ยา กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 90.9 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 86.4 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นลำไส้อุดตันรองลงมาเป็นถุงน้ำดีอักเสบ กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 36.4 และ 27.3 ส่วนกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 50 และ 27.3 ตามลำดับ

2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

จากการศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องผลวิจัย พบว่าสมมุติฐานการวิจัย ได้รับการสนับสนุนบางส่วนดังนี้

ในระยะ ก่อนผ่าตัดพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องหลังได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ในระยะ หลังผ่าตัดพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องหลังได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในระยะ ก่อนกลับบ้านพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องหลังได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยขอเสนอตามสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

สมมุติฐานการวิจัยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยมีความวิตกกังวลในระยะ ก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal ค.ศ.1983 ทั้ง 4 ด้าน ในระยะ ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน ดังรายละเอียดคือ ด้านที่ 1. ข้อมูลที่เป็นเหตุการณ์เข้ามาเผชิญมีผลต่อสภาวะอารมณ์และความเชื่อ ด้านที่ 2. ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของภัยที่คุกคามเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอาการ อาการแสดง แนวทางการรักษา กระบวนการการผ่าตัด กระบวนการทางวิสัญญี ด้านที่ 3. ข้อมูลการดำเนินการเกี่ยวกับ

ภัยคุกคาม และด้านที่ 4. ข้อมูลเกี่ยวกับแรงจูงใจ ความมั่นใจที่ทำให้เผชิญกับภาวะคุกคาม (Leventhal, 1983) และการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อความวิตกกังวล สามารถอภิปรายแยกเป็นระยะต่างๆ ได้ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด คือระยะที่ผู้ป่วยก่อนได้รับผ่าตัดช่องท้อง 1 วัน ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น การปฏิบัติตัวในทุกๆ ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน โดยหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านให้ข้อมูลคร่าวๆ การให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกระบวนการผ่าตัด กระบวนการทางวิสัญญีและการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่หลากหลายว่า การให้ข้อมูลและความรู้ที่เพียงพอ จะช่วยลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งจากการศึกษาของ ดวงดาว อรัญวาส์และคณะ (2555) พบว่าผลการให้ข้อมูลและความรู้ที่มีแบบแผน ต่อความวิตกกังวล ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการระดับความรู้สึกลับแบบทั้งตัว การให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆ ที่ผู้ป่วยควรทราบก่อนผ่าตัด ทั้งการให้ข้อมูลตามวิธีปกติและการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน สามารถลดค่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ โดยการ ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีประสิทธิภาพมากกว่า การให้การให้ข้อมูลตามวิธีปกติ จากการศึกษาของ รัตนา เพิ่มเพ็ชร (2559) พบว่าจากการศึกษาบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดการให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนหลังผ่าตัดการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดการเยี่ยมก่อนผ่าตัดครอบคลุมทั้งผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและผู้ป่วยนอก ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวล บรรเทาความเจ็บปวด ส่งเสริมการฟื้นหาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ทักษะและความรู้ในการให้คำแนะนำการอธิบาย การทวนสอบความรู้เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติ และจากการศึกษาของศิวพร ถือชาติและคณะ (2562) พบว่าจากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 รายเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติในวันผ่าตัดในห้องผ่าตัด หรือระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 2 ($p = .017$) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองพบว่า ทันทีภายหลังที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยหรือระยะหลังการศึกษาครั้งที่ 1 ผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) จากการศึกษาของ Jjala H A และคณะ (2010) พบว่าการให้ข้อมูลโดยการชมมัลติมีเดียก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดมยาสลบผู้ป่วย 110 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้ข้อมูลโดยการ

ชมมัลติมีเดียเช่น การเดินทางในโรงพยาบาลของผู้ป่วย กระบวนการการรักษา ซึ่งรวมถึงการใช้จ่ายชา ในกระดุกสันหลังและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($P=0.04$) นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่า ในระยะ ก่อนผ่าตัด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หลังได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ผลจากข้อมูลอาจเป็นเพียงการลดความไม่สบายใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Sjostedt L และคณะ (2011) ที่ได้ทำการศึกษาการให้ข้อมูล เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ โดยจากประสบการณ์พยาบาลจำนวน 39 คน และจากวิสัญญีแพทย์จำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ พบว่าการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวล โดยการอธิบายการจัดการความปวดหลังการผ่าตัด และแนวทางการดูแลที่ครอบคลุม ไม่มีความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลต่อความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักต้องการข้อมูลอย่างมาก เป็นข้อมูลระหว่างการผ่าตัด ความต้องการข้อมูลซ้ำๆ ในช่วงเวลาต่างๆ ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยซ้ำ ความรู้ซ้ำๆ การสื่อสารที่ดี และทัศนคติจากมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ โดยไม่ได้ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย แต่เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและมีส่วนร่วมในการดูแลก่อนการผ่าตัด นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Bedaso and Ayalew ในปี 2019 ในผู้ป่วยจำนวน 402 คน พบว่ามีความวิตกกังวลสูงก่อนผ่าตัดทางศัลยกรรมถึงร้อยละ 47 โดยเป็นความวิตกกังวลกับผลผ่าตัด อันตรายจากความผิดพลาดของแพทย์หรือพยาบาล ($AOR = 5.03, CI = 2.85, 8.89$), ผลการปฏิบัติงานที่ไม่คาดคิด ($AOR = 3.03, CI = 1.73, 5.19$) ไม่สามารถฟื้นตัวได้ ($AOR = 2.96, CI = 1.18, 4.87$) และความจำเป็นในการถ่ายเลือด ($AOR = 2.76, CI = 1.65, 4.62$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมยากและเป็นสถานการณ์ที่พบ่าเกิดได้ ดังนั้นคะแนนความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มจึงแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย

ระยะหลังผ่าตัดคือช่วงที่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องไปแล้ว 1 วัน เป็นการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและเป็นรายบุคคล เพื่อลดอาการปวดและลดความวิตกกังวลโดยเน้นย้ำ การหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการดูแลแผลและสายระบายหรือสายสวนต่างๆ และการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องหลังได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในระยะหลังผ่าตัด เป็นการให้ข้อมูลเพื่อลดอาการปวดและลดความวิตกกังวลโดยเน้นย้ำ การหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการดูแลแผลผ่าตัดและสายระบายหรือสายสวนต่างๆ และการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิธิยา เลหาชัยนันท์ (2548) พบว่าผลการให้ข้อมูล การให้ความรู้

ก่อนผ่าตัดอย่างมีแบบแผนของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องโดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูล การให้ความรู้ อย่างมีแบบแผนในช่วงเย็นก่อนผ่าตัดและเช้านั้นก่อนผ่าตัดมีความรู้ที่เพิ่มขึ้นและระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการการศึกษาของดวงดาว อรัญวาสีและคณะ (2555) พบว่าผลการให้ข้อมูลและความรู้อย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวล ของผู้ป่วยที่มารับบริการระดับความรู้สึกลับแบบทั้งตัวโดยเป็นความรู้ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยควรทราบเมื่อต้องมารับการผ่าตัด การให้ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ทั้งการให้ข้อมูลตามวิธีปกติและการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน สามารถลดค่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ และความรู้ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีประสิทธิภาพมากกว่า การให้ข้อมูลตามวิธีปกติ เนื่องจากการให้ ข้อมูลอย่างมีแบบแผนดำเนินการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เป็นรายบุคคล มีรูปแบบและเนื้อหาที่แน่นอนและ ครอบคลุมไม่ตกหล่น จากการศึกษาของ รัตนา เพิ่มเพชรในปี 2016 ศึกษาการให้ข้อมูลในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะช่วยลดความวิตกกังวลได้และพยาบาลห้องผ่าตัดยังให้ความสำคัญของการเยี่ยมหลังผ่าตัดเพื่อตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดนอกจากนี้ยังช่วยประเมินและค้นหาปัญหาเพิ่มเติมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติตลอดจน นำผลลัพธ์ทางการพยาบาลและคำแนะนำของผู้ป่วยมาใช้ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การพยาบาลโดยการใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ในการสูดดมซึ่งฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์มีผลต่อระบบประสาท ทำให้ การรับรู้ความเจ็บปวด ความสุขสบาย และการผ่อนคลายแล้ว ยังส่งผลถึงระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system; CNS) ทำให้สภาวะของร่างกายขณะนั้นเกิดการผ่อนคลายทำให้ บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย Mi-Yeon Cho ในปี 2013 พบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการสวนหัวใจแล้วรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 56 คนได้รับการสูดดมน้ำมันหอมระเหยโรมาถูกผสมกับลาเวนเดอร์ดอกคาโมไมล์โรมันและ Neroli อัตราส่วนเป็น 6: 2: 0.5 ได้รับการรักษา 10 ครั้งก่อนที่จะทำ PCI และอีก 10 ครั้งหลังจาก PCI พบว่าผลความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยได้

ระยะ ก่อนกลับบ้านคือช่วงที่ ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน 1 วัน เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังจากกลับบ้าน 1-2 สัปดาห์ โดยข้อมูลที่ให้เป็นการการรับประทานยา การพบแพทย์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และใช้น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องหลังได้รับการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหย น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติไม่แตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

การศึกษาของ ยูพิน สังฆะมณี (2555) ที่พบว่า การให้ข้อมูลที่เพียงพอก่อนกลับบ้านอย่างมีแบบแผน จะช่วยลดความวิตกกังวลได้ โดยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ต่อความรู้ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่าย มากกว่าก่อนให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่ายไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งอาจเป็นผลจากการที่กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นที่ส่งเสริมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือสถานการณ์ขณะวัดความวิตกกังวลไม่เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์คุกคามตามทฤษฎี

นอกจากนั้น ผลการศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ทั้งนี้เพราะ ผลจากสถานการณ์โควิด-19 ที่ส่งผลต่อทุกคนอย่างกว้างขวาง โดยจากการศึกษาของ Anucha Apisarn thanarak และคณะในปี 2520 กลุ่มตัวอย่าง 200 คน โรงพยาบาล 4 แห่งในประเทศไทยพบว่าเกิดความวิตกกังวลถึงร้อยละ 90 ความกลัว ร้อยละ 82 และตื่นตระหนก ร้อยละ 41 ตามลำดับการเกิดขึ้นของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การระบาดใหญ่ได้รับกวนชีวิตผู้ป่วยในแต่ละวันด้วย ข้อจำกัดในการปฏิบัติทางสังคม (เช่น การเว้นระยะห่างทางกายภาพ หน้ากากการสวมใส่และสุขอนามัยมือบ่อยๆ) ข้อจำกัดเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมความวิตกกังวลความเครียดความกลัว และความตื่นตระหนกมากขึ้น ทำให้เกิดอารมณ์และปฏิกิริยาที่รุนแรงในช่วงระหว่างการรักษาอีกด้วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรินทิพย์ สว่างสร (2564) โดยศึกษาจากผู้ป่วยโควิด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 29 พฤษภาคม 2563 จำนวน 898 คนพบว่าความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานครความชุกของการรับรู้ความเครียดหรือความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคโควิด 19 อยู่ที่ร้อยละ 30.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาความเครียดหลังเกิดเหตุโรคระบาดต่างประเทศที่พบภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคซาร์ส ซึ่งถือเป็นโรคระบาดอุบัติใหม่ในขณะนั้นอยู่ที่ร้อยละ 10 - 35 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสถานการณ์โควิด ส่งผลต่อความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก

เมื่อพิจารณาช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมมีสถานการณ์ของโรคโควิด-19 ระบาดยังไม่รุนแรง (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2564) ส่วนช่วงเวลาการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง (เมษายน-มิถุนายน 2564) เป็นช่วงการระบาดที่มากขึ้น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ความวิตกกังวลในระยะ ก่อนกลับบ้านของกลุ่มทดลองมีระดับสูงขึ้น โดยพบว่ายอดผู้ป่วยโควิดในประเทศไทย ณ วันที่ 28

กุมภาพันธ์ 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 10-50 คนต่อวันซึ่งเป็นช่วงที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม โดยเก็บในกลุ่มควบคุม (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2564) และกลุ่มทดลองในช่วง (เมษายน-มิถุนายน 2564) แต่ในช่วง เมษายน ถึง มิถุนายนซึ่งเป็นระยะเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ยอดผู้ป่วยเพิ่มสูงไปถึง 1,300-1,600 ราย (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

สรุป การให้ข้อมูลที่เพียงพอและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน ที่แตกต่างกันและครอบคลุมตามแนวคิดของ Leventhal ค.ศ.1983 ทั้ง 4 ด้าน ดังรายละเอียดคือ ด้านที่ 1. ข้อมูลที่เป็นเหตุการณ์เข้ามาเผชิญมีผลต่อสภาวะอารมณ์และความเชื่อ ด้านที่ 2. ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของภัยคุกคามเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอาการ อาการแสดง แนวทางการรักษา กระบวนการการผ่าตัด กระบวนการทางวิสัญญี ด้านที่ 3. ข้อมูลการดำเนินการเกี่ยวกับภัยคุกคาม และด้านที่ 4. ข้อมูลเกี่ยวกับแรงจูงใจ ความมั่นใจที่ทำให้เผชิญกับภาวะคุกคาม (Leventhal, 1983) และ การใช้ น้ำมันหอมระเหยเพื่อความวิตกกังวล จะทำให้ผู้ป่วยสนใจ และมีความรู้เพิ่มมากขึ้น โดยจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำกับผู้ป่วยทุกรายว่าจะต้องมีความรู้หลังการได้ข้อมูลระดับร้อยละ 80 ขึ้นไปทุกคน เพราะการมีความรู้ที่เพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ อาการ การปฏิบัติตัว สภาวะเหตุการณ์ต่างๆ ได้มากขึ้น ดังนั้นความวิตกกังวลจึงลดลงตามมา และ การพัฒนาข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยผู้วิจัย คำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในแต่ละระยะการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sjostedt L และคณะ (2011) ได้ทำการศึกษการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้พบว่าผู้ป่วยมักต้องการข้อมูลอย่างมาก ต้องการข้อมูลในทุกช่วงเวลาไม่ว่าจะเป็น ข้อมูลก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และต้องการข้อมูลซ้ำๆ ในช่วงเวลาต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย ต้องการความรู้และต้องการการสื่อสารที่ดี และทัศนคติที่ดีจากมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ สามารถลดความวิตกกังวลได้ และจากการศึกษาคำนึงถึงปัจจัยก่อนผ่าตัด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในอดีต การขาดข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ส่วนปัจจัยหลังผ่าตัด มีความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ประสบการณ์ที่ได้รับมาก่อน ความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมส่วนในระยะก่อนกลับบ้าน มีปัจจัยที่ส่งผลดังนี้ คือ ด้านผู้ป่วยพบว่าการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอส่งผลกระทบในการกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ด้านครอบครัวมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นค่าเดินทาง ค่ารักษาที่ต้องจ่ายเพิ่ม ด้านสังคม ไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้เหมือนเดิม ดังนั้น ข้อมูลความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยแต่ละระยะจึงมีความแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล และความต้องการของผู้ป่วยในระยะนั้นๆ ดังกล่าวข้างต้น และการได้นำศาสตร์ทางเลือก โดยใช้ น้ำมันหอมระเหย มาผสมผสานในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะ เพราะนอกจากเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถจัดกระทำได้เองแล้ว น้ำมันหอมระเหย ยังส่งผลให้ลดความวิตกกังวลได้รวดเร็วและสามารถกระทำได้อย่างง่ายดายด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยเมื่อน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ เข้าสู่สมองส่วนลิมบิกที่มีสมองส่วนอมิกดาลาและ

ฮิปโปแคมปัส เป็นศูนย์กลางของการควบคุมทางอารมณ์ การรับรู้ความเจ็บปวด ความสุขสบาย และการผ่อนคลายแล้ว ยังส่งผลถึง ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system; CNS) โดยผู้ป่วยสามารถสัมผัสรับกลิ่น (OLFACTORY NERVES) ซึ่งอยู่เหนือโพรงจมูก (NASAL CAVITY) เมื่อกลิ่น ผ่านกระเปาะรับกลิ่น (OLFACTORY BULBS) ที่ต่อกับลิมบิก ซีสเต็ม (LIMBIC SYSTEM) ซึ่งเป็นสมองส่วนควบคุมอารมณ์สภาวะของร่างกายขณะนั้น ทำให้เกิดการผ่อนคลายความวิตกกังวล ความวุ่นวายใจลดลง (ฐาปนีย์ หงส์รัตน์วารกิจ, 2550 , Mi-Yeon Cho, 2013 , Cho, E. H., Lee, M. Y., & Hur, M. H, 2017)

ผลการวิจัยจึงส่งผลให้กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในทุกๆระยะ ถึงแม้ในระยะก่อนผ่าตัดและก่อนกลับบ้านจะไม่แตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นำรูปแบบการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

2.ด้านการบริหารการพยาบาล ควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ ในการดูแลผู้ป่วยโดยการใช้การแพทย์ทางเลือก เช่น การจัดโครงการ ฝึกอบรม ส่งเสริมการแพทย์ทางเลือกต่างๆ ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยชนิดอื่นๆ หรือวิธีการอื่นๆ หรือช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและเรื้อรังอื่นๆ

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลและการใช้น้ำมันหอมระเหยสำหรับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและลดความวิตกกังวล

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถานการณ์ในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2564, จาก <http://www.dmh.go.th/abstract>
- กรมสุขภาพจิต. (2561). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพมหานคร: บริษัทละม่อมจำกัด.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2562. กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 250.*
- เกษรปัญญาใส.(2553). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั่วไปโรงพยาบาลลำปาง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ชนิษฐา นาคะ. (2534). *ความวิตกกังวลและต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด.*(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- จุฑารัตน์ สว่างชัยและศรีสุดา งามขำ. (2560). ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 11, 1-11.*
- ชุติมา มุสิกกุล, และคณะ. (2542). *ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยหนักหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ.* ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 7 สืบค้นเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2562, จาก <http://www.dmh.go.th/abstract>
- ชุลีพร วชิรธนากร. (2560). ความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทางนรีเวช. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(4), 51-59.*
- ชอลดา พันธุ์เสนา. (2536). *การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.
- ฐาปนีย์ หงส์รัตนารกิจ.(2550). *น้ำมันหอมระเหยและการใช้ในสูคนธบำบัด.* กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก.
- ฐิติมา ธารประสิทธิ์. (2548). *ผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของญาติในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน.* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ดวงดาว อรัญวาสณ์, สิริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์, เทพกร สาธิตการมณี, กชกร พลาชีวะ. (2555). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มาใช้บริการระดับความรู้สึกแบบทั้งตัว.

วิทย์วารสาร, 38(2), 102-108.

- ดรรารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2534). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา). บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ชนิด วัชรพุกก์. (2550). *Preoperative and Postoperative care*. ในชาณวิทย์ ดันต์พิพัฒน์และชนิด วัชรพุกก์. (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม. (2542). ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคเข้าเส้นหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- นงค์นุช แนะแก้ว. (2560). ความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ. *เวชบันทึกศิริราช*, 10 (2)
- นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์. (2548). ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดรวมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในการผ่าตัด และความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยโยเยาทางของน้ำไขสันหลัง. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- นัทธมน วุฒานนท์. (2554). การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด. ในนัทธมน วุฒานนท์(บรรณาธิการ), การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกศัลยกรรม. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง. พยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- นันท์ชนก เปี้ยแก้ว วิภาวดี สีมิ่งสวัสดิ์ และถนอมวงศ์ กฤษณ์เพชร. (2558). ผลของการสูดดมน้ำมันลาเวนเดอร์ที่มีต่อการลดความเครียดและคลื่นสมองของหญิงวัยรุ่น. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ*, 16(2), 63-72.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด. (พิมพ์ครั้งที่ 4). เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นิจศิริ เรืองรังสี. (2550). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับน้ำมันหอมระเหย. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2564, จากวิชาการสุคนธ์บำบัด : <file:///C:/Users/Administrator/Downloads/Documents>.
- นิธยา เลหาชัยนันท์. (2548). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง.(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน).
- ประณีต สงวัฒนา. (2550). ผลของการใช้ดนตรีไทยประยุกต์เพื่อบำบัดความปวดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. *วารสารการพยาบาล*, 22(2), 72-86.

- เพิ่มเพ็ญ น้อยตุ่นและคณะ. (2017). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง. *Rama Nurs J • September-December, 23(3)*, 269-283.
- มาณิกา อยู่สำราญ. (2557). การรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 419-428.
- รัตนา เพิ่มเพ็ชร. (2016). บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนหลังผ่าตัด. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 22(1), 9-20.
- ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถยากรและคณะ. (2017). นิยามและปัจจัยของการไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลโดยการทำการกลุ่มโพกัส. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*, 61(4), 511-524.
- วรรณช ฤทธิธรรมและสมพร ชินโนรส. (2555). ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 19(2), 75-87.
- วรินทร์พิศ สว่างสร (2564). ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(2), 114-124.
- วินัย สยอวรรณและคณะ. (2554). ผลของน้ำมันดอกลาเวนเดอร์ต่อระบบประสาทอัตโนมัติและอารมณ์ความรู้สึก. *ก้าวทันวิทยาศาสตร์โลก*, 11(1), 139-147.
- วินัย สยอวรรณและคณะ. (2561). ผลของการสูดดมกลิ่นน้ำมันเปปเปอร์มินต์ต่อระบบประสาทอัตโนมัติและความสามารถในการด้านมิติสัมพันธ์. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 35(1), 8-17.
- วีรวัฒน์ เหลืองชนะ. (2544). *ตำราพื้นฐานทางคัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: บิ๊คเน็ต.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2530). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สรารุณี สีถาน, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ทิพา ต่อสกุลแก้วและธวัชชัย อัครวิพุธ. (2557). ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารสภากาชาดพยาบาล*, 29(2), 21-35
- สรารุณี สีถาน. (2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องวารสาร. *มฉก.วิชาการ*, 20(40), 101-113.
- สายทอง ชัยวงศ์. (2563). ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดช่องท้องและบทบาทของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลแขวงบอริคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 176-185.

- สายฝน อินศรีชื่น. (2560). ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูทคนธำมภ์ต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(1), 37-48.
- สุจิตรา ลี้อำนวยและชวนพิศ ทำนอง. (2557). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สุธาทิพ เกษตรลักษณ์. (2548). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดรวมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ต่อกลุ่มอาการไม่สบาย ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สุพิศ สกุลคง. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะในห้องผ่าตัด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1, 3(2)*, 195-207.
- ศิวพร ถือชาติ, อุษาวดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, อัฐพร ตระการสง่า. (2019). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบบูรณาการ-ปรนัยในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด. *Nursing Science Journal of Thailand*, 37(2), 78-91.
- ศูนย์สารสนเทศวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสำนักหอสมุดและศูนย์สารสนเทศศาสตร์และเทคโนโลยี. (2553). *ประมวลสารสนเทศพร้อมใช้น้ำมันหอมระเหยและสูทคนธำมภ์*. Retrieved November 23, 2019, from <http://siweb.dss.go.th/repack/fulltext/IR22.pdf>
- อรพรรณ สงวนเกียรติ. (2551). ประสิทธิภาพของก้อนหอมโรมาณะอร่าพิจากน้ำมันหอมระเหยที่เตรียมด้วยวิธีเอ็นแคปซูลชัน. (คณะเภสัชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น)
- อรุณศรี ชัยทองสกุล. (2558). ผลการให้ข้อมูลตามแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(2), 22-40.
- อัจฉรา วรรณนานันต์. (2560). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. เลย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- อัญชลี ชุ่มบัวทอง, จันทนา ยี่มน้อย และ ชซาพิมพ์ สัมมา. (2560). ดนตรีบำบัด. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 3(2), 77-82.
- อุรวดี เจริญไชย, วนิดา พิมพ์พา และสุภารัตนบุตรีภูมิ. (2543). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และจำนวนครั้งของการเข้ายาแก้ปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. *วิสัญญีสาร*, 38(2), 102-108.

ภาษาอังกฤษ

- Ali, A., et al. (2014). The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *J Anesth*, 28(2), 222-227.
- Anucha Apisarnthanarak , Chanida Siripraparat, Piyaporn Apisarnthanarak , Michael Ullman , Pavarat Saengaram , Narakorn Leeprechanon, David J. Weber. (2020). Infection Control & Hospital Epidemiology. *Infection Control & Hospital Epidemiology* , 1–2. doi:10.1017/ice.2020.1240
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of *Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC
- Aslam AF, Aslam AK, Vasavada BC, Khan IA. (2006). Hypothermia: evaluation, electrocardiographic manifestations, and management. *Am J Med*, 119(4), 297-301.
- Auerbarch, S. M., and Martelli, M. P. (1983). Anxiety, information, interpersonal impacts and adjustment to a stress full health care situation. *Journal of personality and socialpsychology*, 44, 1248-1296.
- Bedaso, A. and M. Ayalew (2019). Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: a prospective survey at a general hospital in Ethiopia. *Patient Saf Surg*, 1-8. doi:10.1186/s13037-019-0198-0
- Beddows J. (1997). Alleviating pre-operative anxiety in patients: a study. *Nursing Standard*. 11, 37, 35-38.
- Bone, R. C., Hayden, W., Levine, R., McCartney, J., Barkin, R., Clark, S., . . . Guerrero, J. M. (1995). Recognition, assessment, and treatment of anxiety in the critical care patient. *Disease-a-month: DM*, 41(5), 293-359.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization (5th ed.)*. Missouri: Elsevier Saunders.
- Bysshe, J. (1988). The effect of giving information to patients before surgery. *Nursing*, 3(30), 36-39.
- Carr, E., Thomas, V., & Wilson–Barnet, J. (2005). Patient experiences of anxiety, depression, and acute pain after surgery: A longitudinal perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 521–530.

- Chevrolet, J. C., & Jolliet, P. (2007). Clinical review: agitation and delirium in the critically ill--significance and management. *Critical care (London, England)*, 11(3), 214. doi:10.1186/cc5787.
- Cho, E. H., Lee, M. Y., & Hur, M. H. (2017). The Effects of Aromatherapy on Intensive Care Unit Patients' Stress and Sleep Quality: A Nonrandomised Controlled Trial. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 2856592. doi:10.1155/2017/2856592
- Cochran J, Ganong LH. (1989). A comparison of nurses' and patients' perceptions of intensive care unit stressors. *J Adv Nurs*, 14(12), 1038-43.
- Crocq M. A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 319–325.
- Crocq M. A. (2017). The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 107–116.
- Dayton, M. T. (2004). Surgical complications. In C. M. Townsend, R. D. Beauchamp, B. M. Evers., & K. L. Mattox (Eds.). *Sabiston textbook of surgery the biological basis of modern surgical practice*. (17th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders
- DeJong, J.T., Fritzges, M.B., Nüsslein, K., 2006. Microbial induced cementation to control sand response to undrained shear. *ASCE J. Geotech. Geoenviron. Eng.* 132 (11), 1381–1392.
- Delva D, Vanoost S, Bijttebier P, Lauwers P, Wilmer A. (2002). Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in intensive care units: implications for social work. *Soc Work Health Care*. 35(4), 21-40.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., & Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676
- Domar AD, Everett LL, Keller MG. (1989). Preoperative anxiety: is it a predictable Entity?. *Anesth Analg*, 69(6), 763-7.
- Dunwoody CJ, Krenzischek DA, Pasero C, Rathmell JP, Polomano RC. Assessment, physiological, monitoring and consequences of inadequately treated acute pain. *Pain Management Nursing*, 9(1), S13-S21.
- Frazier SK, Moser DK, Riegel B, McKinley S, Blakely W, Kim KA, Garvin BJ. (2002).

- Critical care nurses' assessment of patients' anxiety: reliance on physiological and behavioral parameters. *Am J Crit Care*, 11(1), 57-64.
- Feeney, S. (2004). The relationship between pain and negative affect in older adults: Anxiety as a predictors of pain. *Anxiety Disorder*, 18, 733–744.
- Fleischer, S., Berg, A., Neubert, T. R., Koller, M., Behrens, J., Becker, R., ... Kuss, O. (2009). Structured information during the ICU stay to reduce anxiety: study protocol of a multicenter randomized controlled trial. *Trials*, 10, 84. doi:10.1186/1745-6215-10-84
- G. J. McCleane, C. H. Watters.(1990). Pre-operative anxiety and serum potassium. *Anaesthesia*, 45, 583-585.
- Gaberson, K. B. 1991. The effect of humorous distraction on preoperative anxiety. *AORN Journal*, 54(6), 1258-1264
- Grabow, J., & Buse, R. (1971). Preoperative anxiety: Anxiety about the operation, anxiety about Anesthesia, Anxiety about pain. *Psychotherapy Psychosomatic Medicine of Psychology*, 40(2), 113-122.
- Graham, L and Conley. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. *Nursing Research*, 20(2), 113-122.
- Gnatta JR, Kurebayashi LF, Turrini RN, Silva MJ. (2016). Aromatherapy and nursing: historical and theoretical conception. *Rev Esc Enferm USP*, 50(1), 130-6. doi: 10.1590/S0080-623420160000100017.
- Hatchett, Langley, Schmollgrube. (2010). Psychological sequelae following ICU admission at a level 1 academic South African hospital. *SAJCC*. 26 (2), 52-58.
- Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D. A., & Watkinson, P. (2018). Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. *Crit Care*, 22(1), 310. doi: 10.1186/s13054-018-2223-6
- Henrik Wolsted , Ann Merete Moller , Mai-Britt Tolstrup , Morten Vester-Andersen. (2017). Description of Deaths Following Emergency Abdominal Surgery. *World J Surg*. 41(12), 3105-3110. doi: 10.1007/s00268-017-4109-1
- Hosseini S, Heydari A, Vakili M, Moghadam S, Tazyky S. (2016). Effect of lavender essence inhalation on the level of anxiety and blood cortisol in candidates for

- open-heart surgery. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 21(4), 397-401. doi: 10.4103/1735-9066.185582.
- Huang, N., Cunningham, F., Laurito, C. E., & Chen, C. (2001). Can we do better with preoperative pain management?. *The American Journal of Surgery*, 182, 440-448.
- Jaensson, M., Dahlberg, K., & Nilsson, U. (2019). Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: a narrative review. *Perioperative medicine (London, England)*, 8, 3. doi:10.1186/s13741-019-0115-1
- Jakobson, T. Karjagin, J., Vipp, L., Padar, M., Parik, A. H., Starkopf, L., et al. (2014). Postoperative complications and mortality after major gastrointestinal surgery. *MEDICINA*, 50, 111-117. Retrieved November 18, 2015, from www.sciencedirect.com
- Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfordth NM. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *Br J Anaesth*, 104(3), 369-74. doi: 10.1093/bja/aeq002.
- Johnson, B. S. 1993. *Psychiatric-mental health nursing: Adaptation and growth. 4thed.* Philadelphia: W. B. Saunder.
- Johnston Marie. (1980). Anxiety in surgical patients. *Psychol Med*, 10(1), 145-52. doi: 10.1017/s0033291700039684
- Karadag E, Samancioglu S, Ozden D, Bakir E. (2017). Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients. *NursCrit Care*, 22(2), 105-112. doi: 10.1111/nicc.12198.
- Karanci AN, Dirik G. (2003). Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *J Psychosom Res*, 55(4), 363-9.
- Katz, N. (1997) How the Hindu-Jewish Encounter Reconfigures Interreligious Dialogue, *Shofar*, 19 (1), 1997:28-42.
- Klein-Fedyshin, M., Burda, M. L., Epstein, B. A., & Lawrence, B. (2005). Collaborating to enhance patient education and recovery. *Journal of the Medical Library Association:JMLA*, 93(4), 440-445.

Kindler CH, Harms C, Amsler E, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. (2000).

The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *AnesthAnalg.* 90(3), 706-12.

Kuriyama H, Watanabe S, Nakaya T, Shigemori I, Kita M, Yoshida N, Masaki D, Tadai T, Ozasa K, Fukui K, Imanishi J. (2005). Immunological and Psychological Benefits of Aromatherapy Massage. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2(2),179-184.

Latenstein, C. S. S., et al. (2019). Etiologies of Long-Term Postcholecystectomy Symptoms: A Systematic Review. *Gastroenterol Res Pract*, 1-9.

Leith BA. (1998). Transfer anxiety in critical care patients and their family members. *Crit Care Nurse.* 18 (4), 24-32.

Leske, S. M. 1993. Anxiety of elective surgical patient's family embers. *AORN*, 57(5), 1019 -1092.

Leventhal H, Safer A. M, Panagis M.D, The Impact of Communications on the Self-Regulation of Health Beliefs, Decisions, and Behavior. *Health Education Quarterly*,v1-29.

Leventhal H, Johnson J.E. (1983). Laboratory and field experimentation: *Development of a theory of selfregulation.* In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC. (Editors). Behavioral scienceand nursing theory. (189-262). St. Louis: CV Mosby.

McKinley MJ, Johnson AK. (2004). The physiological regulation of thirst and fluid intake. *News Physiol Sci*, 191-6. doi:10.1152/nips.01470.2003.

McGrandles A, Duffy T. (2012). Assessment and treatment of patients with anxiety. *Nurs Stand*, 26(35), 48-56.

Mi-Yeon Cho, Eun Sil Min, Myung-HaengHur, and Myeong Soo Lee. (2013). Effects of Aromatherapy on the Anxiety, Vital Signs, and Sleep Quality of Percutaneous Coronary Intervention Patients in Intensive Care Units. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*,1-7.

Morton, P. G., & Fontaine, D. K. (2013). *Essentials of Critical Care Nursing A Holistic Approach*: Wolters Kluwer Health| Lippincott Williams & Wilkins.

Mucci, N., Giorgi, G., De Pasquale Ceratti, S., Fiz-Pérez, J., Mucci, F., & Arcangeli, G. (2016). Anxiety, Stress-Related Factors, and Blood Pressure in Young

- Adults. *Frontiers in psychology*, 7, 1682. doi:10.3389/fpsyg.2016.01682
- Munafò, M., & Stevenson, J. (2001). Anxiety and surgical recovery: Reinterpreting the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 589–596.
- Neil S, Freedman, Joost Gazendam, Lachelle leven, Allan I. Pack, and Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, Huang M, Bienvenu OJ, Turnbull AE, Needham DM. (2016). Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 43, 23-29. doi: 10.1016/j.genhosppsyg.2016.08.005..
- Oeyen, S. G., Vandijck, D. M., Benoit, D. D., Annemans, L., & Decruyenaere, J. M. (2010). Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. *Critical care medicine*, 38(12), 2386-2400.
- Patrick. M.L., Wood.S.L., Craven.R.F., Rokosky.J.S. & Bruno.P.M. (1991). Medical-surgical nursing. *Pathophysiological concepts*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Patrick,M.L.,Woods,S.L.,Craven,R.F., Rokosky,J.S. & Bruno,P.M. (1991). Medical-Surgical nursing: Phthophysiological concepts.Philadelphia:J.B.Lippincott.
- Peplau H. (1991). Interpersonal relations in nursing: a conceptual framework of *reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing: New York, USA.
- Pisani, M. A., Friese, R. S., Gehlbach, B. K., Schwab, R. J., Weinhouse, G. L., & Jones, S. F. (2015). Sleep in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med*, 191(7), 731-738. doi:10.1164/rccm.201411-2099CI
- Porth, C. M. (2005). *Pathophysiology: Concept of altered health status* (7 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, Merouani _____ A, Moulront S, Pigne E, Pingat J, Zahar JR, Schlemmer B, Azoulay E. (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care*, 20(1), 90-6.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2007). *Basic nursing essentials for practice*. (6th ed.). St.Louis: Mosby Elsevier.
- Pritchard, M. J. (2011). Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing Standard*, 25(51), 35-39

- Richard J. (2001). Abnormal Sleep/Wake Cycles and the Effect of Environmental Noise on Sleep Disruption in the Intensive Care Unit. *AMERICAN JOURNAL OF RESPIRATORY AND CRITICAL CARE MEDICINE*, 16, 1-7.
- Sayin Y, Aksoy G. (2012). The nurse's role in providing information to surgical patients and family members in Turkey: a descriptive study. *AORN J*, 95(6), 772-87.
doi: 10.1016/j.aorn.2011.06.012.
- Sawyer, Robert G. Tache Leon, Carlos A.(2010). Common complications in the surgical intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(9), pS483-S493. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181ec68c9.
- Shuldhham CM, Cunningham G, Hiscock M, Luscombe P. (1995). Assessment of anxiety in hospital patients. *J Adv Nurs*, 22(1), 87-93. doi:10.1046/j.1365-2648.1995.22010087.
- Sharma B, G., Evs, M., Ms, K., & B, G. (2014). Psychological evaluation of patients in critical care/intensive care unit and patients admitted in wards. *Journal of clinical and diagnostic research:JCDR*, 8(12), WC01–WC3. doi:10.7860/JCDR/2014/10293.5297
- Spielberger, C.D. (1983). Manual for the state-trait anxiety inventory. (STAI) form Y:Self-evaluation questionnaire.
- Simon, N., Pollack, M., & Labbate, L. (2003). Recognition and treatment of anxiety in the intensive care unit patient *Intensive Care Medicine* (pp. 2162-2170): Little Brown Boston, MA.
- Sjostedt L, Hellstrom R, Stomberg MW. (2011). Patients' need for information prior to colonic surgery: *Gastroenterol Nurs*. Sep-Oct, 34 (5), 390-7.
doi: 10.1097/SGA.0b013e31822c69b4.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B.G. (2004). Concepts and challenges in patients management Brunner and Suddarth's Textbook of medical surgical nursing. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins
- Smith RL, Bohl JK, McElearney ST, Friel CM, Barclay MM, Sawyer RG, Foley EF. (2004). Wound infection after elective colorectal resection. *Ann Surg*, 239(5), 599-605.
- Struart GW, Sundeen SJ. (1995). Principle and practice of psychiatric nursing. 5th ed. ST Louis: Mosby

Thakar CV, Christianson A, Freyberg R, Almenoff P, Render ML. (2009). Incidence and outcomes of acute kidney injury in intensive care units: a Veterans Administration study. *Crit Care Med*, 37(9), 2552-8. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181a5906f.

Topf M. (1992). Effects of personal control over hospital noise on sleep. *Res Nurs Health*. Feb; 15 (1),19-28.

Wenham, T., &Pittard, A. (2009). Intensive care unit environment. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 9(6), 178-183.

Zaal, I. J., Spruyt, C. F., Peelen, L. M., van Eijk, M. M., Wientjes, R., Schneider, M. M., Slooter, A. J. (2013). Intensive care unit environment may affect the course of delirium. *Intensive Care Med*, 39(3), 481-488. doi:10.1007/s00134-012-2726-6





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสังกัด
1. พันตำรวจโทนายแพทย์ วรรณัญ จิรามริทธิ์	นายแพทย์ สัญญาบัตร 3 กลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลตำรวจ
2. พันตำรวจโทหญิงเกศินี บรรพตศิริ	พยาบาลสัญญาบัตร 3 กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ
3. ว่าที่พันตำรวจโท อภิสิทธิ์ ตามสัตย์	อาจารย์สัญญาบัตร 2 กลุ่มงานอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
4. รองศาสตราจารย์ดอกเตอร์ประนอม รอดคำดี	รองศาสตราจารย์ดอกเตอร์
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดอกเตอร์นรลักษณ์ เอื้อกิจ	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ที่ อว 64.11/ 0512

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 พฤษภาคม 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พ.ต.ท.หญิง จารุณี ลาบานา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับ สุนัขบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ว่าที่พันตำรวจโท อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ อาจารย์ (สบ 2) กลุ่มงานอาจารย์ ว.พ.ตร. เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ว่าที่พันตำรวจโท อภิสิทธิ์ ตามสัตย์
ฝ่ายวิชาการ โทร. 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล โทร. 02-218-1364
ชื่อนิสิต พ.ต.ท.หญิง จารุณี ลาบานา โทร. 09-7002-4555



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 E-mail: fonbox@chula.ac.th

ที่ พบ 124 /2563

วันที่ 18 พฤษภาคม 2563

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พ.ต.ท.หญิง จารุณี ลาบานา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสุคนธ์บำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันทไทยทวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันทไทยทวิกุล โทร. 02-218-1364
พ.ต.ท.หญิง จารุณี ลาบานา โทร. 09-7002-4555



ที่ อว 64.11/0511

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 พฤษภาคม 2563

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พ.ต.ท.หญิง จารุณี ลาบานา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับ สุนัขบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ นันไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฏฐ์ นันไทยวิกุล โทร. 02-218-1364

พ.ต.ท.หญิง จารุณี ลาบานา โทร. 09-7002-4555



ที่ อว 64.11/ 0510

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 พฤษภาคม 2563

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พ.ต.ท.หญิง จารุณี ลาบานา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสุนัขบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. พ.ต.ท.พ.วรัญญา จิรามริทธิ์ | นายแพทย์ (สบ 3) กลุ่มงานศัลยกรรม รพ.ตร. |
| 2. พ.ต.ท.หญิงเกศินี บรรพตศิริ | พยาบาล (สบ 3) กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร. |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	พ.ต.ท.พ. วรัญญา จิรามริทธิ์ และ พ.ต.ท.หญิงเกศินี บรรพตศิริ
<u>ฝ่ายวิชาการ</u>	โทร. 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล โทร. 02-218-1364
<u>ชื่อนิสิต</u>	พ.ต.ท.หญิง จารุณี ลาบานา โทร. 09-7002-4555



ภาคผนวก ค
เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 E-mail:fonbox@chula.ac.th
 ที่ อว 64.11/ 00004 วันที่ 7 มกราคม 2564
 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย พ.ต.ท.หญิงจรรยา ลาบานา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสุนทรียภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบประเมินความวิตกกังวลจากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ ของ นางสาวดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา สาขาจิตวิทยาการศึกษา ภาควิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2535) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา และ รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สุรศักดิ์ ศรีน้อย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ศรีน้อย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
 อาจารย์ที่ปรึกษา
 นิสิต

โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล โทร. 09-1886- 9249
 พ.ต.ท.หญิงจรรยา ลาบานา โทร. 09-7002-4555



สัญญาขอใช้มาตรฐานทางจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564...

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งอยู่ที่อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 7 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่...19...เดือน.....01.... พ.ศ.2564.

ระหว่าง คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนระพี สุทธิวรรณ ตำแหน่ง คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งต่อไปในสัญญาฉบับนี้ จะเรียกว่า "ผู้อนุมัติให้ใช้มาตรฐาน" ฝ่ายหนึ่งกับ (นาย/นาง/นางสาว)...พ.ต.ท.หญิง จารุณี ลาบานา..... เลขประจำตัวนิต.....6077151536.....

ระดับปริญญา.โท..... คณะ.พยาบาลศาสตร์... มหาวิทยาลัย...จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ..พศ.ร.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทิกุล.. เข้าศึกษาเมื่อปีการศึกษา ...2560.....

สาขาวิชา ..การพยาบาลผู้ใหญ่..... เลขประจำตัวประจำตัวประชาชน3340300006839.

ที่อยู่ปัจจุบัน..175/28 หมู่..... ถนน...อ่อนนุช 46..... แขวง/ตำบล.สวนหลวง.....

เขต/อำเภอ..สวนหลวง..... จังหวัด ..กทม.... รหัสไปรษณีย์ ..10250....

หมายเลขโทรศัพท์0970024555.... ซึ่งต่อไปในสัญญานี้ จะเรียกว่า "ผู้ขอใช้มาตรฐานทางจิตวิทยา" อีกฝ่ายหนึ่ง มีความประสงค์จะขอใช้มาตรฐาน ชื่อมาตรฐาน.....แบบประเมินความวิตกกังวล.....

ชื่อผู้พัฒนามาตรฐาน.....นางสาว ดารารรณ ต๊ะปิ่นตา.....

จากวิทยานิพนธ์/งานวิจัยเรื่อง.การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการ.....

ปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ.....

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตรฐาน (ในกรณีที่มาจากวิทยานิพนธ์ โปรดระบุชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ของผู้พัฒนามาตรฐาน) ..รศ.ดร.ประสาร มาลากุล ณ อยุธยาและ รศ.ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต...ปี พ.ศ. .2535.....

วัตถุประสงค์ของการใช้งาน โครงการทางจิตวิทยา การวิจัย วิทยานิพนธ์ การเรียนการสอน

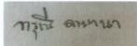
อื่น ๆ โปรดระบุ


ผู้ขอใช้มาตรฐานทางจิตวิทยายินยอมตามข้อตกลง ดังนี้

- มาตรฐานทางจิตวิทยาเป็นลิขสิทธิ์ของคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ผู้ขอใช้มาตรฐานทางจิตวิทยาได้รับต้นฉบับและ/หรือไฟล์ต้นฉบับของมาตรฐานและวิธีคิดคะแนน และยินดีปฏิบัติตามข้อตกลงในสัญญา ดังนี้
 - ผู้ขอใช้มาตรฐานทางจิตวิทยาจะต้องนำมาตรฐานทางจิตวิทยานี้ไปใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น
 - การอนุญาตให้ใช้มาตรฐานอนุญาตเฉพาะครั้งนั้นเท่านั้นที่ขอมา

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้นเป็น 3 ฉบับ มีข้อความตรงกันทุกประการ ต้นฉบับเก็บที่ผู้ขอใช้มาตราวัดทางจิตวิทยา คู่ฉบับ
1 ฉบับ เก็บที่ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คู่ฉบับอีก 1 ฉบับ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิต/นักศึกษา

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้นโดยตลอดแล้ว และยินดีจะปฏิบัติตามทุกประการ หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตาม
ข้อตกลงที่ให้ไว้ ข้าพเจ้ายินดีให้คณะจิตวิทยาดำเนินการระงับการอนุญาตให้ใช้มาตราวัดทางจิตวิทยาได้

ลงนาม  ผู้ขอใช้มาตราวัด
(..พ.ต.ท.หญิงจรรณี ลาบานา)
วันที่ 19 เดือน 01 พ.ศ. 2564

ลงนาม 
อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้ใช้มาตราวัด
(ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยวิกุล)
วันที่ 19 เดือน 01 พ.ศ. 2564
(กรณีนำไปใช้ในวิทยานิพนธ์)

ลงนาม  คณบดี
20 มกราคม 2564
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวรรณระพี สุทธิวรรณ)
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____





ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ.ร.บ.ก.อ.รพ.ตร. (คณะกรรมการวิจัยและนวัตกรรม) โทร. ๒๓๕๓

ที่ ๐๐๓๖.๑๙๓ (วจ)/๐๖๐๕

วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอส่งใบรับรองโครงการวิจัย

พ.ต.ท.หญิง จารุณี ลาบานา

ตามที่ท่านได้ส่งโครงร่างการวิจัยเรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสุคนธบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง” [THE EFFECT OF PROVIDING INFORMATION COMBINED WITH AROMATHERAPY ON ANXIETY AMONG PATIENTS RECEIVING ABDOMINAL SURGERY PATIENTS] ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รพ.ตร. พิจารณานั้น

เนื่องจากการศึกษาดังกล่าว คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รพ.ตร. ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าโครงการได้มาตรฐานไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และภัยอันตรายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เห็นควรให้โครงการวิจัยที่เสนอมารับอนุมัติตั้งแต่ ๒๖ ม.ค ๖๔ - ๒๕ ม.ค. ๖๕ และเมื่อโครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จให้ผู้วิจัยส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับสมบูรณ์และบทคัดย่อ ไปยังห้องสมุดกลาง รพ.ตร. ในรูปแบบที่ไฟล์ PDF หรือไฟล์ วิดีโอ ที่ E-mail.address: librarypgh@gmail.com ต่อไป

จึงแจ้งมาเพื่อทราบ

พล.ต.ท.หญิง

(ธนินทร สมนึก)

นพ. (สบ ๖) รพ.ตร./

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รพ.ตร.



ศูนย์วิจัยและนวัตกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
492/1 ถนนพระรามที่ 1 เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง จว...10...../2564.

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสუნคนบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	-THE EFFECT OF PROVIDING INFORMATION COMBINED WITH AROMATHERAPY ON ANXIETY AMONG PATIENTS RECEIVING ABDOMINAL SURGERY PATIENTS
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	พันตำรวจโทหญิง จารุณี ลาบานา พยาบาล (สบ 3) ไอซียูศัลยกรรม กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ
รหัสโครงการ	Nq3011141/63
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายละเอียดโครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 26 มกราคม 2564 (Version 1.0 Date 26 January 2021) (ฉบับภาษาไทย) 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารขออนุญาตฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 26 มกราคม 2564 (Version 1.0 Date 26 January 2021)(ฉบับภาษาไทย) 3. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 26 มกราคม 2564 (Version 1.0 Date 26 January 2021)(ฉบับภาษาไทย) 4. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรองโครงการ	26 มกราคม 2564
วันที่หมดอายุ	25 มกราคม 2565

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ จัดตั้งและดำเนินการตาม Good Clinical Practice (GCP) และแนวทางจริยธรรมสากล กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

ร้อยตำรวจเอก

(อธิรัฐ จันทร์พานิชเจริญ)

เภสัชกร (สบ 1) กลุ่มงานเภสัชกรรม/

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

พลตำรวจตรีหญิง

(ธนิทร สมนึก)

นายแพทย์ (สบ 6) โรงพยาบาลตำรวจ/
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เอกสารชี้แจงผู้ป่วย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient participant information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสุคนธ์บำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ชื่อผู้วิจัย พันตำรวจโทหญิงจารุณี ลาบานา นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน ไอซียูศัลยกรรมโรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2521236 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0970024555

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วย
คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสุคนธ์บำบัดต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการ
การผ่าตัดช่องท้อง

2. มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องก่อนและหลัง
ของผลการให้ข้อมูลร่วมกับสุคนธ์บำบัดของกลุ่มทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลอง
ก่อนและหลังการให้ข้อมูลร่วมกับสุคนธ์บำบัดในหอผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกับกลุ่มควบคุม

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการให้ข้อมูลร่วมกับสุคนธ์บำบัดผู้วิจัยคาดว่า
คงไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลในการวิจัยที่ระบุถึงผู้เข้าร่วม
งานวิจัยจะถูกถอดเป็นรหัสผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมจะไม่มีชื่อและที่อยู่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย
ในครั้งนี้นักเวทย์ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยจึงจะเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนได้

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในการวิจัยนี้ประชากร
เป้าหมาย (Target population) คือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลตำรวจ
กรุงเทพมหานครการเลือกกลุ่มตัวอย่างจะเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่
กำหนดการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติแล้ว ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2
กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับสุคนธ์บำบัดก่อน
ผ่าตัดและหลังผ่าตัด 22รายผู้วิจัยใช้วิธีจับคู่ (Matched pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด

5. ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัคร
ใจและประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถ ถอนตัว
ออกจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องได้รับโทษหรือสูญเสียประโยชน์ซึ่งพึงได้รับ

6. ไม่มีคำตอบแทน ให้แก่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
7. เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นหรือเหตุผลที่ต้องยกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือผู้ป่วยไม่สามารถฟังการให้ข้อมูลร่วมกับสุคนธ์บำบัดตามที่กำหนดไว้ ไม่วาจากสาเหตุใดก็ตาม
8. ระยะเวลาที่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับงานวิจัย 4- 5 วัน 3 ครั้ง
9. ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับงานวิจัยมี 44 คน



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่องผลของการให้ข้อมูลร่วมกับบุคลากรบำบัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือนพ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยอันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และเข้าร่วมโครงการนี้โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนาโดยไม่เสียสิทธิในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล เฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและจะต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่มีสาเหตุจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายและหรือจะมีการชดเชยค่าตอบแทนตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามความเหมาะสม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้กำกับดูแลการวิจัยผู้ตรวจสอบคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนโครงการวิจัยทางคลินิก โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ ในการปิดบังข้อมูลของการสมัครตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ 175/28 ซอยอ่อนนุช 46 แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กทม.10250 โทร 097 002 4555 โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้เป็นพันตำรวจโทหญิง จารุณี ลาบานา

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)



ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจงแบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณา
ตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย (√) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่าง
ตามข้อคำถามที่กำหนดให้

1. เพศ() ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
- 3.ศาสนา()พุทธ ()คริสต์ ()อิสลาม ()อื่นๆระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
() โสด () สมรส () หม้าย() หย่า() แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา
()ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา()มัธยมศึกษา
()ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
()ปริญญาตรีขึ้นไป ()อื่นๆระบุ.....
- 6.อาชีพปัจจุบัน
()นักเรียน/นักศึกษา() ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
()ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว() เกษตร/ประมง
()แม่บ้าน/พ่อบ้าน ()ลูกจ้าง/รับจ้างทั่วไป
()ไม่ได้ทำงาน () อื่นๆระบุ.....
- 7.ประสบการณ์การผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก
()ไม่มี ()มี โปรดระบุ.....
- 8.ประวัติโรคประจำตัว
()ไม่มี ()มี โปรดระบุ.....
- 9.ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร
()ไม่มี () มี โปรดระบุ.....
- 10.ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์..... Email(ถ้ามี).....

(ผู้วิจัยบันทึกเอง)

การวินิจฉัยโรค.....

การผ่าตัด.....

วันที่ผ่าตัด.....เวลา.....น

แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดศัลยกรรมช่องท้อง

ชื่อ..... วันที่..... กลุ่ม () ทดลอง () ควบคุม

คำชี้แจง : โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดท่านมากที่สุด

ไม่รู้สึกละเลย หมายถึง ไม่ตรงกับความรู้สึกขณะนี้ของผู้ตอบ

รู้สึกบ้าง หมายถึง ตรงกับความรู้สึกขณะนี้ของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย

รู้สึกค่อนข้างมาก หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนี้ค่อนข้างมาก

รู้สึกมากที่สุด หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนี้มากที่สุด

ซึ่งขณะนี้ท่านกำลังอยู่ในช่วงการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด จึงอยากจะสอบถามความรู้สึกของท่าน
ในช่วงเวลา ณ ขณะนี้ก่อนการผ่าตัดศัลยกรรมช่องท้อง

ขณะนี้	ทำเครื่องหมาย / ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านใน	ไม่รู้สึกละเลย (1)	รู้สึกบ้าง (2)	รู้สึกค่อนข้างมาก (3)	รู้สึกมากที่สุด (4)
	ก่อนจะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง				
	1.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกจิตใจสงบ				
	2.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกปลอดภัย				
	3.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกดีใจ				
	4.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกมีปัญหา				
	5.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกว่าทุกอย่างง่ายไปหมด				
	6.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกหงุดหงิด				
	7.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกกลัวกับเหตุร้ายต่างๆ ที่ อาจเกิดขึ้น				
	8.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกว่าไต่พักนอนเพียงพอ				
	9.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกต้องต่อสู้				
	10.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกสบาย				
	11.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
	12.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกประสาทเสียว				
	13.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกกระสับกระส่าย				
	14.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกถึงความอึดอัดใจ				
	15.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกผ่อนคลาย				
	16.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกยอมรับสภาพ ทำใจกับสิ่งที่ เกิดขึ้น				
	17.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกกังวลใจ				
	18.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกตื่นตระหนก				
	19.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกเบิกบานใจ				
	20.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกเพลิดเพลิน				
	รวม				

แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมช่องท้อง

ชื่อ..... วันที่..... กลุ่ม () ทดลอง () ควบคุม

คำชี้แจง : โปรดกาเครื่องหมาย ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดท่านมากที่สุด

ไม่รู้สึกละเลย	หมายถึง	ไม่ตรงกับความรู้สึกขณะนี้ของผู้ตอบ
รู้สึกบ้าง	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกขณะนี้ของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
รู้สึกค่อนข้างมาก	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนี้ค่อนข้างมาก
รู้สึกมากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนี้มากที่สุด

ซึ่งขณะนี้ท่านกำลังอยู่ในช่วงการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด จึงอยากจะสอบถามความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา ณ ขณะ
หลังผ่าตัดศัลยกรรมช่อง

ขณะนี้	ทำเครื่องหมาย / ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านใน	ไม่รู้สึกละเลย (1)	รู้สึกบ้าง (2)	รู้สึกค่อนข้างมาก (3)	รู้สึกมากที่สุด (4)
	ก่อนจะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง				
	1.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกจิตใจสงบ				
	2.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกปลอดภัย				
	3.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกดีใจ				
	4.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกมีปัญหา				
	5.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกว่าทุกอย่างง่ายไปหมด				
	6.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด				
	7.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวกับเหตุร้ายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น				
	8.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกว่าไต่พักนอนเพียงพอ				
	9.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกต้องต่อสู้				
	10.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกสบาย				
	11.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
	12.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกประสาทเสีย				
	13.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่าย				
	14.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกถึงความอึดอัดใจ				
	15.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย				
	16.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกยอมรับสภาพ ทำใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น				
	17.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจ				
	18.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นตระหนก				
	19.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกเบิกบานใจ				
	20.ขณะนี้ ข้าพเจ้ารู้สึกเพลิดเพลิน				
	รวม				

แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ชื่อ..... วันที่..... กลุ่ม () ทดลอง () ควบคุม

คำชี้แจง : โปรดกาเครื่องหมาย ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดท่านมากที่สุด

ไม่รู้สึกละเลย	หมายถึง	ไม่ตรงกับความรู้สึกขณะนี้ของผู้ตอบ
รู้สึกบ้าง	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกขณะนี้ของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
รู้สึกค่อนข้างมาก	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนี้ค่อนข้างมาก
รู้สึกมากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนี้มากที่สุด

ซึ่งขณะนี้ท่านกำลังอยู่ในช่วงการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด จึงอยากจะสอบถามความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา ณ ขณะ
ก่อนกลับบ้าน

ขณะนี้	ทำเครื่องหมาย / ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านใน	ไม่รู้สึกละเลย (1)	รู้สึกบ้าง (2)	รู้สึกค่อนข้างมาก (3)	รู้สึกมากที่สุด (4)
	ก่อนจะได้รับการผ่าตัดช่องท้อง				
	1.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกจิตใจสงบ				
	2.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกปลอดภัย				
	3.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกดีใจ				
	4.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกมีปัญหา				
	5.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกว่าทุกอย่างง่ายไปหมด				
	6.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกหงุดหงิด				
	7.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกกลัวกับเหตุร้ายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น				
	8.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกว่าไต่พักนอนเพียงพอ				
	9.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกต้องต่อสู้				
	10.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกสบาย				
	11.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
	12.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกประสาทเสียว				
	13.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกกระสับกระส่าย				
	14.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกถึงความอึดอัดใจ				
	15.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกผ่อนคลาย				
	16.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกยอมรับสภาพ ทำใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น				
	17.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกกังวลใจ				
	18.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกตื่นตระหนก				
	19.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกเบิกบานใจ				
	20.ขณะนี้ ข้าพเจารู้สึกเพลิดเพลิน				
	รวม				

แบบวัดความรู้ความเข้าใจก่อนผ่าตัด

คำชี้แจง : โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดท่านมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. การผ่าตัดช่องท้อง เป็นวิธีการรักษาโรค แก้ไขความผิดปกติของโรค บรรเทาอาการของโรคทางช่องท้อง		
2. ผู้เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทุกครั้งต้องได้รับการประเมินจากแพทย์ทางอายุรกรรมก่อนทำการผ่าตัดช่องท้อง		
3. ผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดที่มีการรับประทานยาเป็นประจำและมีประวัติการแพ้ยาต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง		
4. ก่อนการผ่าตัดควรพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง		
5. ผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดทำความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น อาบน้ำสระผม		
6. ผู้ที่เข้ารับการผ่าตัด ควรงดรับประทานอาหารและน้ำหลัง 24.00 น. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนการได้รับยาระงับความรู้สึก		
7. ผู้เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องกรณีมีฟันปลอมชนิดถอดได้ ไม่จำเป็นต้องถอดออก		
8. การใช้ น้ำมันหอมระเหย (ลาเวนเดอร์) สามารถลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้		

แบบวัดความรู้ความเข้าใจ หลังการผ่าตัด

คำชี้แจง : โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดท่านมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.การนอนราบหลังผ่าตัดศัลยกรรมช่องท้องอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงมีความจำเป็นอย่างมากเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก		
2.ท่านรู้สึกว่ามีวิธีการฝึกรหายใจ และฝึกรไออย่างมีประสิทธิภาพ หลังผ่าตัดเป็นวิธีการที่ไม่มีประโยชน์		
3.หลังจากการผ่าตัดศัลยกรรมช่องท้อง 24ชั่วโมงไปแล้ว ถ้าปวดแผลมากไม่ต้องเคลื่อนไหวร่างกายเลย		
4.หลังจากการผ่าตัดศัลยกรรมช่องท้อง 24ชั่วโมงไปแล้ว ท่านสามารถรับประทานอาหาร ได้ทันที		
5.น้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ ใช้โดยการสูดดม ทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลายหลังผ่าตัดศัลยกรรมช่องท้อง		

แบบวัดความรู้ความเข้าใจ ก่อนกลับบ้าน

คำชี้แจง : โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดท่านมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ท่านสามารถออกกำลังกายได้โดยไม่หักโหมเช่นการเดิน		
2.หลังจากแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน เมื่อมีปวดแผล ท่านสามารถรับประทานยาแก้ปวดตามที่แพทย์สั่งได้เอง		
3.หลังจากการผ่าตัดท่านไม่ควรทำงานหนักหรือยกของหนักอย่างน้อย 2 สัปดาห์		
4.เมื่อท่านกลับบ้านไปแล้ว แผลผ่าตัดมีบวม แดง ร้อนและมีไข้ ท่านควรจะมาพบแพทย์ทันที		
5.เมื่อท่านกลับบ้านไปแล้ว ท่านจะใช้น้ำมันหอมระเหยเมื่อท่านมีความรู้สึกวิตกกังวล		

คู่มือการปฏิบัติตัว

สำหรับ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง



ที่มา :lovepik.com

จัดทำโดย

พันตำรวจโทหญิงจารุณี ลาบานา

นิติคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปาณัญญา นันทไทยทวีกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทนำ

ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดทั้งก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งเพราะในทุกช่วงจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ

การให้ความรู้ การเตรียมตัว ในแต่ละช่วงของการผ่าตัดช่องท้องรวมถึงการบำบัดผสมผสาน โดยการใช้ น้ำมันหอมระเหยจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ ตระหนัก และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยสามารถ เรียนรู้และปฏิบัติตัวได้โดยง่าย

ดังนั้นคู่มือเล่มนี้จักเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดช่องท้องเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกาย จิตใจ

พันตำรวจโทหญิงจรรุณี ลาบานาผู้จัดทำ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ก่อนการผ่าตัดช่องท้อง
เรียนรู้ภาวะต่างๆในระบบทางเดินอาหารกันเถอะ

ระบบทางเดินอาหาร
ประกอบด้วย
ช่องปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร
ตับ ตับอ่อน ถุงน้ำดี ลำไส้เล็ก
ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ระบบทางเดินอาหาร
มีหน้าที่ในการรับประทานอาหาร
ย่อยอาหาร ดูดซึมสารอาหารที่มี
ประโยชน์ต่อร่างกายและระบายกาก
อาหารทิ้งไป



ที่มา: idoctor house.com

เมื่อเกิดความผิดปกติในช่องท้อง มีอาการ ปวดท้อง ท้องอืด แน่น
กดเจ็บบริเวณท้องโรคที่อาจเกิดขึ้นได้มีดังนี้

โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบย่อยอาหาร



1. กระเพาะอาหาร

เป็นอวัยวะในระบบย่อยอาหารลักษณะคล้ายถุงซึ่งมีผนังกล้ามเนื้อที่แข็งแรง ทำหน้าที่เป็นจุดพัก
อาหารและคลุกเคล้าอาหาร มีเอนไซม์ช่วยย่อยอาหาร โรคที่เกิดในกระเพาะอาหาร ได้แก่การเกิด
แผลในกระเพาะอาหารหรือ มีการแตกทะลุของในกระเพาะอาหาร ทำให้น้ำย่อยและกรดในกระเพาะ
อาหารรั่วเข้าไปในช่องท้องและทำให้เกิดการอักเสบ



บริษัท อุตสาหกรรมเครื่องหอมไทย - จีน จำกัด
THAI - CHINA FLAVOURS AND FRAGRANCES INDUSTRY CO., LTD.

CERTIFICATE OF ANALYSIS

Date : 22/09/2020
Product name : Lavender Oil UK
Product code : 20091
Reference no. : 200521/2020
Batch no. : 20090660-1
Quantity : 0.5 Kg.

<u>Item</u>	<u>Specification</u>	<u>Results</u>
Colour and appearance	: Colourless to pale yellow and clear liquid	: Accept
Odour	: Green-sweet floral herb odour	: Accept
Specific gravity (20/20°C)	: 0.8786-0.8986	: 0.8902
Refractive index (20°C)	: 1.4525-1.4685	: 1.4606
Mfd. Date		: 22/09/2020
Exp. Date		: 21/09/2022

The document is computer generated and no signature is required.

In case of enquiry, please contact
Wasut Somsirikul
Quality Control Supervisor
20091/EFF170316

F-QC-012 REV.02

สำนักงาน
Office :
510/3-4 ซอยงามวงศ์วาน 25 ถนนงามวงศ์วาน ตำบลบางเขน กรุงเทพมหานคร 11000
510/3-4 Ngamwongwan 25, Ngamwongwan Rd., Muang, Nonhlaburi 11000 Thailand
Tel: + 66 2952-5380-4, +66 2591-6050 (Auto 3 line)
Fax: +66 2952-5385

โรงงาน
Factory:
99 หมู่ 2 อ.บางบาลจ. อ.บางบาลจ. พระนครศรีอยุธยา 13230
99 Moo 2, Lat Bua Luang, Phra Nakhon Si Ayutthaya 13230 Thailand
Tel: +66 3537-9501-3, +66 3537-9211-3
Fax: +66 3537-9504-3



ตารางที่ 6 แสดงการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ด้วยการวิเคราะห์สถิติ ANOVA

Univariate Tests

Measure: MEASURE_1

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Contrast	157.828	1	157.828	5.982	.019
Error	1108.030	42	26.382		

The F tests the effect of group. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

ตารางที่ 7 แสดงการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ด้วยการวิเคราะห์สถิติ ANOVA

Multivariate Tests

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's trace	.251	6.871 ^a	2.000	41.000	.003
Wilks' lambda	.749	6.871 ^a	2.000	41.000	.003
Hotelling's trace	.335	6.871 ^a	2.000	41.000	.003
Roy's largest root	.335	6.871 ^a	2.000	41.000	.003

Each F tests the multivariate effect of factor1. These tests are based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

a. Exact statistic

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	พันตำรวจโทหญิง จารุณี ลาบานา
วัน เดือน ปี เกิด	1 พฤศจิกายน 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ปีการศึกษา 2544



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY