

152.46
๗463 ๗
8.3

ผลของการใช้ข้อมูล และการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วย
ที่มีความเชื่อภายใน - ภายนอกตน แตกต่างกัน

ปริญญานิพนธ์
ของ
ศิริพร สถิตย์ถาวร

๑

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2540

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

68718

ผลของการให้ข้อมูล และการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วย
ที่มีความเชื่อทางภายใน - ภายนอกคน แตกต่างกัน

บทคัดย่อ

ของ

ศิริพร สถิตย์ถาวร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2540

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูล และสนับสนุนทางอารมณ์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลตากสิน สังกัดการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพศ หญิง อายุ 25 - 55 ปี ซึ่งมารับการรักษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2540 จำนวน 80 คน จำแนกตามความเชื่ออำนาจภายในตน 40 คน เชื่ออำนาจภายนอกตน 40 คน ทำการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ๆ ละ 10 คน ดังนี้ 1) ให้ข้อมูล และสนับสนุนทางอารมณ์ 2) ให้ข้อมูลแต่ไม่สนับสนุนทางอารมณ์ 3) ไม่ให้ข้อมูลแต่สนับสนุนทางอารมณ์ 4) ไม่ให้ข้อมูลและไม่สนับสนุนทางอารมณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบแผนการให้ข้อมูล แบบแผนการสนับสนุนทางอารมณ์ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน และมาตรวัดความวิตกกังวล นวัตกรรมที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS* หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติเอฟ (F-test) วิเคราะห์ความแปรปรวน 3 ทาง (Three Way Analysis of Variance) และทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ โดยใช้วิธีของ เชฟเฟ (Scheffe)

ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ผู้ป่วยที่ได้รับ การสนับสนุนทางอารมณ์และไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล และได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล และไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและมีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน
6. ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และมีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

7. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และมีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูล ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

EFFECTS OF GIVING INFORMATION AND EMOTIONAL SUPPORT
ON PRE-OPERATIVE ANXIETY OF PATIENTS WITH
DIFFERENT INTERNAL-EXTERNAL
LOCUS OF CONTROL

AN ABSTRACT

BY

SIRIPORN SATHITTHAWORN

Presented in partial fulfillment of the requirements for the Master
of Education degree in Developmental Psychology
at Srinakharinwirot University

May 1997

The purpose of this research was to study the effects of giving information and emotional support on pre - operative anxiety of patients with different internal - external locus of control. The sample of 80 female patients around 25 - 55 years of age who came to have threatment at the Taksin General Hospital, Bangkok Metropolis medicines office during February through March 1977 specifying 40 patients who had internal locus of control characteristic and 40 patients who had external locus of control characteristic. Sampling 10 patients per one group for 1) giving information and emotional support 2) giving information and no emotional support 3) not giving information and emotional support and 4) neither giving information and nor emotional support.

The instruments used in this study were plan in giving information, plan in emotional support, internal - external locus of control measuring and visual analogue scale for pre - operative anxiety. The analysis was done by using the SPSS version X for Three - Way Analysis of Variance and the Scheffe's method.

The results of this study revealed that:

1. The patients who received information having less pre - operative anxiety than those who did not receive significantly at the .01 level.

2. No statistical difference was found between the patients who received and did not receive emotional support in pre - operative anxiety.

3. No statistical difference was found between the patients who had internal locus of control characteristic and who had external locus of control characteristic in pre - operative anxiety.

4. The patients who received information and emotional support were decreased pre - operative anxiety than the patients who did not receive information and emotional support significantly at the .05 level.

5. No statistical difference was found between the patients who received information and had internal locus of control characteristic and the group who did not receive information and had external locus of control characteristic in pre - operative anxiety.

6. The patients who received emotional support and had internal locus of control characteristic were decreased pre - operative anxiety than the patients who did not receive emotional support and had external locus of control characteristic significantly at the .05 level.

7. No statistical difference was found between the patients who received information, emotional support and had internal locus of control characteristic and the group who did not receive information, emotional support and had external locus of control characteristic.

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....ประธาน

(รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตร์ภักทร)

.....กรรมการ

(ผศ.ประณต คำจิม)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธาน

(รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตร์ภักทร)

.....กรรมการ

(ผศ.ประณต คำจิม)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รศ.อัจฉรา สุขารมย์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ดร.ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ 16..เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2540

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความรู้และความเอาใจใส่อย่างดียิ่งของ รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัทร ที่เป็นผู้ให้โอกาสให้คำปรึกษา พร้อมทั้งแนวคิดในการทำวิจัย ผศ.ประณต คำจิม ที่ได้ให้คำแนะนำ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งที่ช่วยให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ และเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างมาก และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการพิจารณาเค้าโครงละเอียดปริญญานิพนธ์ ภาควิชา จิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ ปีการศึกษา 2539 ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.อัจฉรา สุขารมย์ ที่กรุณารับเป็นกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ และให้ข้อชี้แนะ เพื่อให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 8 ท่าน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณหัวหน้าตึกผู้ป่วย และพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ วิทยาลัยและห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตากสิน รวมทั้งเพื่อน ๆ รวมชั้นปีเดียวกับผู้วิจัย เอกจิตวิทยาพัฒนาการทุกท่าน ที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอน้อมรำลึกถึงพระคุณของคุณพ่อ คุณแม่ ที่ได้ให้ความรัก ความห่วงใย ตลอดมา และขอขอบคุณพี่สาวที่แสนดีที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอ ทำให้งานวิจัยฉบับนี้ประสบผลสำเร็จสมความมุ่งหมาย

ศิริพร สติยธาวาร

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
/ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
/ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	4
/ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	5
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
นิยามปฏิบัติการ	6
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	10
ความวิตกกังวล	10
ความหมายของความวิตกกังวล	10
ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล	12
สาเหตุของความวิตกกังวล	14
องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล	18
ขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล	19
ประเภทของความวิตกกังวล	22
ระดับของความวิตกกังวล	23
ผลของความวิตกกังวล	27
กลวิธีเผชิญกับความวิตกกังวล	30
ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด	33
การให้ข้อมูล	38
ความหมายของข้อมูล	38

วิธีให้ข้อมูล	42
ลักษณะของข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ	43
การสนับสนุนทางอารมณ์	44
ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน	47
ทฤษฎีการเกิดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน	50
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน	50
การพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน	52
ลำดับขั้นพัฒนาของความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน	53
การเปลี่ยนแปลงความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน	54
ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน กับการพัฒนาบุคลิกภาพ	54
ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน กับการเผชิญภาวะเครียด ...	56
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา	57
สมมติฐานในการวิจัย	62
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	63
✓ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	63
✓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	65
การสร้างเครื่องมือ	66
✓ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	68
วิธีดำเนินการทดลอง	72
การวิเคราะห์ข้อมูล	73
✓ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	73

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	74
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	74
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	74
การเสนอผลของการวิเคราะห์ข้อมูล	75
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	76
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	83
จุดมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	83
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	83
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	84
การวิเคราะห์ข้อมูล	85
สรุปผลการวิจัย	86
อภิปรายผลการวิจัย	87
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	92
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	93
บรรณานุกรม	94
ภาคผนวก	106
ประวัติย่อของผู้วิจัย	122

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงรูปแบบของการทดลอง	65
2	แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น กลุ่มที่ให้และไม่ให้ข้อมูล	76
3	แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น กลุ่มสนับสนุน และไม่สนับสนุนทางอารมณ์	77
4	แสดงค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย แบ่งตาม ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน	78
5	เปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย แยกตามตัวแปรคือ การให้ข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์ และความเชื่อ อำนาจภายใน - ภายนอกตน	79
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในรายคู่ ของกลุ่มที่ให้ข้อมูล และสนับสนุนทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน	81
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในรายคู่ ของกลุ่มที่สนับสนุนและไม่สนับสนุนทางอารมณ์ที่มีความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน แตกต่างกัน	82

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงความสัมพันธ์ของลำดับอารมณ์ต่าง ๆ	15
2 แสดงขั้นตอนการเกิดความรู้สึกกังวล	21
3 แผนภูมิแสดงระดับของความวิตกกังวล	25
4 แผนภูมิแสดงกลไกรบกวนความสมดุล	26
5 แผนภูมิแสดงปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับความวิตกกังวล	32

บทที่ 1

บทนำ

นี่คือหัวใจของ อ. คำฟู่มเฟื่อง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ความเจริญก้าวหน้าของการรักษาทางด้านศัลยกรรมเป็นแขนงวิชาหนึ่ง ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่ามีการศึกษา ค้นคว้า พบเทคนิควิธีการต่าง ๆ มากมาย ตลอดจนการนำเทคโนโลยีแขนงอื่น เข้ามาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานจากโรคที่ประสบอยู่ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการผ่าตัดจะมีเทคนิควิถีก้าวหน้าไปเพียงใด แต่สิ่งหนึ่งที่ยังคงความสำคัญยิ่งก็คือ ภาวะจิตใจของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดนั้น ๆ ภาวะความแปรปรวนทางด้านจิตใจ (Psychological Disturbance) ของผู้ป่วยเกิดขึ้นตั้งแต่พบว่าตนเองมีความผิดปกติของร่างกายก่อนที่จะมาพบแพทย์ ความแปรปรวนของจิตใจที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากความตึงเครียด ความหวาดกลัว และความวิตกกังวลต่อโรคที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จะต้องรักษาด้วยการผ่าตัด (เรณู อาจสาลี. 2533 : 102) ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้บ่อย (Bysshe. 1988 : 36) สอดคล้องกับบาร์เน็ตต์ (Barnett. 1978 : 89) ที่กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองอย่างหนึ่งของผู้ป่วยที่มีต่อความเจ็บป่วย และการอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งพบได้บ่อยที่สุด และเป็นการตอบสนองที่รุนแรงที่สุด โดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอาจมีสาเหตุจากความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญ ไม่ได้รับข้อมูลที่ต้องการรู้สึกล่วงหน้า กลัวความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน หดสมรรถภาพ พิกการ สูญเสียภาพลักษณ์ เป็นมะเร็ง กลัวตาย กลัวดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น การต้องพรางจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด กลัวสูญเสียหน้าที่การงาน มีปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือเคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อน (Carnevali. 1966 : 1538 ; Graham and Conley. 1971 : 121 ; Beland and Passos. 1981 : 485 ; Cawley and others. 1990 : 93)

การศึกษาของกันยา ออประเสริฐ (2530 : 48) พบว่า การที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความกลัวในระยะก่อนผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมออกมาในลักษณะต่าง ๆ กัน จนกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการผ่าตัดได้ ซึ่ง แมคเคลิน และคนอื่น ๆ (McCleane and others. 1990 : 158) พบว่า ระดับความวิตกกังวล

ที่มีอยู่ในระยะก่อนผ่าตัดจะทำให้ร่างกายหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ออกมา ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ และเกิดการเปลี่ยนแปลงฤทธิ์ของยาสลบได้ และจากการศึกษาของคิห์เลท (Salman and Kaufman. 1990 : 1340 ; citing Kehlet. n.d.) พบว่าระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มสูงขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด มีผลเพิ่มการกระตุ้นการตอบสนองของต่อมไร้ท่อซึ่งมีผลต่อการผ่าตัด นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง ทำให้ไม่สามารถให้ความร่วมมือตามขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการผ่าตัดได้ถูกต้อง และไม่สามารถดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นปัญหาที่จำเป็นต้องหาทางแก้ไขและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลมากที่สุดก่อนผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขและสามารถเผชิญกับการผ่าตัดได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ แต่ในปัจจุบัน ยังมิได้มีการกำหนดมาตรฐานในการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย และการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไว้อย่างชัดเจน ทำให้การพยาบาลก่อนผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับยังไม่มีคุณภาพดีเท่าที่ควร จากการศึกษาค้นคว้า พบว่าการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจ เพื่อเผชิญกับการผ่าตัด โดยให้การดูแลทางด้านร่างกาย การให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัดและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมนับว่า เป็นการกระทำที่มุ่งจะจัดปัจจัยต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเผชิญกับการผ่าตัด จากการศึกษาของโกลดิน (Goldin. 1981 : 220) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้ทราบข้อมูลหรือไม่ได้รับคำอธิบาย คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด และผู้ที่มีระดับความวิตกกังวลค่อนข้างสูงก่อนผ่าตัด มีแนวโน้มของการเกิดปัญหาทางจิตใจภายหลังผ่าตัดได้สูง อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่า บุคคลที่ได้รับประโยชน์จากการให้ข้อมูล มักเป็นบุคคลที่มีลักษณะประจำตัว หรือบุคลิกภาพที่มีความโน้มเอียงในทางชอบแสวงหาข้อมูล (Anerbach and others. 1983 : 1284 - 1296 ; Watkin and others. 1986 : 382 - 389) ดังนั้นการให้ข้อมูลกับบุคคลที่ไม่ต้องการข้อมูลก็จะไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย แต่อาจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้น (แก้วสามสี สาเจริญ. 2535 ; อ้างอิงมาจาก Miller and Mangan. 1983 : 223 - 236)

จากการค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดยังไม่มีผู้ใดศึกษาถึงคุณลักษณะบางประการ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ข้อมูล ได้แก่ ความเชื่ออันอาจภายใน - ภายนอก

ตนของผู้ป่วย ซึ่ง รอตเตอร์ และมุลรี (Rotter and Mulry. 1965 : 598 - 604) กล่าวว่า ความเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด แม้ว่า บุคคลจะประสบกับเหตุการณ์ที่เหมือนกัน แต่การยอมรับเหตุการณ์ หรือการปฏิบัติตนจะแตกต่างกันออกไปตามความคิด ประสบการณ์ และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ผู้ที่เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง และตนเองเป็นผู้ควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ได้ จะมีพฤติกรรมไปในลักษณะหนึ่ง ในขณะที่ผู้ที่เชื่อในโชคชะตา เคราะห์กรรม หรืออำนาจของผู้อื่น จะคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นผลมาจากอำนาจภายนอกตนไม่สามารถ บังคับ ควบคุม หรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ จะมีพฤติกรรมเป็นอีกลักษณะหนึ่งแตกต่างกันออกไป ตามความเชื่อที่เรียกว่าความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน (Internal - External Locus of Control) เรย์ (Ray. 1982 : 487 - 488) พบว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตนเมื่อประสบกับเหตุการณ์ทำให้เกิดภาวะเครียด จะพยายามค้นหาข้อเท็จจริง และแก้ไขสถานการณ์นั้น ในขณะที่ผู้เชื่ออำนาจภายนอกตนจะยอมรับเหตุการณ์โดยไม่คิดจะแก้ไข จอร์จ และคนอื่น (George and others. 1980 : 291 - 309) ศึกษาพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายใน ตนสูงจะมีพฤติกรรมการเผชิญต่อภาวะเครียดก่อนผ่าตัดแบบยอมรับความจริง (Active or Vigilant Coping Behavior) ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนของผู้ป่วยซึ่งมีผลต่อความคิด การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคาม น่าจะมีผลต่อการรับรู้ข้อมูลด้วย นอกจากนั้น ยังมีปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยคือ ปฏิกริยาการตอบสนองทางด้านจิตใจ และอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยซึ่ง ลัสทาว (Loustau. 1991 : 71 - 78) กล่าวว่า อารมณ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยเพราะบ่อยครั้งพบว่าความเจ็บป่วยคุกคามความเชื่อมั่นของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของตนเอง การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งและเพิ่มความสามารถต่อปัญหาต่าง ๆ ได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมจะช่วยลดความวิตกกังวลได้

จากประสบการณ์ การทำงานในห้องผ่าตัดของหัตถ์วิจัย พบว่าผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแสดงอาการวิตกกังวลแตกต่างกันไป บางรายมีความกลัวมาก ไม่สามารถให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ติดต่อสื่อสารเข้าใจยาก ทำให้ต้องพูดซ้ำหลายครั้ง ซึ่งก่อให้เกิดความกลัวยิ่งขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายคือชีพจรเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น จนบางครั้งล้มป่วย

ต้องงดการผ่าตัดหรือเลื่อนการผ่าตัด เพราะไม่อาจเสี่ยงต่ออาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัดได้ ทำให้ต้องสูญเสียเวลา ค่าใช้จ่ายในการเตรียมผ่าตัดแต่ละครั้ง รวมทั้งระยะเวลาที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลยาวนานออกไป

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการให้ข้อมูล และการสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล โดยศึกษาถึงความแตกต่างของความเชื่ออาณางภายใน-ภายนอกตนของผู้ป่วยด้วย เพื่อหาผลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จุดมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

- ① เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย ที่ได้รับและไม่ได้รับข้อมูล
- ② เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย ที่ได้รับและไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์
- ③ เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่มีความเชื่ออาณางภายใน - ภายนอกตนแตกต่างกัน
- ④ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูล และการสนับสนุนทางอารมณ์ที่มีต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย
- ⑤ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูล และความเชื่ออาณางภายใน - ภายนอกตนที่มีต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย
- ⑥ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางอารมณ์และความเชื่ออาณางภายใน - ภายนอกตนที่มีต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย
- ⑦ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์ และความเชื่ออาณางภายใน - ภายนอกตน ที่มีต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

การศึกษานี้ครั้งนี้ เพื่อหาผลการวิจัยที่ได้ไปสู่การชี้แนะ และกระตุ้นให้แพทย์ พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงผลกระทบของการผ่าตัด ต่อสภาพร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์ของผู้ป่วยเนื่องจากความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ซึ่งแบบแผนการให้ข้อมูลและแบบแผนการสนับสนุน

ทางอารมณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติต่อผู้ป่วยตั้งแต่เมื่อแรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล เพื่อช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัด มีสัมพันธภาพที่ดี มีความรู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจ คลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลงได้ นอกจากนี้ ผลการวิจัยจึงใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการค้นคว้างานวิจัยต่อไป

ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลตากสิน สังกัดการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพศ หญิง อายุ 25 - 55 ปี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2540

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลตากสิน สังกัดการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพศ หญิง อายุ 25 - 55 ปี ซึ่งมารับการรักษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2540 จำนวน 80 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. การให้ข้อมูล
 - ให้ข้อมูล
 - ไม่ให้ข้อมูล
2. การสนับสนุนทางอารมณ์
 - สนับสนุนทางอารมณ์
 - ไม่สนับสนุนทางอารมณ์
3. ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน
 - ความเชื่ออำนาจภายในตน
 - ความเชื่ออำนาจภายนอก

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยทางด้านสัลยกรรมที่รับไว้ในโรงพยาบาล เพื่อการผ่าตัดที่ไม่รีบด่วน รอคอยได้ ไม่อยู่ในภาวะทุพพลภาพจากโรคหรือการผ่าตัดที่ไม่มีผลต่อจิตใจโดยตรง เช่น มะเร็ง ไม่มีประวัติโรคประจำตัวใด ๆ ไม่มีความผิดปกติในการมองเห็น หรือการได้ยิน สามารถติดต่อสื่อสารรู้เรื่อง ไม่มีความผิดปกติทางสมอง ทางประสาท ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใด ๆ มาก่อน

2. ~~บุคลากรทางการแพทย์~~ หมายถึง ผู้ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล

นิยามปฏิบัติการ

1. การให้ข้อมูล หมายถึง พฤติกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยผู้วิจัย ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องประสบเมื่อรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยนี้ ผู้วิจัยรวบรวมมาจากความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของ ขนิษฐา นาคะ (2535) ซึ่งมีหัวข้อเรื่องเรียงตามลำดับความต้องการของผู้ป่วย ดังนี้ คือ

1. การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไ้กลับบ้าน
2. ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไ้กลับบ้าน
3. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความผิดปกติเมื่อกลับไ้กลับบ้าน
4. สาเหตุของโรค
5. ผลการผ่าตัด
6. การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด
7. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด
8. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด
9. ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถทำงานได้ตามปกติ
10. ชื่อแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด
11. อาการและอาการแสดงของโรค
12. ชื่อโรค

13. ความรู้สึกหลังผ่าตัด
14. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น
15. ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด
16. พยากรณ์โรค
17. เหตุผลในการผ่าตัด
18. การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
19. ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น
20. กฎระเบียบของโรงพยาบาล
21. ชนิดของการผ่าตัด
22. ชื่อของพยาบาลผู้ให้การพยาบาล
23. การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัด
24. ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด
25. ค่ารักษาพยาบาล
26. วิธีระงับความรู้สึกที่ได้รับขณะผ่าตัด
27. ชนิดของยาที่ได้รับ
28. เหตุผลในการใช้ยา
29. วิธีการผ่าตัด
30. ความรู้สึกขณะผ่าตัด

2. การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของผู้วิจัยเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดรู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจที่จะเผชิญกับการผ่าตัด แบบแผนการสนับสนุนทางอารมณ์ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาดาราส เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ แบบแผนที่จัดทำนี้ มีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ให้การยกย่อง (Esteem)
2. การให้ความไว้วางใจ (Trust)
3. การให้ความสนใจ (Concern)

4. การให้ความรักใคร่ ห่วงใย (Affection)
5. การให้ความเชื่อมั่น (Reassurance)
6. การสนับสนุนทางความคิด การกระทำที่เป็นประโยชน์ (Encouragement)
7. การแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม การเผชิญปัญหา

การปรับปรุงตน (Advice)

8. การจูงใจ และชักชวน (Suggestion & Persuasion)
9. การระบายอารมณ์ ความรู้สึกเก็บกดออกมาได้อย่างอิสระ

(Ventilation)

3. ☒ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง ความนึกคิดของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นผลของการกระทำของตนเอง และตนเองสามารถควบคุมได้ ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีลักษณะกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม อันจะนำมาซึ่งประโยชน์สำหรับพฤติกรรมในอนาคต หรือผลสัมฤทธิ์จากความพยายามของตนเห็นคุณค่าของทักษะ (Rotter. 1966)

ความเชื่ออำนาจภายนอกตน หมายถึง ความนึกคิดของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นด้านดีหรือด้านร้ายนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกที่ควบคุมไม่ได้ เช่น บุคคลอื่น ๆ โชคชะตา เพราะห้กรรม หรือการดลบันดาลของอำนาจเหนือธรรมชาติ (Rotter. 1966)

ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน สามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนของ พรศิริ โรจน์รัตน์เกียรติ (2535) แบบวัดนี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับความเชื่อของบุคคลในจุดมุ่งหมาย หรือผลสำเร็จต่าง ๆ ตลอดจนความล้มเหลวว่ามีสาเหตุจากการกระทำของตนเองมิใช่เกิดจากโชคชะตา ความบังเอิญ หรือบุคคลที่มีอำนาจอยู่เหนือตน แบบวัดนี้มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีทั้งข้อความที่เป็นทางบวกและทางลบ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale)

ผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน สูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่ม (41.71)

ผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่ม (41.71)

4. ^{ไม่จำเป็น} ~~ความวิตกกังวล~~ หมายถึง ความวิตกกังวลขณะเผชิญสถานการณ์เป็นภาวะที่บุคคล
รู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน หรือรู้สึกว่าสวัสดิภาพของตนถูก
คุกคาม

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ หรือ
ความรู้สึกไม่สบายใจในระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งเกิดจากความห่วงกังวลต่อเหตุการณ์ข้างหน้าที่เขาคิดว่า
จะเกิดขึ้น และก่อให้เกิดผลในทางเลวร้าย แล้วแสดงออกมาเป็นความรู้สึกที่สามารถประเมิน
ได้จากมาตรวัดความวิตกกังวล โดยการประเมินทางสายตา (Visual Analogue Scale)
ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากมาตรวัดความวิตกกังวลของ วีเวอร์ส และโลวี (Wewers and Lowe.
1990 : 227 - 236) เป็นมาตรวัดที่มีการประเมินค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10 เซนติเมตร
โดยกำหนดให้เป็นความรู้สึกตั้งแต่ไม่มีความวิตกกังวลจนถึงมีความวิตกกังวลมากที่สุด โดยให้
ผู้ป่วยทำเครื่องหมายตัดขวาง หรือใช้ปลายปากกาขีดลงบนเส้นตรงที่เป็นมาตรวัดนี้ ตามความ
รู้สึกวิตกกังวลต่อการผ่าตัดที่มีในขณะนั้น หลังจากนั้น ผู้วิจัยใช้ไม้บรรทัดวัดความยาวจากจุด
ไม่มีความวิตกกังวลจนถึงจุดที่ผู้ป่วยทำเครื่องหมายไว้ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวัดหน่วยเป็น
มิลลิเมตรค่าที่ได้ คือ คะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้เป็นพื้นฐานของการวิจัย (ครั้งนี้) ด้วย (ฉบับร่าง)

1. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล และความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
 - เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล
 - เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
2. เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูล
3. เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางอารมณ์
4. เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา
 - งานวิจัยในประเทศ
 - งานวิจัยต่างประเทศ
6. สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) คำว่า "Anxiety" ในภาษากรีก หมายถึง กดให้แน่น หรือรัดให้แน่น (To Press Tight or To Strangle) ซึ่งเป็นความบีบคั้น และในภาษาละติน คำว่า "Anxious" หมายถึง ความแคบ หรือตีบตัน ซึ่งเป็นความไม่สุขสบาย ซึ่งจากรากศัพท์นี้ได้มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลแตกต่างกัน ดังนี้

ไรครอฟท์ (Rycroft. 1971 : 2) กล่าวว่า ความวิตกกังวล คือ อารมณ์ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับแรงขับตามธรรมชาติ เช่น ความหิว ความกระหาย และความต้องการอื่น ๆ เพื่อการอยู่รอด ส่วนใหญ่มีจุดเริ่มต้นจากความกลัวที่คาดหมายไว้ล่วงหน้า เป็นสภาพที่ตึงเครียด ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจซึ่งจำเป็นต้องจัดให้หมดไป และเป็นตัวการผลักดันให้มนุษย์กระทำพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งถือว่าเป็นแรงจูงใจ

เกรแฮม และคอนเลย์ (Graham and Conley. 1971 : 114) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากความกลัว หรือความไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากความนึกคิด หรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองว่า เป็นอันตราย ไม่สามารถกำหนดสาเหตุที่แน่ชัดได้ เป็นสัญญาณอย่างหนึ่งที่เตือนให้บุคคลเตรียมพร้อม เพื่อสู้กับเหตุการณ์ที่คุกคามนั้น

เลเดอร์ และมาร์คส์ (Lader and Marks. 1971 : 2, 5, 112) กล่าวว่า ความวิตกกังวลจะเกิดควบคู่ไปกับความเครียด หรือความรู้สึกถูกคุกคาม ความวิตกกังวลเป็นความกลัวต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้แน่ชัด และเป็นผลจากการประเมินว่า เหตุการณ์ที่เผชิญนั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพ

เบิร์ด (Bird. 1973 : 8) กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่าเป็นสัญญาณอันตรายของจิตใจที่จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบภาวะคับขัน หรือภาวะอันตราย

ลักแมน (Luckman. 1974 : 110) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะหนึ่งของมนุษย์ซึ่งมักจะประสบอยู่เสมอ แม้ว่าจะเป็นอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ แต่ความวิตกกังวลก็จัดเป็นส่วนประกอบที่จำเป็นของชีวิต ความวิตกกังวลจะก่อให้เกิดประโยชน์ หรือโทษนั้นขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง และความเหมาะสมของสถานการณ์

โกรน (Groen. 1975 : 733) เชื่อว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวข้องกับการคาดการณ์ล่วงหน้า หมายถึง ลักษณะที่ไม่น่าพึงพอใจที่เกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอันตราย หรือคับข้องใจที่คุกคามสวัสดิภาพ ภาวะสมดุล หรือวิถีชีวิตของบุคคล หรือกลุ่มสังคมนั้น และให้ข้อสังเกตไว้ว่าตัวของเหตุการณ์ไม่โชติตัวก่อให้เกิดความวิตกกังวลโดยตรงแต่การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ทำให้เกิดความวิตกกังวล

เคนแกน (Kagan. 1976 : 295 - 302) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นสภาพที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ บอกไม่ได้ว่ากังวลถึงอะไร มีความหมายใกล้เคียงกับความกลัว แต่ยากที่จะแยกสองคำนี้ออกจากกัน ความวิตกกังวลนี้ไม่สามารถจะบอกถึงสิ่งที่กังวลได้อย่างความกลัว ความวิตกกังวลส่วนใหญ่จะหาสาเหตุไม่พบ เพียงแต่มีความรู้สึกกังวล ไม่สบายใจ รู้สึกเคร่งเครียด อารมณ์ขึ้น - ลง โต้ตอบซ้ำ โกรธง่าย มีอารมณ์ยากแก่การพยากรณ์

สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger. 1976 : 177) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น และตึงเครียด ซึ่งมักเกิดร่วมกับการเปลี่ยน

แปลงทางสรีรวิทยา เช่น มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonervous System) เพิ่มขึ้น

แวนเดอร์ฮอร์สท์ (Vanderhorst. 1980 : 403) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาจิตสรีรวิทยาของบุคคลต่อสิ่งคุกคามภายในที่ไม่สามารถแยกสิ่งคุกคามนั้นออกด้วยตัวของมันเอง เป็นความรู้สึกยุ่งยากใจ เลื่อนกลาง ไม่สบาย บุคคลที่ประสบความวิตกกังวลจะรู้สึกถึงความรู้สึกนั้นเอง

เบอร์เจสส์ (Burgess. 1981 : 30) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นภาวะที่มีความกดดัน ทำให้รู้สึกมีความตึงเครียด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น รู้สึกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น และเกิดมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย

แมรีเนสส์ (Mareness. 1982 : 86) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกไม่แน่ใจในเคราะห์กรรมที่จะมาถึง ซึ่งเป็นความรู้สึกน่าเบื่อ หรือกลัวอันตราย ซึ่งคิดว่าอาจเกิดขึ้นแต่ไม่รู้ว่าอะไร

จำลอง ดิษยวณิช (2531 : 68) ได้ให้คำจำกัดความของความวิตกกังวล ว่าความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัยอย่างหนึ่ง (Subjective Feeling) ของความไม่สบายใจ (Uneasiness) และความหวาดหวั่น (Apprehensive) เกี่ยวกับการคุกคามบางอย่างที่จะมาถึงซึ่งไม่ทราบว่าเป็น อะไร การคุกคามมักเกี่ยวข้องกับร่างกาย เช่น มีสิ่งที่ทำให้ร่างกายบาดเจ็บ เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ส่วนทางจิตใจ มักเป็นการคุกคามต่อการยกย่อง หรือศักดิ์ศรีของตนเอง (Self - Esteem) และความพาสัก (Well Being)

ได้มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลเป็นจำนวนมาก พอสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกกระวนกระวาย ไม่สบายใจ เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล มีสาเหตุไม่แน่นอน อาจเกิดขึ้นได้เสมอในชีวิตประจำวัน มีผลต่อร่างกายและจิตใจ การแสดงออกขึ้นอยู่กับบุคลิก ลักษณะ และพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ

ทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ตามทฤษฎีของ ฟรอยด์ (ปราโมทย์ เชาวศิษฐ์. 2526 : 36 - 42 ;

อ้างอิง มาจาก Freud. 1946) กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่า จะเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติเมื่อ Ego ถูกแรงกระตุ้นอย่างรุนแรงเกินกว่าที่ Ego จะสามารถจัดการหรือควบคุมได้ แรงกระตุ้นนี้

อาจมาจากสาเหตุภายนอก หรือภายในตัวเราก็ได้ แต่ส่วนมากมักมาจากสาเหตุภายในตัวคือ แรงขับ หรือ Id พรอยด์ กล่าวว่า เมื่อ Ego ได้รับหรือกำลังเผชิญกับอันตราย หรือสิ่งที่ไม่ชอบใจก็จะทำให้ร่างกาย เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ และแล้วก็ถึงขั้นของการพยายามที่จะให้ความวิตกกังวลหมดไป Ego ก็อาจจะใช้วิธีเก็บกด (Repression) ความวิตกกังวลเหล่านั้นไว้ ความวิตกกังวลใจนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับ ความกลัวต่างกันที่ว่า ความกลัวนั้นมันมีสิ่งที่เรา รู้สึกกลัวอยู่จริง ๆ แต่ความวิตกกังวล เกิดจากอันตรายที่ไม่รู้จัก หรืออาจจะไม่มีอยู่จริงก็ได้

พรอยด์ แบ่งความวิตกกังวลใจ ออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. Objective Anxiety เป็นความวิตกกังวลใจกับอันตรายที่มีอยู่จริง เช่น กลัวขโมย กลัวสถานที่ที่ไม่น่าไว้วางใจ กลัวสัตว์มีพิษ กลัวการสอบซึ่งทำไปแล้วไม่ดี ก็เลยกลัวว่าจะสอบตก เป็นต้น

2. Neurotic Anxiety หมายถึง ความวิตกกังวลในอันตรายที่มองไม่เห็น หรือไม่รู้จัก หรือเหตุการณ์ซึ่งไม่เป็นความจริง หรือบางครั้งมีสาเหตุของความวิตกกังวลเพียงชนิดเดียว แต่มีปฏิกิริยาโต้ตอบมากเกินไป ซึ่งเป็นลักษณะหนึ่งของอาการทางโรคประสาท

3. Moral Anxiety หมายถึง ความกังวลใจ ความรู้สึกผิด ความละอายต่อบาป มันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพราะ Super Ego เช่นผู้สั่งการกลัวว่าจะได้รับการลงโทษ ถ้าหากว่ากระทำการอะไรที่ผิดกับมโนธรรมหรือศีลธรรมอันดีงาม

พรอยด์ กล่าวว่า ความวิตกกังวล มีสาเหตุสำคัญอยู่ 2 ประการคือ

1. เกิดโดยไม่ตั้งใจ หรือโดยอัตโนมัติ เมื่อสภาพอันตรายจะเกิดขึ้น
2. เกิดขึ้นเพราะ Ego พยายามจะหลีกเลี่ยง สภาพการณ์อันตรายนั้น ๆ

ส่วน ซัลลิแวน (นวลละอ อสุภผล. 2527 : 161 ; อ้างอิงมาจาก Sullivan)

เจ้าของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (The Interpersonal Theory) กล่าวถึง ความตึงเครียดของความวิตกกังวล (The Tension of Anxiety) ว่าเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย แม้ว่าสิ่งที่มาสู่เข็ญ จะมีจริงหรือไม่ก็ตามบุคคลอาจรู้สึกวิตกกังวลจากสิ่งที่วาดภาพขึ้นมาเองได้ ซัลลิแวน ให้ความสำคัญในเรื่องความตึงเครียดของความวิตกกังวลว่า "การที่แม่แสดงความวิตกกังวลในสีหน้า น้ำเสียงและท่าทางทำให้ทารกเกิดความวิตกกังวล เช่นเดียวกับแม่ การถ่ายทอดดังกล่าวนี้ เกิดขึ้นจากกระบวนการความสัมพันธ์ภายในระหว่างบุคคลซึ่งเกิดจากความรู้สึกร่วม" เหตุผลดังกล่าวนี้ สามารถพิสูจน์ได้ว่า เป็นความจริง ความตึงเครียดของความวิตกกังวล ซึ่งเกิดกับทารกในระยะแรก ๆ นี้ จะคงอยู่ในตัวของทารก

และกลายเป็นสิ่งแวดล้อมส่วนตัว (Personal Environment) ซึ่งผลที่เกิดขึ้นในระยะต่อมา เมื่อทารกเจริญเติบโตขึ้น คือจะกลายเป็นคนที่มีความรู้สึกไวต่อความวิตกกังวลในสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว โดยเฉพาะความวิตกกังวลในเรื่อง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

นอกจากนี้ นักทฤษฎีการเรียนรู้ (จิตรา วสุวานิช. 2522 : อ้างอิงมาจาก Dollard and Miller. n.d.) กล่าวถึงความสำคัญของความวิตกกังวล หรือความกลัว ว่าเป็น แรงขับของพฤติกรรมของมนุษย์ ดังนี้คือ

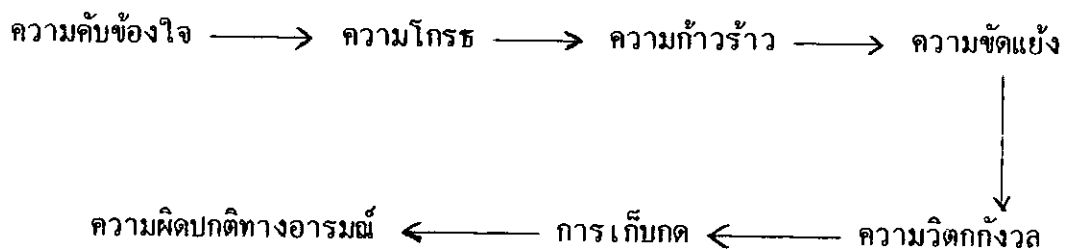
1. เป็นแรงขับที่มีพลังมาก
2. ความวิตกกังวลจากสิ่งหนึ่ง อาจทำให้เกิดความวิตกกังวลไปยังสิ่งอื่นได้โดยง่าย
3. เป็นแรงจูงใจให้เกิดการหยุดชะงักการโต้ตอบในพฤติกรรมที่มีความคับข้องใจที่เกิดขึ้น

สาเหตุของความวิตกกังวล

ลาฟลิน (กนกพร สุคำวัง. 2527 : 40 ; อ้างอิงมาจาก Laughlin. n.d.) ได้แบ่งสาเหตุการเกิดความวิตกกังวล ออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. ความวิตกกังวลในวัยทารก มีสาเหตุเนื่องมาจาก
 - 1.1 การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นความวิตกกังวลตั้งแต่แรกคลอดเนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาบิดา มารดา เชื่อว่าเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อีกในภายหลัง ความวิตกกังวลชนิดนี้จะถูกกระตุ้นขึ้นมาอีก ดังนั้นการช่วยเหลือตนเองไม่ได้จึงเป็นแหล่งกำเนิดความวิตกกังวลทั้งในวัยทารก และวัยผู้ใหญ่
 - 1.2 การพลัดพราก จากการที่ต้องพึ่งพาการเลี้ยงดูจาก บิดา มารดา โดยเฉพาะมารดา ดังนั้นการพลัดพรากจากมารดาจึงก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก
- การพลัดพรากในวัยนี้ จะก่อให้เกิดผลต่อเนื่องไปภายหลัง และเป็นแหล่งกำเนิดของความวิตกกังวลที่สำคัญในวัยผู้ใหญ่ ความรู้สึกเกี่ยวกับการพลัดพรากจะถูกเก็บกดไว้เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง หรือคล้ายคลึงกันจะกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลได้
- 1.3 การขาดแคลน และการสูญเสีย การที่ทารกสูญเสียความสุขสบายที่เคยได้รับหรือการขาดแคลนปัจจัยที่เป็นสิ่งจำเป็น จะเป็นการคุกคามต่อทารก และเกิดผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ได้

1.4 ความคับข้องใจ จะก่อให้เกิดอารมณ์ต่าง ๆ ตามลำดับ คือ เมื่อเกิดความคับข้องใจจะก่อให้เกิดความโกรธ ความโกรธก่อให้เกิดความก้าวร้าว และส่งผลให้เกิดความขัดแย้ง ความขัดแย้ง จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ ต่อมาเมื่อบุคคลเก็บกดอารมณ์นี้ไว้ ผลของการเก็บกดอารมณ์นี้จะก่อให้เกิดความผิดปกติขึ้นได้ แต่ความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นนี้ จะขึ้นกับองค์ประกอบด้านอื่น ๆ ของบุคคลนั้นด้วย ลำดับของอารมณ์ต่าง ๆ เขียนเป็นความสัมพันธ์ได้ดังนี้



ภาพประกอบ 1 แสดงความสัมพันธ์ของลำดับอารมณ์ต่าง ๆ

1.5 การติดต่อของอารมณ์ พัฒนาการในวัยเด็ก มีขั้นตอนการเลียนแบบ บิดามารดา เด็กมีความรู้สึกไว และรับรู้ลักษณะอารมณ์ต่าง ๆ จากบุคคลใกล้ชิด เด็กจึงอาจมีพัฒนาการทางอารมณ์ มาจากการเลียนแบบ หรือติดต่อมาจากบุคคลใกล้ชิดได้

1.6 การไม่ยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด คือ การได้รับความรังเกียจ ชื่นเคียด หรือปฏิเสธจากบุคคลใกล้ชิด ความต้องการในเรื่องการยอมรับเป็นสิ่งสำคัญมาก การปฏิเสธไม่ได้รับการยอมรับจะมีผลต่อพัฒนาการของเด็กต่อไปภายหลัง

1.7 สิ่งคุกคามทางร่างกาย ได้แก่ สิ่งคุกคามภายนอก และสิ่งคุกคามภายใน รวมถึงการลงโทษทางร่างกาย ก่อให้เกิดความวิตกกังวล แก่ทารกได้

1.8 เหตุการณ์สำคัญ เหตุการณ์เฉพาะบางอย่างที่เกิดขึ้นในวัยเด็กจะมีผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ นอกจากจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างเฉียบพลันแล้ว ยังอาจมีส่วนทำให้เกิดความผิดปกติตามมาภายหลังได้ เช่น การตายของบิดา มารดา พี่น้อง การย้ายที่อยู่ใหม่ หรือการเกิดอุบัติเหตุ

2. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นภายหลัง ความวิตกกังวลในระยะนี้ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในวัยทารก เชื่อว่า ความขัดแย้งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้น จะต้องเคยเกิดขึ้นมาก่อนและมีผลต่อเนื่องมาภายหลัง มีสาเหตุเนื่องมาจาก

2.1 ความขัดแย้งด้านโนธรรม ความขัดแย้งจะเกิดขึ้นเมื่อ บุคคลมีความต้องการทางสัญชาตญาณ ขัดแย้งกับโนธรรมประจำใจ ความขัดแย้งนี้ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางอารมณ์ซึ่งเป็นความขัดแย้งภายในจิตใจ และก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

2.2 การไม่ยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด ดังที่กล่าวแล้วว่า ทารกที่ได้รับการปฏิเสธจากบิดา มารดา อาจเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ต่อเนื่องตามมาภายหลังได้ในวัยผู้ใหญ่ การไม่ได้รับการยอมรับในสังคม จะมีผลต่อฐานะตนเอง และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความขัดแย้ง และความวิตกกังวลได้

2.3 ความขัดแย้งทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล ได้แก่ การทำ การพูด การคิดในสิ่งที่สังคมนั้นถือว่า ผิด หรือไม่เป็นที่ยอมรับ อาจมีผลทำให้ถูกตำหนิหรือทำให้ฐานะ ชื่อเสียง การยอมรับในตนเองสูญเสียไป จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

2.4 สิ่งคุกคามต่อการป้องกันรักษาตนเอง หมายถึง สิ่งคุกคามต่อบุคคล เนื่องจากสิ่งภายนอก ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกาย และจิตใจ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้น เรียกว่า เป็นความวิตกกังวลเฉพาะสถานการณ์ ได้แก่ ภัยธรรมชาติ การเจ็บป่วย รวมถึงการตั้งครรภ์ และการคลอด

2.5 การตอบสนองต่อภาวะที่เคยได้รับในอดีต ความทุกข์ทรมานที่บุคคลเคยได้รับเป็นอดีตจะยังคงแฝงอยู่ ในภายหลังเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่มีเพียงบางส่วนคล้ายคลึงกับความทุกข์ที่เคยได้รับนั้น ก็อาจจะเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาอีกได้

2.6 ความคับข้องใจ และความก้าวร้าว ความคับข้องใจ ความโกรธ หรือความก้าวร้าวจะแฝงอยู่ในจิตใจ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นก็จะเกิดขึ้นใหม่ และก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

2.7 ความหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีความหวั่นใจ หรือหวาดกลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล

2.8 เหตุการณ์เฉพาะที่กระทบกระเทือนอารมณ์ หมายถึง เหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล (Anxiety - Provoking Events) ได้แก่ การแต่งงาน การหย่าร้าง การตาย เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาถึงสาเหตุของความวิตกกังวล อีกหลายท่าน เช่น บาคราต (Bachrach. 1980 : 382) ลินน์ (Linn. 1980 : 1022 – 1023) จาลอง ดิชวณิช (2522 : 44) พอสรุปได้ดังนี้

1. สาเหตุทางร่างกาย และพันธุกรรม ความเชื่อในด้านนี้ยังไม่แน่นอน บางท่านเชื่อว่าผู้ที่มีร่างกายผอมบาง และสูงโปร่ง (Asthenic Constitution) มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวล ขึ้นง่าย ส่วนพันธุกรรมนั้น มีความสัมพันธ์ในแง่ที่ว่า อาจเป็นตัวกำหนดว่า คน ๆ นั้นถูกกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลโดยสิ่งเร้าจากภายนอกได้รวดเร็วเพียงใด อย่างไรก็ตาม เรื่องนี้ยังต้องการการศึกษาค้นคว้าต่อไป

2. ปัจจัยทางจิตใจ ส่วนมากเชื่อกันว่า เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากกว่าสาเหตุอื่น ความวิตกกังวลในวัยแรก ๆ ของชีวิต จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลในภายหลังได้

3. สาเหตุทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางด้านขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจ ลัทธิการเมือง กฎหมาย ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่วัยเด็ก เพราะสังคม และวัฒนธรรมจะถูกถ่ายทอดจากผู้เลี้ยงดูเด็กไปสู่เด็ก เมื่อสภาพเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เช่น มีปัญหาอาชญากรรม และอันธพาลสูง ปัญหาการว่างงาน การขาดความช่วยเหลือ และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในครอบครัว ความแตกร้างในครอบครัว การขาดผู้นำชุมชนที่ดี กระทั่งต่อชุมชน การติดต่อ สื่อสารต่าง ๆ เหล่านี้ มีส่วนคุกคามต่อภาวะจิตใจทั้งสิ้น เป็นปัจจัยให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

4. การเรียนรู้ มีทฤษฎีที่อธิบายพฤติกรรมนี้เป็น 3 วิธีคือ

4.1 การเรียนรู้แบบวางเงื่อนไข (Classical Conditioning) ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลอยู่แล้ว ไปพบนายจ้างซึ่งดุเขาหลายครั้ง การดุเป็นการสร้างเงื่อนไขทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ คือ ความกังวล เมื่อมีสิ่งเร้า 2 อย่าง คือ การถูกดุ และนายจ้าง เกิดร่วมกันบ่อย ๆ ทำให้บุคคลนั้น เกิดความรู้สึกวิตกกังวลเมื่อนายจ้าง ไม่ว่านายจ้างจะดุหรือไม่ก็ตาม เพราะนายจ้างกับความกังวลของเขามีความสัมพันธ์อย่างเป็นเงื่อนไขกัน

4.2 การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข และมีแรงเสริม (Operant Conditioning) จากความกังวลดังกล่าวข้างต้นถ้าได้รับการเสริมแรง (Reinforcement) โดยไม่รู้ตัวจากบิดา มารดา หรือคนใกล้ชิดด้วยการเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ และช่วยเหลือเวลาที่เขาวิตกกังวล ถ้าเขาได้รับแรงเสริมเช่นนั้นบ่อย ๆ ความวิตกกังวลจะฝังแน่นกลายเป็นนิสัยไป

4.3 การลอกเลียนแบบ (Modeling) บุคคลอาจเกิดความวิตกกังวลได้จาก บิดา มารดา ที่มีความวิตกกังวลอยู่เสมอ เขาได้เรียนรู้พฤติกรรมเช่นนี้ของบิดา มารดา เป็นประจำที่ลอกเลียนแบบมาเป็นบุคลิกลักษณะของตนได้

5. อายุ พัฒนาการในแต่ละวัยจะส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลได้ต่าง ๆ กัน

6. บัณฑิตทางชีวเคมี ผู้ป่วยที่เป็นโรคประสาทจะไวเร็ว (Sensitive) เป็น พิเศษต่อ แลคเตท (Lactate) ที่ถูกสร้างขึ้นอย่างมากจาก อีพิเนฟริน (Epinephrine) ที่ถูกสร้างเพิ่มขึ้น เกิดอาการวิตกกังวล ผ่านทางขบวนการทางชีวเคมีง่าย ๆ คือ มีสารประกอบ ของอนุภาคแคลเซียมกับอนุภาคแลคเตท ซึ่งเกิดขึ้นในช่องว่างระหว่างเซลล์เมมเบรนที่กำลังตื่นตัว เช่น ปลายประสาท การที่แลคเตท มีจำนวนมากจะรบกวนการทำงานของแคลเซียม ในการทำหน้าที่ส่งกระแสประสาท (Nerve Impulse)

อย่างไรก็ตาม สจีวิต และซันเดิน (Stuart and Sundeen. 1983 : 208) ได้แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวล ตามสิ่งที่คุกคามต่อบุคคล ออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. สิ่งคุกคามทางชีวภาพ (Threats to Biological Integrity) รวมถึงสิ่งที่ มารบกวนต่อความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามที่ทำให้ความ ไม่สมดุลในการดำรงชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลงได้แก่ การเจ็บป่วย การได้รับ อุบัติเหตุ การได้รับการผ่าตัด ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการพัฒนาการในวัย ต่าง ๆ เป็นต้น

2. สิ่งคุกคามต่อความเป็นตนเอง (Threats to Self - Esteem) เป็นถึง คุกคามที่เกิดจากความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่า และศักดิ์ศรีในตนเอง เช่น การเปลี่ยนแปลง บทบาทหน้าที่สู่บทบาทใหม่ เช่น เป็นผู้ป่วยซึ่งต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น การที่ต้องเปิดเผยร่างกาย ความกดดันทางด้านสังคม และวัฒนธรรม เป็นต้น

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

เบค (Beck. 1972 : 349) กล่าวว่า แม้สภาพการณ์ที่กดดัน จะมีส่วนสร้างให้เกิด ความวิตกกังวลได้ แต่สภาพการณ์เหล่านี้ เป็นตัวการทำให้เกิดความวิตกกังวลได้น้อยกว่าสภาพ การณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคล หากบุคคลได้รับรู้ถึงความกดดันมาก ก็มีแนวโน้มที่จะเกิด ความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ได้น้อย นั่นคือ องค์ประกอบด้านความคิดมีผลต่อการเกิด

ความวิตกกังวลยิ่งกว่าตัวสภาพการณ์ที่แท้จริง ประสบการณ์ของบุคคลก็เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้สภาพการณ์ ซึ่งไม่ร้ายแรงกลายเป็นสภาพการณ์ที่กดดันขึ้นอย่างมากได้ โดยบุคคลจะประเมินอันตรายที่จะเกิดขึ้นเกินความเป็นจริง ขณะเดียวกันก็ประเมินความสามารถของตนที่จะจัดการกับภavnนั้น ๆ ต่ำกว่าความเป็นจริงซึ่งทั้ง 2 ประเด็นนี้จะเป็นตัวเร้าให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้จะกลายเป็นตัวแฉะถึงสัญญาณอันตรายของสภาพการณ์นั้น

เกรย์ (Gray. 1978 : 81) ได้สรุปว่า องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล มี 3 ประการ คือ

1. สัญลักษณ์ (Symbols) ได้แก่ ความคิดเห็น (Ideas) มโนทัศน์ (Concepts) ค่านิยม (Values) หรือ ระบบของความคิด (Systems of Thought) ซึ่งบุคคลจะให้ความหมายของ สัญลักษณ์เหล่านี้ ทั้งต่อสิ่งภายนอกและภายในตนเอง เมื่อเกิดการคุกคาม หรือสูญเสียสัญลักษณ์เหล่านี้ทั้งต่อสิ่งภายนอกและภายในตนเอง ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้
2. การคาดการณ์ล่วงหน้า (Anticipation) คือ การประเมิน หรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะมาคุกคาม ทำให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในจิตสำนึก และจิตใต้สำนึก ความขัดแย้งนี้เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวล
3. ความไม่แน่นอน (Uncertainly) คือ ความคลุมเครือของเหตุการณ์ในอนาคต เป็นสิ่งที่ไม่อาจล่วงรู้ได้ และไม่แน่นอนซึ่งบุคคลรู้สึกว่าเป็นการคุกคาม มีผลก่อให้เกิดความวิตกกังวล

ขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล

ส่วนนี้ เกี่ยวกั้กับ แก้ว (2527 : 168 - 169) แสดงขั้นตอน การเกิดความวิตกกังวลไว้ดังนี้

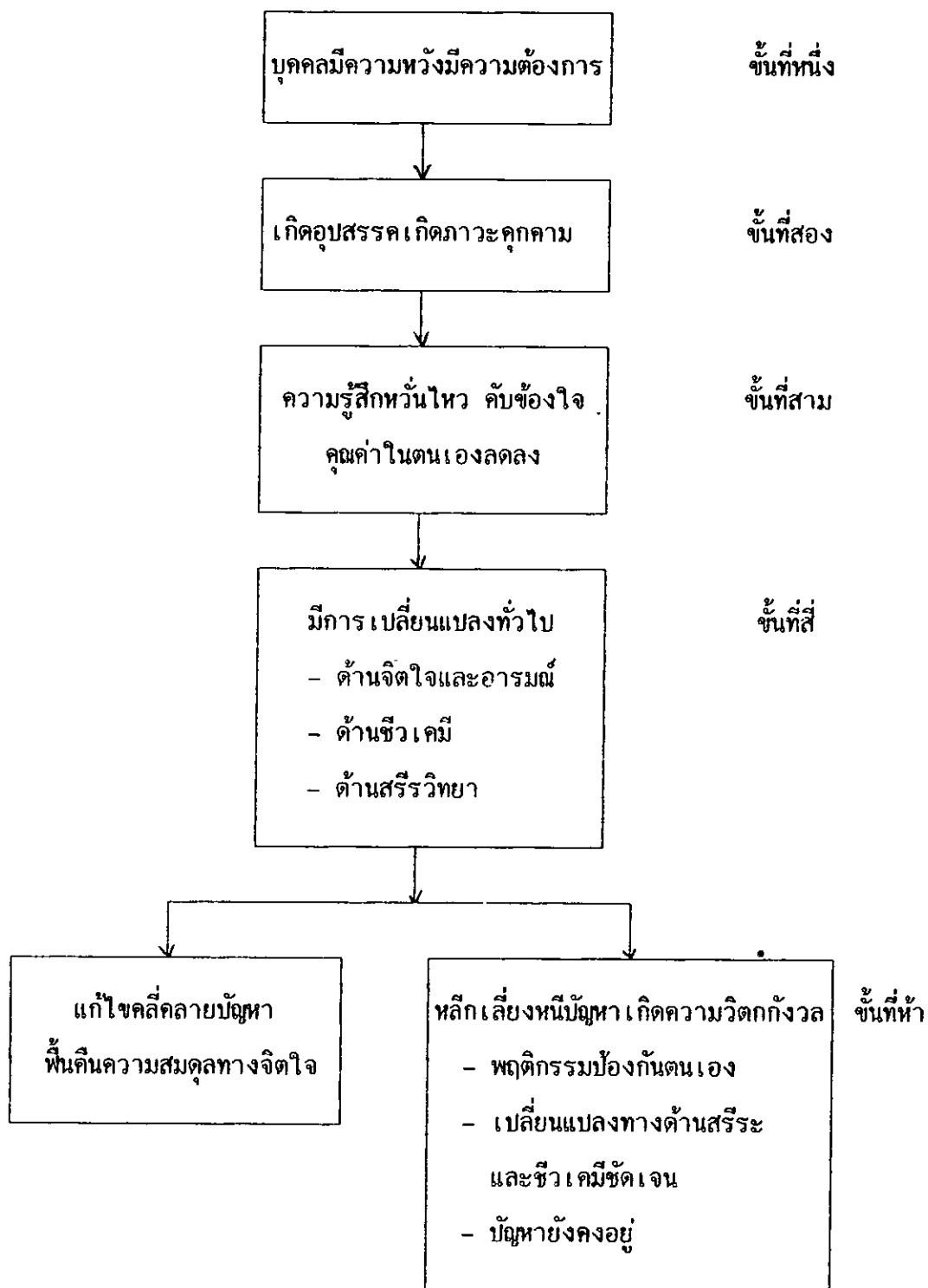
1. บุคคลมีความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเอง
2. ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม หรือภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเองถูกคุกคาม ทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์
3. บุคคลนั้นเกิดภาวะหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าอย่างไร (Sense of Helplessness and Powerlessness)

4. เกิดความรู้สึกอึดอัด กระวนกระวายใจขึ้น เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น
ภาวนี้เรียกว่า ความวิตกกังวล

5. บุคคลพยายามจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติ โดยเปลี่ยนพลังงานออกเป็น
พฤติกรรมอัตโนมัติ เช่น โกรธ เสียงดังขึ้น มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายมากขึ้น

6. เกิดความรู้สึกผ่อนคลายลง เกิดสมดุลทางจิตใจ และอารมณ์ขึ้นใหม่

ส่วน เพพลู (อุบล นิวัติชัย. 2527 ; อ้างอิงมาจาก Peplau. 1971 ;
Alexander and Parsons. 1987 : 70) ได้แบ่งขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล ออกเป็น
5 ขั้นตอน สรุปได้ดังนี้



ภาพประกอบ 2 ขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล

ทั้ง 5 ขั้นตอนนี้ บุคคลแต่ละคนอาจใช้เวลาต่างกันไปการผ่านขั้นตอนทั้งหมด ซึ่งขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความแตกต่างระหว่างบุคคล และประสบการณ์ในอดีต ถ้าบุคคลไม่สามารถผ่านขั้นตอนเหล่านี้ไปได้ จะทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้น

ประเภทของความวิตกกังวล

ซาราสัน (Sarason and Others. 1962 : 7 - 11) แบ่งความวิตกกังวล ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป (General anxiety)
2. ความวิตกกังวลเฉพาะบางสถานการณ์ (Specific Anxiety) เช่น ความวิตกกังวลในการสอบ

คัทเทล และเซียร์ (Cattell and Sear. 1961) ลาซารัส (Lazarus. 1966) และ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger. 1966) แบ่งความวิตกกังวล ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (State Anxiety หรือ Situational หรือ Acute Anxiety) หมายถึง ความวิตกกังวลซึ่งเกิดกับบุคคลแต่ละคนในบางสถานการณ์เท่านั้น ความเข้มข้นของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะอยู่กับความเข้มของสิ่งเร้า ความวิตกกังวล ประเภทนี้ จะมีความเข้มข้นสูง แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะคงอยู่ในช่วงเวลาอันสั้น หรือกล่าวได้ว่า ความวิตกกังวลประเภทนี้ จะมีมาก หรือน้อย ขึ้นอยู่กับความเข้มของสถานการณ์ และช่วงเวลาที่เกิด เช่นก่อนการผ่าตัดบุคคลจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าหลังการผ่าตัด

2. ความวิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคล (Trait Anxiety) หรือ Chronic Anxiety) ความวิตกกังวลประเภทนี้ มักจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน จนเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ บุคคลที่มีความวิตกกังวลประเภทนี้ จะเกิดความวิตกกังวลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไปทุกสถานการณ์ และโดยทั่ว ๆ ไปทุกคนจะมีความวิตกกังวลประเภทนี้โดยไม่รู้ตัว เป็นความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับลักษณะต่าง ๆ ทางบุคลิกภาพ ความวิตกกังวลจะมีระดับต่าง ๆ คล้ายคลึงกับการแบ่งระดับเชาวิบุณยา ซึ่งจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยมีได้ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตามระดับความวิตกกังวลซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (State Anxiety) นั้น

จะขึ้นอยู่กับความวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะคงที่ของบุคคล (Trait Anxiety) ด้วย กล่าวคือ คนที่มีความวิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะคงที่สูง ย่อมมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้มาก และมีความเข้มในระดับสูงด้วย

ส่วนนี้ ดันตีพัฒนานันท์ (2522 : 130 - 131) จำแนกความวิตกกังวลในคนปกติ และคนป่วยออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. ความวิตกกังวลแบบปกติ (Normal anxiety) ได้แก่ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นแหล่งของพลังงานที่กระตุ้นให้บุคคลมีพลังงานในการต่อสู้เพื่อดำรงชีวิต เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลคิดวางแผน เพื่อหาทางเอาชนะอุปสรรคที่มาขัดขวาง ความวิตกกังวลประเภทนี้ จะเกิดขึ้นได้สัดส่วน กับสิ่งกระตุ้น และจะเกิดขึ้นไม่นาน เมื่อตัวกระตุ้นลดลง ความวิตกกังวลก็จะลดลงตามไปด้วย พบได้ในขณะที่บุคคลประสบกับภาวะฉุกเฉินทางจิตวิทยาของตน เช่น ความเจ็บป่วย ภาวะการสอบไล่ เป็นต้น

2. ความวิตกกังวลในโรคประสาท (Neurotic Anxiety) เป็นภาวะความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นไม่ได้สัดส่วนกับตัวกระตุ้น นั่นคือ สาเหตุของความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย ทำให้บุคคลตื่นกลัว และตอบสนองต่อสภาวะความวิตกกังวลเกินขอบเขต

3. ความวิตกกังวลที่เป็นพยาธิสภาพ หรือ ความวิตกกังวลเรื้อรัง (Pathogenic or Chronic Anxiety) เป็นภาวะที่ตึงเครียดตลอดเวลา สาเหตุของความวิตกกังวลแบบนี้ มักเกี่ยวกับสิ่งที่เก็บกดไว้หรือ ข้อขัดแย้งที่บุคคลยอมรับไม่ได้ มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นพฤติกรรมชนิดโรคประสาท หรือโรคจิตทั้งหลาย

ในการวิจัยครั้งนี้ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด หมายถึง ความวิตกกังวลซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (State Anxiety)

ระดับของความวิตกกังวล

องค์การอนามัยโลก (เอกสารอัตราส่วนขององค์การอนามัยโลก. ม.ป.ป.) ได้แบ่งความวิตกกังวล ออกเป็น 6 ระดับ คือ

1. ระดับปราศจากความวิตกกังวล (Ataraxy - 1) เป็นระดับที่มีความวิตกกังวลน้อยจนไม่สามารถจะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมได้ ถือว่าไม่ปกติ พบได้ในคนที่เกิดอาการตกใจทันทีทันใดแล้วเงียบเฉยไปเลย หรือในผู้ป่วยที่ได้รับยาหล่อมประสาทขนาดหนัก และผู้ที่อยู่ในภาวะ Semicconscious หรือ Unconscious ซึ่งไม่มีการรับรู้ความรู้สึกภายนอก

2. ระดับปกติ (Well Being 0) พบได้ทั่วไป เป็นระดับที่บุคคลเกิดความรู้สึกสบาย ได้พักผ่อนเกิดขึ้นเมื่อได้รับประสบการณ์ที่พอใจ มีความวิตกกังวล แต่ก็สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันสมควร

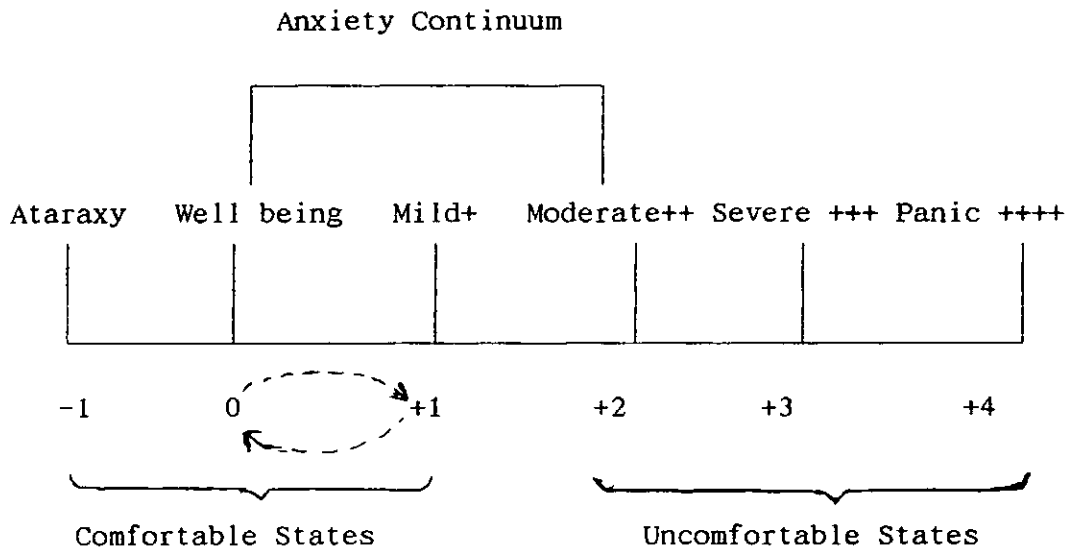
3. ความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย (Mild Anxiety + 1) ความวิตกกังวลในระดับนี้ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกตื่นเต้นมากขึ้น บุคคลยังสามารถสังเกตความแตกต่างของสิ่งแวดล้อมได้ สามารถมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันที และสามารถอธิบายความแตกต่างได้ ความรู้สึกไม่สบายในระดับนี้จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลทำงานแก้ปัญหาได้ ช่วยให้ตื่นตัวในการดูแลสุขภาพ มีสมาธิจดจ่อได้แม่นยำ เพิ่มการรับรู้และความตั้งใจ ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่สร้างความวิตกกังวลได้ ความวิตกกังวลในระดับนี้เป็นการเตรียมพร้อมที่จะรับรู้ และปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ ในคนปกติเมื่อเกิดความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อยจะสามารถปรับตัวกลับมาเป็นระดับปกติได้

4. ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate Anxiety + 2) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะทำให้บุคคลมีความไม่สบายใจมากขึ้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ การรับรู้ของบุคคลเริ่มแคบลง มีแรงผลักดันมากขึ้น ตื่นตัวมากขึ้น ว่องไวมากจนเกือบลุลลุกลอน อาจมีการปรับตัวแบบสู้ หรือหนี

5. ความวิตกกังวลที่รุนแรง (Severe Anxiety + 3) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะทำให้บุคคลมีคว ามกระวนกระวาย การรับรู้แคบมาก สติสัมปชัญญะจะลดลง การมองบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมจะแปรปรวนไป บุคคลจะไม่สามารถเข้าใจความจริงที่เกิดขึ้น คมคุมตนเองไม่ได้ รู้สึกตัวเพิ่มมากขึ้น

มีอาการกระสับกระส่ายเห็นได้ชัดเจน อาจจะพูดมาก และพูดเร็วขึ้น ไม่สามารถทำลายความรู้สึกไม่สบายใจได้

6. ความวิตกกังวลอย่างรุนแรงที่สุด หรือขวัญหนีดีฝ่อ (Panic + 4) เป็นภาวะที่บุคคลตื่นกลัวสุดขีด ควบคุมตัวเองไม่ได้ และอาจจะเกิดอันตรายได้ การรับรู้เสีย ความตั้งใจลดลง ไม่รับความจริง จาไม่แน่นอน ไม่สามารถตัดสินใจ หรือควบคุมความรู้สึกและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อได้มีความผิดปกติทางความคิดและบุคลิกลภาพ บุคคลจะได้สามารถช่วยตัวเองให้พ้นจากภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลใด ๆ ได้ จะมีอาการซึมเศร้าสุดขีด

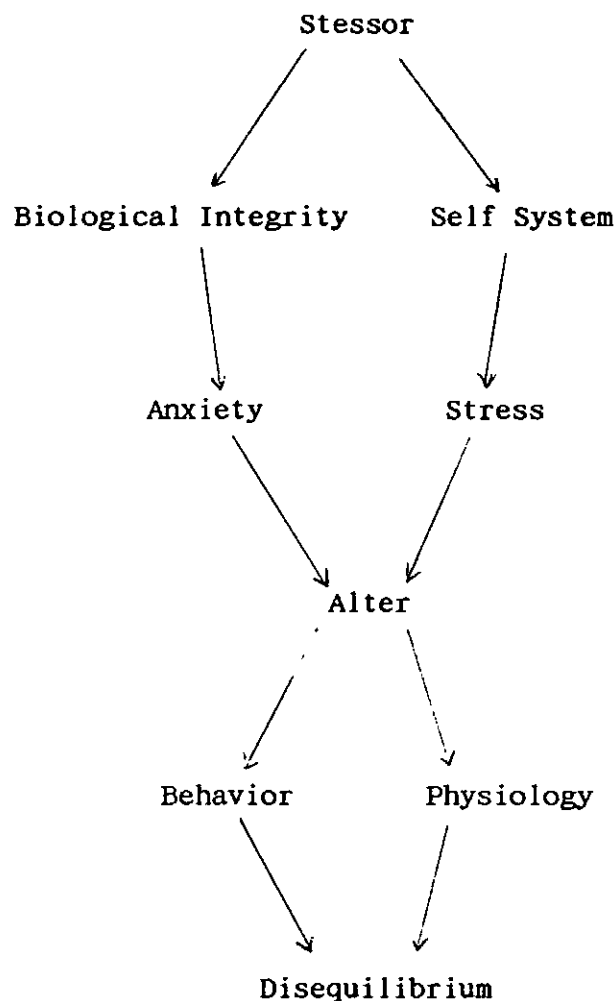


ภาพประกอบ 3 แผนภูมิแสดงระดับของความวิตกกังวล

ในระดับ Mild ประสาททั้งหลายมีความพร้อม ตื่นตัว ถ้าระดับความวิตกกังวลสูงจะมีผลเสียอย่างมาก ในระยะ Panic นี้จะเห็นได้จากการตื่นตกใจ วังหนี่ ไม่กลัวคน วังไปเป็นฝูงใหญ่ ๆ

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล จะมีการเปลี่ยนแปลง สูญเสียความสุข และจะปรับให้มีความสุข ถ้าไม่ปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลจะทำให้บุคลิกภาพเสียไป เช่น ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษา เมื่อแพทย์ให้รักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงในแง่ความรู้สึกจะแตกต่างกัน เช่น คนที่เป็นมะเร็ง คนที่มีภาวะเศรษฐกิจต่างกัน ก็จะมี ความวิตกกังวลต่างกันไป (พานัน

บุญหลง. 2528 : 147)



ภาพประกอบ 4 แผนภูมิแสดงกลไกรบกวนความสมดุล

การวัดระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นภาวะของร่างกาย และอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม ซึ่งมีการแสดงออกแตกต่างกันไป สามารถประเมินวัดระดับความวิตกกังวล ได้ 4 วิธี (Endler and Edward. 1982 : 41 ; citing อ้างอิงมาจาก Levitt. 1967) คือ

1. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological Measure of Anxiety) โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต การหลั่งของน้ำลาย

การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต การเกร็งของกล้ามเนื้อ การตึงของผิวหนัง การตรวจคลื่นสมอง เป็นต้น

2. การวัดโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self - Report Measure of Anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลของตนเอง โดยการตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ แล้วนำมาวัดว่ามีระดับใด แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลมีผู้สร้างขึ้นให้หลายชนิด เช่น แบบวัดความวิตกกังวลแบบ STAI (The State - Trait Anxiety Inventory) ของสปีลเบอร์กเกอร์ (Spielberger)

3. การวัดโดยใช้เทคนิคการฉายออก (Projective Technique) ได้แก่ แบบวัดของโรชารค์ (Rorschach) ซึ่งต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้แปล

4. การวัดโดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior Measure of Anxiety) โดยการสังเกตอาการที่แสดงออก ซึ่งเป็นปฏิกิริยาสะท้อนจากอารมณ์ภายในใจ เช่น อาการกระสับกระส่าย ลุกลุกนอน หลอนหายใจ ลักษณะการพูดเปลี่ยนไป เช่น พูดเร็วหรือช้าลง หงุดหงิด ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ ร้องไห้ เป็นต้น ซึ่งสังเกตจากแบบสังเกตพฤติกรรม TBCL (Timed Behavior Check List)

ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล มีผลต่อบุคคลทั้งทางร่างกาย ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งสรุปผลของความวิตกกังวล ได้ดังนี้ (ทองแท้ สีลาขาว. 2536 : 27 - 28 ; อ้างอิงมาจาก สาโรจน์ ประักษ์ขาม และคนอื่น ๆ. 2529 : 310, 315 - 320 ; สุวินัย ดันดีพัฒนานันท์. 2522 : 127 - 130 ; Bacher and Suinn. 1982 : 391 - 442 ; Izard. 1972 : 37 - 41)

1. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี และสรีรวิทยา

1.1 มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ระบบประสาท เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล

สมองส่วนซีรีบรัม (Cerebrum) กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) และไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งต่อมพิทูอิทารี จะหลั่ง ACTH (Adenocorticotrophic Hormone) ไปกระตุ้นส่วน Cortex ของต่อม แอดรีนอล (Adrenal Gland) ทำให้หลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคอยด์ (Corticoid Hormone) มีผลทำให้ร่างกายทนทานต่อภาวะความวิตกกังวลได้ดีขึ้น

ส่วนไฮโปทาลามัส หรือที่เราเรียกว่า ศูนย์กลางอารมณ์ (The Seat of Emotion) เป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ สมองส่วนนี้จะส่งกระแสไปตามระบบประสาทอัตโนมัติไปที่เมดูลลา (Medulla) ของต่อมแอดรีนอล ทำให้มีการหลั่งของอิพิเนพรีน (Epinephrine) ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเต้นเร็ว เกร็งเตรียมสู้ (Fight) หรือหนี (Flight) เราจึงพบได้เสมอว่าผู้ที่อยู่ในภาวะวิตกกังวลมีผลกำลังมากมาย สามารถทำในสิ่งที่ยามปกติทำไม่ได้

1.2 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเคมี ในภาวะวิตกกังวล ฮอร์โมนต่าง ๆ จะถูกขับออกมาสู่กระแสโลหิตมากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จะมีหน้าที่ควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ (Electrolyte) ต่าง ๆ ในร่างกาย การเผาผลาญอาหาร มีการทำลายไกลโคเจน (Glycogen) ในตับและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น

1.3 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล โดยทั่วไประดับของความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย และระดับปานกลาง จะเพิ่มการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจจะเต้นเร็วและถี่ขึ้น การหายใจจะลึก และเร็วขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย และความดันโลหิต ประจำเดือนเปลี่ยนแปลง บัสสาวะบ่อย น้ำตาลถูกขับออกมาจากตับมากขึ้น ทำให้ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น ม่านตาขยาย นอนไม่หลับ กล้ามเนื้อเกร็งโดยเฉพาะที่คอ ตัวสั่น เป็นต้น ถ้ามีความวิตกกังวลมากขึ้น การทำงานของระบบต่าง ๆ อาจจะหยุดชะงักไป (Paralyze) ซึ่งอยู่ในระดับที่มีความวิตกกังวลอย่างรุนแรงที่สุด (Panic)

2. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์

ความวิตกกังวลทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น เกิดความตึงเครียด และความกลัวซึ่งอาจแสดงออกมาในลักษณะต่าง ๆ เช่น ตกใจง่าย หงุดหงิด โกรธ กระสับกระส่าย โสกเศร้า เสียใจ ร้องไห้ง่าย เหนื่อยหน่าย เป็นต้น

3. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ การรับรู้ การเรียนรู้

3.1 ผลของความวิตกกังวลต่อระบบความคิด ทำให้ความคิดสับสน ย้ำคิด ย้ำทำ ตัดสินใจช้า ความคิดคับแคบ และไม่ยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา บุคคลที่มีความวิตกกังวลมีแนวโน้มที่จะคิดไปในทางลดคุณค่าของตนเอง

3.2 ผลของความวิตกกังวลต่อระบบความจำ สมาธิ ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยทำให้การจำได้มากขึ้น ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย และปานกลาง จะทำให้สมาธิดีขึ้นแต่ในระดับรุนแรงและระดับรุนแรงที่สุดนั้น สมาธิอาจลดลง บุคคลในภาวะนี้จะกระสับกระส่าย และไม่อยู่นิ่ง

3.3 ผลของความวิตกกังวลต่อการรับรู้ การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ความสามารถในการสังเกตจะเพิ่มขึ้น หรือลดลง ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวลถ้าในระดับเล็กน้อยจะช่วยให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัวดี ทำให้สามารถรับรู้ได้ดีขึ้น การเก็บข้อมูลรอบตัวจะทำได้มากกว่าปกติ ในระดับปานกลางยังคงทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัวอยู่ และขอบเขตการรับรู้จะแคบลง รู้เฉพาะสิ่งที่เลือกสรรแล้ว บอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ ในระดับรุนแรงที่สุด การสังเกตจะแคบลงมาก การรับรู้ผิดพลาด และไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

3.4 ผลของความวิตกกังวล ต่อการเรียนรู้ และการปรับตัว ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง ถ้าบุคคลนั้นมีทักษะอยู่แล้ว ก็สามารถนำทักษะนั้นมาช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าความวิตกกังวลระดับรุนแรง และรุนแรงที่สุดแล้ว ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ก็ตามจะไม่มีโอกาสได้ใช้ทักษะนั้นเลย พฤติกรรมจะเป็นไปในรูปของการจัดภาวะความวิตกกังวล ซึ่งโดยมากเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติที่ไม่ต้องคิดก่อน

4. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมการแสดงออก

เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้น พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา (Acting - Out Behavior) โดยมากจะเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ พฤติกรรมเหล่านี้ จำแนกได้ 4 กลุ่มใหญ่ คือ

4.1 พฤติกรรมที่แสดงความรู้สึกภายในออกมา ทั้งแบบเปิดเผย (Overt Behavior) ได้แก่ อาการหงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ ทำทางกระสับกระส่าย หรือแบบซ่อนเร้น (Covert Behavior) ได้แก่ ความรู้สึกขุ่นเคือง ไม่เป็นมิตร และอาจแสดงออกในรูปอื่น เช่น พฤติกรรมโรคจิต โรคประสาททั้งหลาย

4.2 การลดภาวะความวิตกกังวล (Somatizing) โดยการเบนความสนใจ ไปสู่อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วยจิตสรีรแปรปรวน (Psychosomatic Disorder)ทั้งหลายทำให้ความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้น้อยลง

4.3 การชะงักงันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Freezing to The Spot) ได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ เก็บกดความรู้สึกภายใน และกลายเป็นอาการซึมเศร้า มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ

4.4 พฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความวิตกกังวล และทำความเข้าใจในสาเหตุ (Using The Anxiety in the Service of Learning) เพื่อหาวิธีในการจัดภาวะความวิตกกังวล ซึ่งทำให้อึดอัดไม่สบายขึ้น

ซุง (Zung. 1971 : 371 - 372) ได้กล่าวถึง การแสดงออกเมื่อมีความวิตกกังวลไว้ดังนี้ ลักษณะอาการทางอารมณ์ (Affective Symptoms) รู้สึกหวาดหวั่น พุ้งขาน กังวล หงุดหงิด เสียใจ ตกใจง่าย รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ กลัวอย่างไม่มีเหตุผล คาดคิดถึงอันตราย กลัวตาย ลักษณะอาการทางกาย (Somatic Symptoms) ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก ได้แก่ กล้ามเนื้อตึง ตัวสั่น กระตุก เมื่อยล้า ล่อนเพลีย ปวดศีรษะ คอและหลัง ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาการใจสั่น หัวใจหรือชีพจรเต้นแรง หอบ เจ็บหน้าอก ระบบหายใจ ได้แก่ หายใจแรง เร็ว ตื้น วิ่งเวียน แน่นหน้าอก เป็นลม หายใจไม่ออก ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเดิน ระบบขับถ่าย ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ระบบผิวหนัง ได้แก่ หน้าแดง หรือซีด เหงื่อออกตามฝ่ามือ ระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ อาการหลงลืมง่าย ขาดสมาธิ จุนเจียวง่าย พ้นร้าย

กลวิธีเผชิญกับความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ซึ่งเป็นกลไกตามธรรมชาติที่บุคคลพยายามปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุลทางจิตใจไว้

เมนนิ่งเจอร์ (Stuart and Sundeen. 1983 : 208 - 209 ; citing Menninger. n.d.) ได้อธิบายถึงกลไกการเผชิญปัญหาที่บุคคลใช้เพื่อจัดการความวิตกกังวลในระดับต่าง ๆ ดังนี้

ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย บุคคลพยายามจัดการโดยการร้องไห้ นอนหลับ การกินหัวเราะ สบต การออกกำลังกาย พ้นกลางวัน และพฤติกรรมทางปาก เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล บุคคลที่เกิดความวิตกกังวลจะแก้ปัญหาโดยการเมินเฉย ไม่สนใจ ใช้คำพูดซ้ำ ๆ และระมัดระวังไม่ให้คนอื่นล่วงล้ำเข้ามาใกล้ของตน

ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ถึงระดับรุนแรงที่สุด ต้องใช้พลังงานในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น เพื่อเผชิญกับสิ่งคุกคาม ซึ่งได้แก่

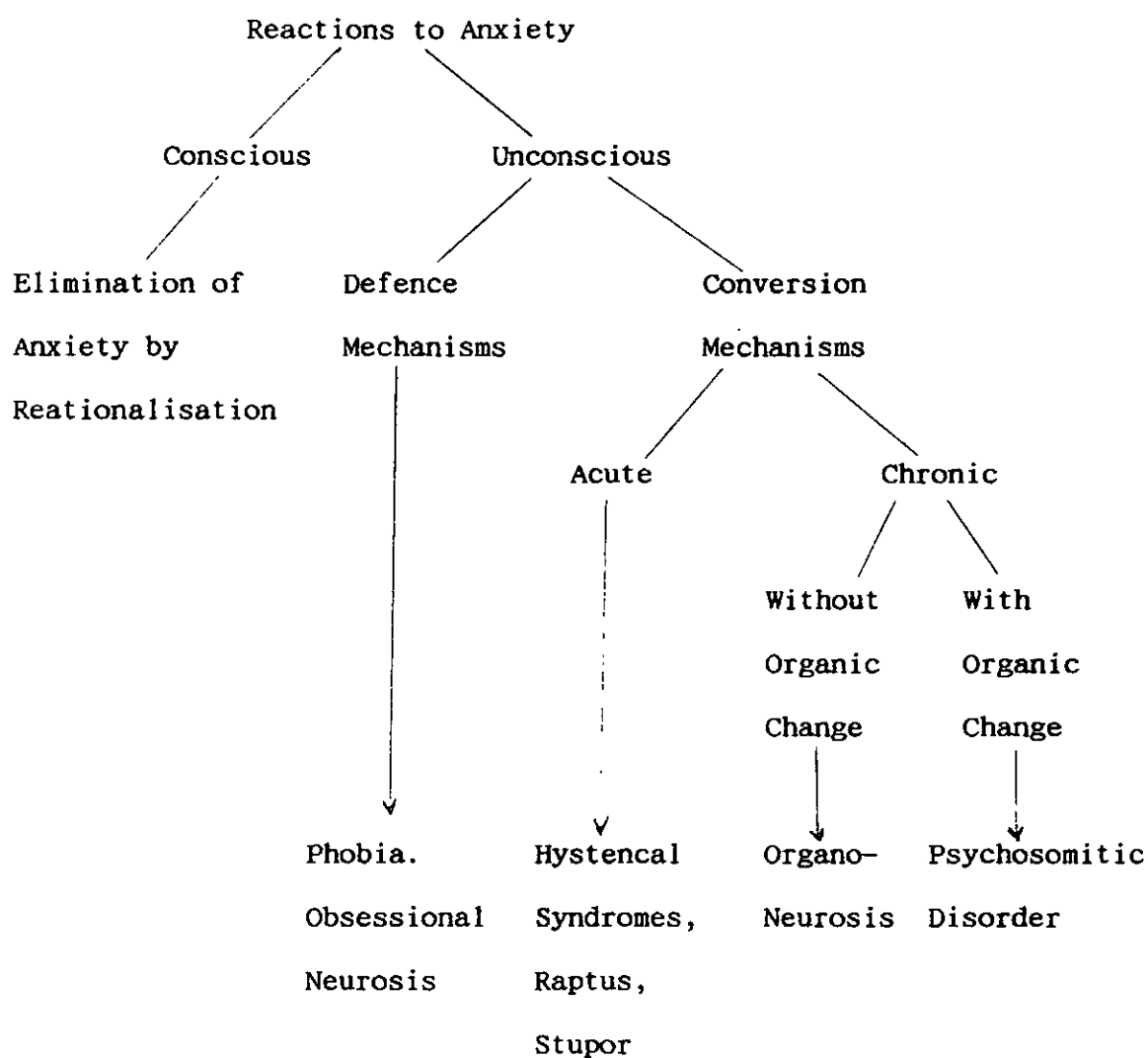
1. การลดความขัดแย้งในใจ (Task - Oriented Reactions) หรือสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นด้วยการใช้ความสามารถทางสติปัญญาในการแก้ปัญหา เกิดความขัดแย้ง และสร้างความพอใจ ตามความจำเป็นของบุคคล ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง ซึ่งเป็นการกระทำที่บุคคลรู้สึกตัว ได้แก่ การต่อสู้ การหลีกเลี่ยง และการประนีประนอม

2. ปฏิกริยาการป้องกันทางจิต (Ego - Oriented Reactions) เป็นปฏิกริยาการป้องกันทางจิตใจที่ซับซ้อนเพื่อป้องกันตนเอง เป็นกลไกเพื่อปกป้องบุคคลจากความรู้สึกของความไม่เพียงพอความรู้คุณค่า และป้องกันการรับรู้ถึงความวิตกกังวล ทำให้บุคคลไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง จะเลี่ยงปัญหาทำให้ไม่รู้จักตนเองที่แท้จริง ซึ่งพฤติกรรมกลไกการป้องกันทางจิตที่พบบ่อย ได้แก่ การเก็บกด (Repression) การเลียนแบบ (Identification) การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (Rationalization) การโทษผู้อื่น (Projection) การเพ้อฝัน (Fantasy) การปฏิเสธ (Denial) เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงทางจิต (Psychological Conversions) เป็นกลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปรากฏเบี่ยงเบน หรือ ผิดปกติต่อส่วนอื่น ๆ รูปแบบของการเผชิญเป็นการแสดงออกทางจิต และมีหลายอย่างซึ่งซ่อนเร้น ไม่รู้สึกตัว อาจมีพฤติกรรมของโรคประสาท เช่น การแสดงความกลัวที่ไม่มีเหตุผล (Phobic Reaction) การแสดงบุคลิกที่ผิดไปจากเดิมที่ไม่ใช่ของตนเอง (Dissociative Reaction) ย้ำคิด ย้ำทำ (Obsessive and Compulsive Reaction) เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงทางกาย (Physiological Conversions) มักเกิดกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายถูกทำลาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ซึ่งอาจจะก้าวหน้าต่อไปจนเกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโครงสร้างและนำไปสู่การเกิดพยาธิ สภาพทางกาย เนื่องจากความผิดปกติทางจิตเป็นจิตสรีรแปรปรวน (Psychosomatic Disorder) และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของอวัยวะไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้อีก

รีส์ (Rees. 1973 : 5) ได้แสดงแผนภูมิปฏิกริยาการตอบสนองของบุคคลเพื่อเผชิญกับความวิตกกังวลไว้ ดังนี้



ภาพประกอบ 5 แผนภูมิแสดงปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับความวิตกกังวล

อย่างไรก็ตาม การปรับตัวเพื่อเผชิญกับความวิตกกังวลมีอยู่หลายลักษณะ ลักษณะที่ดีมีประโยชน์ ต้องเป็นไปในรูปพฤติกรรมที่ปกติ ซึ่งให้ผลเป็นความพอใจโดยไม่เหลือข้อข้องใจเอาไว้และต้องไม่ก้าวท่าย ล่วงล้ำ หรือสร้างความไม่พอใจให้แก่ผู้อื่นด้วย (ทิพวัลย์ โพธิ์แทน. 2531 : 16 ; อ้างอิงมาจาก เดโช สนวนานนท์. ม.ป.ป.)

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

การรักษาด้วยการผ่าตัดทำให้หลายกรณี แต่ละกรณีมีจุดมุ่งหมายแตกต่างกัน ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วย ดังนี้

1. การผ่าตัดเพื่อการรักษา (Curative or Therapeutic Surgery) ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองจะหายจากโรคที่เป็นอยู่อย่างฉับพลัน และมีสุขภาพดีเหมือนเดิม
2. การผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัยโรค (Diagnostic Surgery) ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลล่วงหน้าเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค และสุขภาพของตนเองในอนาคต
3. การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการและประทุษชีวิต (Palliative Surgery) ผู้ป่วยจะรู้สึกพอใจสถานะที่ร่างกายดีขึ้นชั่วคราว โดยที่ผู้ป่วยคิดว่าตนเองได้รับการรักษาแล้ว
4. การผ่าตัดเพื่อตกแต่งและจัดข้อบกพร่องของร่างกาย (Plastic and Reconstructive Surgery) ผู้ป่วยอาจจะพอใจหรือไม่พอใจผลของการผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด

บ๊องอร์ เครียดชัยภูมิ (2533 : 17) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดด้วยเหตุผลใดก็ตาม ย่อมเกิดความวิตกกังวล และความกลัว เพราะมนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือชาย เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ใหม่ ๆ ที่คุกคามต่อความปลอดภัย หรือความมั่นคงในการดำเนินชีวิตย่อมต้องทำให้บุคคลนั้น ๆ ตกอยู่ในความหวาดกลัว และวิตกกังวลได้ทั้งสิ้น

อรอนงค์ พุมอาภรณ์ (2531 : 81 - 82) กล่าวว่า การผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตของผู้ป่วย มีผลกระทบต่อครอบครัว และสถานะแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะหรือหน้าที่บางส่วนในร่างกายไป เช่น การผ่าตัดแขนขา หรือผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น ผู้ป่วยมักจะกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด ผลการตรวจชิ้นเนื้อที่ตัดออกมา ความปลอดภัย ความพิการ ความเจ็บปวด การยอมรับของบุคคลในครอบครัว และสังคม ความวิตกกังวลนี้ ผู้ป่วยอาจแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น ร้องไห้ กระสับกระส่าย วุ่นวาย ไม่อยู่เฉย พูดบอกความรู้สึกต่าง ๆ หรือบางคนอาจไม่แสดงอย่างชัดเจน เมื่อมองจากภายนอกจะเห็นว่าผู้ป่วยสงบดี แต่แท้จริงแล้วอาจมีความหวั่นกลัวอยู่ในใจ

รามเซย์ (Ramsay. 1972 : 397) ได้ศึกษาวิจัยความกลัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 24 ชั่วโมง โดยการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยจำนวน 382 คน เป็นชาย 163 คน เป็นหญิง 199 คน ร้อยละ 73 ของผู้ป่วยทั้งหมดกลัวการผ่าตัด ร้อยละ 62 ของผู้ป่วยทั้งหมดกลัวการดมยาสลบ

เกรแฮม และคอนเลย์ (Grayham and Conley. 1971 : 113 - 122) พบว่าผู้ป่วยที่ได้ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดจะแสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวล หรือความกลัวออกมาได้ต่าง ๆ กัน

บีแลนด์ และพัสโซส (Beland and Passos. 1981 : 238 - 268) กล่าวว่า ในระหว่างการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ความขัดแย้งทางจิตใจของผู้ป่วยจะมีมากขึ้น และเพื่อที่จะรักษาภาวะสมดุลทางจิตใจ ผู้ป่วยจะใช้กลไกป้องกันตนเองที่เคยใช้ได้ผลมาแล้ว มาแก้ปัญหาซึ่งวิธีการแสดงออกนั้นอาจได้แก่ การอ้างเหตุผล การก้าวร้าว การชดเชย เป็นต้น แต่ถ้าใช้กลไก การปรับตัวเหล่านี้ไม่ได้ผล ก็ไม่สามารถรักษาภาวะสมดุลทางจิตใจไว้ได้ ผลที่ตามมาก็คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม

นอกจากนี้ จอห์นสัน แดบส์ และลีเวนทัล (Johnson Dabbs and Leventhal. 1970 : 18) อ้างถึงการแสดงออกของพฤติกรรมในคนเราตามทฤษฎีแรงขับทางอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมว่าความวิตกกังวล และความกลัวจะเป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญซึ่งทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างหนึ่งอย่างใดออกมาเพื่อต่อสู้กับสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และความกลัวนั้น พฤติกรรมที่แสดงออกนี้ มีทั้งพฤติกรรมที่เป็นผลดี และเป็นผลเสียต่อการปรับตัวของบุคคลนั้น

คาร์เนวาลิ (Carnevali. 1966 : 1538) ได้ศึกษาถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. กลัวโดยไม่ทราบสาเหตุ อาจเกิดเนื่องจาก ต้องแยกจากบ้านมาเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ในโรงพยาบาล และความแปลกหน้าของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ถูกจำกัดสิทธิจากกฎระเบียบของโรงพยาบาล

2. กลัวการผ่าตัด การเสียเลือดมาก กลัวติดเชื้อจากการต้องให้เลือด แพทย์ที่ทำการผ่าตัดมีความชำนาญไม่พอ กลัวอุบัติเหตุจากการผ่าตัด กลัวการดมยาสลบ กลัวการฟื้นตัวในระหว่างการผ่าตัด กลัวความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการดมยาสลบ กลัวไม่ฟื้นหลังผ่าตัด และอายุที่จะต้องเปิดเผยอวัยวะที่ปกปิด

3. กลัวความเจ็บปวดที่จะได้รับการผ่าตัด ทั้งขณะที่ทำผ่าตัด และหลังการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว กลัวการช่วยเหลือตนเองไม่ได้หลังผ่าตัด ต้องพึ่งพาผู้อื่น
4. กลัวความพิการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ (Body Image) สมรรถภาพของร่างกายที่ต้องเปลี่ยนแปลง การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ การทำงานไม่ได้ตามปกติ
5. กลัวตาย จากการผ่าตัด และการดมยาสลบ
6. กลัวเนื่องจากประสบการณ์ที่เคยพบมาก่อนทั้งของตน และญาติ จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ หรือหนังสือ
7. วิตกกังวลในปัญหาเศรษฐกิจ และเป็นห่วงบุคคลในครอบครัว

จากการศึกษาของเจนิส (Lader and Marks. 1971 : 8 - 9 ; citing Janis. 1969) พบว่า ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีความวิตกกังวลในระดับสูงสุด เมื่ออยู่ในห้องผ่าตัด แล้วจึงลดลงอีกครั้งหลังผ่าตัด ซึ่งตรงกับการศึกษาของ จอห์นสัน และคนอื่น ๆ (Johnson and others. 1970 : 23) ที่พบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูงสุดในระยะก่อนผ่าตัด และลดลงภายหลังผ่าตัด

จากการที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และความกลัวในระยะก่อนผ่าตัด ย่อมมีผลกระทบต่อ การตอบสนองทางสรีรวิทยา จากการศึกษานี้ของ บัวร์ (Boore. 1977 : 409) พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Adrenocorticosteroid Hormone) และพบว่าการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนนี้ ความสัมพันธ์ทางบวก กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอ ทาผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับ ลอง (Long. 1987 : 443) ที่กล่าวว่า การผ่าตัดเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น มีการตอบสนองของระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อที่มีความวิตกกังวลและความกลัวเกิดขึ้น โดยเฉพาะในขณะที่ผู้ป่วยต้องนอนรอ ทาผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัดนั้น จะยิ่งเพิ่มความเครียด และความวิตกกังวลมากขึ้นอีก ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยจะต้องมาอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ที่แปลกไปจากหอผู้ป่วยเดิมที่เคยอยู่ และพบกับความ หนาวเย็นของห้องผ่าตัด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่หรือเปลี่ยนไปจากที่คุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวล ความสามารถควบคุมสติให้มั่นคง และมั่นใจลดลง และการปรับสภาพจิตใจให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมก็จะลดลงด้วย (พาริตา อิบราฮิม. 2532 : 50) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจะต้องถูกแยกจากบุคคลใกล้ชิดต่าง ๆ เช่น

ครอบครัว เพื่อน ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อ ขาดการรับรู้ซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ และผู้ป่วยต้องมาพบกับเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาลที่สวมเสื้อผ้า สวมหมวก ผ้าผูกปิดปาก ปิดจมูก ปิดชิด ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความกังวลมากขึ้น (ภัสพร ขาววิชา. 2537 : 21)

สถานการณ์ก่อนการผ่าตัด ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ทำให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกนึกคิดแสดง พฤติกรรมความวิตกกังวลออกมาในลักษณะต่าง ๆ กัน จนกลายเป็นปัญหา และอุปสรรคต่อการผ่าตัดได้ โดยดูแกส (Dugas. 1983 : 578) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยซึ่งมีความวิตกกังวลสูงมาก มีโอกาสเสี่ยงกับการผ่าตัดไม่ดี และผู้ป่วยไม่ว่าจะสามารถเผชิญกับความเครียดที่เพิ่มขึ้นจากวิธีการผ่าตัดได้ ซึ่งสอดคล้องกับ แมคคลีน และคนอื่น ๆ (Mc Cleane and others. 1990 : 158) พบว่า ระดับความวิตกกังวลที่มีอยู่ในระยะก่อนผ่าตัดจะปล่อยสารแคทีโกลามีน (Catecholamine) ออกมา ซึ่งมีผลกระทบต่อการหลั่งฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Adrenocorticosteroid) เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น การรบกวนต่อสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียม เพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย เพิ่มการทำลายกลัยโคเจนในตับ และกล้ามเนื้อ และมีการเปลี่ยนแปลงฤทธิ์ของยาเสพติดที่เกิดขึ้น อาจจะมีผลต่อการใช้ยาเสพติด เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการใช้ยาเสพติดหรือทำให้ต้องเพิ่มจำนวนการใช้ยาเสพติดมากขึ้น ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีอยู่ในระยะก่อนผ่าตัดนั้นจะคงอยู่จนถึงใน ระยะผ่าตัด และมีผลกระทบต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาในระยะภายหลังผ่าตัดด้วย (กันยา ออประเสริฐ. 2530 : 48) มีผลต่อการหายของบาดแผลหลังผ่าตัด เนื่องจากภาวะเครียดที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตามจะกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid Hormone) ออกมามากกว่าปกติจึงยับยั้งการสังเคราะห์คอลลาเจน (Collagen) ที่เป็นสารสำคัญในการสมานเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย ทำให้แผลหายช้า และเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย จากการยับยั้งการสร้างแอนติบอดี (Antibody) ในร่างกาย (Bysshe. 1988 : 38)

นอกจากนี้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิด การเรียนรู้ และความจำ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดที่สูงมาก ๆ อาจเป็นอุปสรรคต่อการสอน การให้ข้อมูล คำแนะนำ หรือการฝึกปฏิบัติที่จำเป็นสำหรับการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ซึ่งข้อมูลและการฝึกต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ป่วยจะได้รับตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดแล้ว เพื่อเป็นการเตรียมและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด (แก้วสามสี สาเจริญ. 2535 : 32)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด มีความสำคัญเป็น ปัญหาที่จำเป็นจะต้องหาทางแก้ไข และให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลมากที่สุดก่อนที่จะทำผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับการผ่าตัดได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะ ผ่าตัด ตลอดจนระยะภายหลังผ่าตัดด้วย

ได้มีผู้สนใจศึกษาวิธีการลดความวิตกกังวลไว้มากมาย สามารถทำได้หลายวิธี โดยนำมาประยุกต์ใช้เพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด พอสรุปได้ดังนี้

1. การลดความวิตกกังวล โดยการช่วยเหลือแก้ไขปัญหามันในปัจจุบัน ปัญหาเฉพาะหน้า หรือปัญหาบริเวณนั้นในขณะนั้น ซึ่งอาจกระทำได้หลายวิธี เช่น ให้การยอมรับต่อการแสดงออกของ บุคคล ยอมรับฟังข้อเรียกร้อง ให้ความเห็นอกเห็นใจ และพยายามเข้าใจถึงความวิตกกังวลของ บุคคลตลอดจนค้นหาสาเหตุ และหาแนวทางแก้ไข ช่วยเหลือต่อไป (นาฏยา เอื้องไพโรจน์. 2535 : 20)

2. การลดความวิตกกังวล โดยใช้วิธีการลดความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ (Systemic desensitization) การลดความวิตกกังวลโดยการเสนอตัวแบบ (Modeling) หรือการลดความวิตกกังวลโดยให้บุคคลเผชิญกับสิ่งเร้า และให้แรงเสริมใน พฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น (Flooding) (แก้วสามสี สาเจริญ. 2536 : 27 ; อ้างอิงมาจาก Grambrill. 1978)

3. การลดความวิตกกังวล โดยการลดแรงกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวลโดยวิธี ต่าง ๆ เช่น เบี่ยงเบนความสนใจ ผูก่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การสัมผัส การใช้ ดนตรีบำบัด เป็นต้น (อุบล นิวัติชัย. 2527)

4. การลดความวิตกกังวลโดยการให้ข้อมูล (Giving Information) จอห์นสัน และลีเวนทาล (Johnson & Leventhal) ได้พยายามศึกษา ค้นคว้า วิจัยเกี่ยวกับเรื่องผล การให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด และความทุกข์ทรมานจากความกลัวของผู้ป่วยใน สถานการณ์ทางคลินิก เช่น การผ่าตัด การตรวจพิเศษต่าง ๆ (Johnson. 1972 ; Johnson. 1973 ; Johnson, Morrissey and Leventhal. 1973 ; Johnson and others. 1975 ; Mchugh, Christman and Johnson. 1982) ทำให้ได้ข้อสรุปว่า เมื่อมีภาวะ เครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามบุคคลจะสามารถปรับตนเองในการเผชิญภาวะเหล่านั้น โดยอาศัยการแปลความหมาย และพิจารณาหาแนวทางในการตอบสนองจากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่

ซึ่งอาจเป็นไปในลักษณะอย่างเคย หรือคุ้นเคยต่อสถานการณ์นั้นมาก่อน หรือถ้าไม่เคยตกอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ มาก่อนก็อาจอาศัยความรู้ ความเข้าใจ การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอจนสามารถจินตนาการถึงสถานการณ์เหล่านั้นได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง หรือใกล้เคียง สถานการณ์จริงมากที่สุดแต่ถ้าบุคคลไม่คุ้นเคย หรือไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ จะทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถเผชิญต่อสถานการณ์คุกคามได้อย่างเหมาะสม จะมีความวิตกกังวล หวาดกลัว ซึ่งแสดงออกได้ชัดเจนทั้งทางร่างกาย และจิตใจ

2. การให้ข้อมูล

ความหมายของข้อมูล

ในทางสังคมวิทยาและจิตวิทยา (ข้อมูล หมายถึง รายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งที่เราต้องการศึกษา (ปทานุกรมฉบับหลวง. 2524 : 524)

ทฤษฎีข้อมูล (Information Theory) อ้างถึง ขบวนการให้ข้อมูลประยุกต์มาจาก ทฤษฎี ของการติดต่อสื่อสาร ซึ่งหมายถึง การส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ทราบว่าจะมีสิ่งใดเกิดขึ้น มีสิ่งกระตุ้นที่แน่นอน และมีการตอบสนอง คุณภาพของการให้ข้อมูลไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้นเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับประสบการณ์ในอดีตของบุคคลนั้นด้วย (Kaplan and Sadock. 1989 : 157 - 177)

ข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับ เมื่อผู้รับนำเอาข้อมูลนั้นไปใช้ประกอบการตัดสินใจและวางแผน เพื่อให้สามารถปรับเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ

ลาซารัส และโคเฮน (Lazarus and Cohen. 1983 : 613) เชื่อว่าการแสวงหาข้อมูลเป็นการเผชิญปัญหาวิธีหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้เมื่อเผชิญความเครียด หรืออยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งการแสวงหาข้อมูลเป็นการกระทำเพื่อสนองความต้องการข้อมูลอันเกิดจากการขาดข้อมูลที่ต้องการ (ชนิษฐา นาคะ. 2534 : 19 ; อ้างอิงมาจาก Derdiarian. 1987)

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เป็นวิธีหนึ่งที่พยาบาลนำมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์คุกคามต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคและการรักษา กลไกของการลดความวิตกกังวล โดยการให้ข้อมูลนี้ สามารถอธิบายได้จากแนวความคิดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus and Folkman. 1984 : 366) เกี่ยวกับการประเมินทางความคิด

(Cognitive Appraisal) ที่ว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม บุคคลจะประเมินสถานการณ์นั้น โดยผ่านกระบวนการทางความคิด ซึ่งผลจากการประเมินสถานการณ์จะนำไปสู่การตอบสนองที่แตกต่างกัน การประเมินดังกล่าวเกิดต่อเนื่องกันใน 3 ลักษณะ คือ

1. การประเมินขั้นแรก (Primary Appraisal) เป็นการประเมินของบุคคลในขั้นแรกสถานการณ์นั้น ๆ มีผลทางบวก หรือลบต่อตนเอง ถ้าสถานการณ์นั้นถูกประเมินไปทางลบหรือในลักษณะที่เป็นการคุกคาม บุคคลนั้นก็จะเกิดความวิตกกังวลขึ้น

2. การประเมินขั้นที่ 2 (Secondary Appraisal) หลังจากการประเมินในขั้นแรกว่า สถานการณ์ที่ตนเผชิญอยู่นั้นอยู่ในลักษณะใดแล้ว บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิถีทางที่ดีที่สุดในการที่จะเผชิญกับสถานการณ์นั้น

3. การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินสถานการณ์ใหม่ โดยอาศัยข้อมูลใหม่ที่ได้จากสิ่งแวดล้อมหรือบุคคล บุคคลจะพยายามแสวงหาข้อมูลเพื่อนำมาประเมิน และควบคุมสถานการณ์ให้ดีขึ้น

จากแนวคิดนี้ การให้ข้อมูล ความรู้ต่าง ๆ และการเสนอแนวทางเลือกที่เป็นไปได้ในแง่มุมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และเป็นความสนใจของผู้รับข้อมูลในปัจจุบัน ทำให้เกิดการเรียนรู้หรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการไปในแง่มุมที่หลากหลายขึ้น ทั้งในแง่ที่เป็นผลดี และผลเสียด้วยตนเองอย่างอิสระ โดยผ่านกระบวนการประเมินซ้ำโดยการคิดรู้ (Cognitive Reappraisal Process) ซึ่งจากการศึกษาของ ซาฮิมเพอร์ (Shahimpour, 1989) พบว่าผู้ป่วยที่มีการใช้วิธีการเผชิญปัญหาในขั้นตอนการประเมินซ้ำในทางบวก จะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการให้การสนับสนุน (Supporting) โดยพยาบาล การเสริมความมั่นใจ (Reassurance) ให้บุคคลสามารถประเมินการรับรู้ของตนเองใหม่ ในลักษณะที่เป็นความเครียด และคุกคามความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนลดลง

ตรินกาลิ (Tringali, 1986 : 65 - 69) กล่าวว่า การให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และตรงกับความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการรักษา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ จวี มากุ้ม (2530 : 70) พบว่า ผู้ที่ได้รับข้อมูลถูกต้องและครบถ้วนก่อนผ่าตัด เกี่ยวกับรายละเอียดของการระงับความรู้สึก และการผ่าตัดย่อมทำให้ผู้ป่วยไม่คาดการณล่วงหน้าอย่างผิด ๆ ถูก ๆ จึงมีความอดทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น และสามารถลดความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดได้

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูล พบว่าการให้ข้อมูลมีหลายชนิด แต่ละชนิดมีผลทำให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้แตกต่างกัน โคเฮน และลาซารัส (Lazarus and Folkman. 1984 : 367 ; citing Cohen and Lazarus) ได้จำแนกข้อมูลที่ใช้บ่อยเป็น 4 ชนิดคือ

1. ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของขั้นตอนการตรวจรักษาหรือข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural Information) เป็นรูปแบบของการให้ข้อมูลที่ใช้อยู่ทางการแพทย์ทั่วไป เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องประสบ ตามความรู้ทางวิชาการที่ผู้ให้ข้อมูลได้ศึกษามา โดยเชื่อว่าข้อมูลในลักษณะนี้จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการทราบเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองมากที่สุด (Padilla and others. 1981 : 376) ซึ่งความรู้ดังกล่าวจะนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความรู้ ความเข้าใจ สติปัญญา (Cognitive Control) ในการลบลบปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่คุกคาม (Johnson, Kirchhoff and Endress. 1975 : citing Schachter and Singer)

2. ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (Sensory Information) เป็นการให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล ซึ่งรับรู้ได้โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรู้รส และการสัมผัส เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจต้องประสบขณะรับการตรวจรักษาได้อย่างเหมาะสม

ลีเวนทัล และจอห์นสัน (Leventhal and Johnson. 1983 : 198 - 202) กล่าวถึงการให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกสามารถลบลบปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional Response) ได้เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับประสบการณ์ที่ได้รับจริง เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคาม ผู้ป่วยเกิดมีภาพรวมของความคิด (Mental Image) เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นถูกต้องเป็นผลให้สามารถพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธี การเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

สำหรับแนวทางในการจัดเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกนั้น แมคฮิวจ์ คริสต์แมน และจอห์นสัน (Mc Hugh. Christman & Johnson. 1982 : 782) ได้เสนอหลักสำคัญ 3 ประการ คือ

2.1 ผู้ป่วยควรได้รับการบอกเล่า เกี่ยวกับความรู้สึกที่เขาอาจประสบโดยตรง โดยไม่ต้องประเมิน เช่น ควรบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า เขาจะรู้สึกเจ็บ ๆ หรือร้อน ๆ แต่ไม่ควรบอกว่าเขาจะพบกับสิ่งที่น่ากลัว

2.2 ผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกด้วย เพราะ การทราบถึงสาเหตุและความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นร่วมกัน จะช่วยลดความผิดพลาดของการแปลความหมายของข้อมูลจากประสบการณ์จริงที่ได้รับ

2.3 ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมความรู้สึก เฉพาะในส่วนของการประสบการณ์ที่เป็นที่สนใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่เท่านั้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้มาจากการประเมิน และคำบอกของผู้ป่วยที่เคยประสบกับเหตุการณ์นั้นมาก่อน

3. การให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral Instruction) หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติขณะเผชิญเหตุการณ์ที่มาคุกคามความปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วย เพิ่มความสุขสบาย ลดความเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (Behavioral Control) (Padilla and others. 1981 : 376 ; Leventhal and Johnson. 1983 : 194 - 200)

4. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญความเครียด (Coping Skills Instruction) หมายถึง ข้อมูลที่ให้แก่บุคคลเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญสถานการณ์คุกคามที่กำลังจะเกิดขึ้น ได้แก่ การอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า เมื่อใดควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะเหมาะสม และก่อให้เกิดผลดี ต่อผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสภาพจิตใจได้ เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การหายใจลึก ๆ (Deep Breathing) การบอกตนเองให้สงบ (Calming Self - Talk) เป็นต้น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญความเครียด ถือเป็นการให้ข้อมูลที่สำคัญชนิดหนึ่ง เพราะทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกพฤติกรรมตอบสนองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะประสบการณ์ใหม่ หรือประสบการณ์ที่ยากในการตัดสินใจ (Padilla and others. 1981 : 382 ; Leventhal and Johnson. 1985 : 245)

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลชนิดต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เพื่อช่วยให้สามารถ พิจารณาเลือกชนิดของข้อมูลที่จะให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

วิธีให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

สกอต (Scott. 1983 : 27) กล่าวถึงการให้ข้อมูลควรผสมผสานไปพร้อมกับการให้การพยาบาล ให้ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับรู้ และกำลังมีความสงสัย อยากรู้ อยากเห็นว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับตนเองบ้าง ไม่ควรให้ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤต เพราะความสามารถในการรับรู้และการคิด อย่างมีเหตุผลของผู้ป่วยจะลดลง

การให้ข้อมูล ควรกระทำดังนี้

1. ต้องประเมินผู้ที่รับข้อมูลว่ามีปัญหาในการเห็น หรือการได้ยิน ตลอดจนภาวะจิตใจ และอารมณ์ มีความแปรปรวน หรือไม่ เพราะความแปรปรวนทางด้านจิตใจ และอารมณ์จะมีผลต่อความตั้งใจ และทำให้ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลลดลง

2. ต้องให้ในเวลาที่เหมาะสม ได้แก่ ก่อนการผ่าตัด แต่ถ้าให้ก่อนการผ่าตัดเพียงไม่กี่ชั่วโมงผู้ป่วยอาจไม่พร้อมที่จะฟัง และถ้าให้นานเกินไปอาจลืมได้ (Luckman and Sorensen. 1980 : 318) การให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้ดี ควรให้ในช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล (Whaley and Wong. 1987 : 909)

3. ต้องเสนอข้อมูลในลักษณะที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้หลาย ๆ ด้าน อาจใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ หรือใช้วิธีอธิบายพร้อมกับการสาธิต

4. ต้องเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยคุ้นเคยแล้ว เสริมแนวความคิด และทักษะใหม่ในภายหลัง

5. การให้ข้อมูลต้องมีขั้นตอนไม่สับสน พูดให้ช้า และชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม ระบายความรู้สึกของผู้ให้ และผู้รับต้องห่างกันพอสมควร เพื่อจัดสิ่งรบกวนอื่น ๆ ช่วยให้การเห็น และการได้ยินชัดเจน การเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้และผู้รับเป็นวิธีการที่ดี (จวี มากุณ. 2530 : 21 ; อ้างอิงมาจาก Perry. 1981 : n.d.)

ผู้ให้ข้อมูล ไม่ควรกระทำ ดังนี้

1. ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ จะทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ และเกิดความกังวล

2. พูดเร็ว รีบร้อน ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ให้ข่าวสาร ข้อมูลด้วยความเบื่อหน่าย พูดห้วน สั้น ตอบคำถามรวบรัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ

ลักษณะของข้อมูลผู้ป่วยต้องการ

ปัจจุบันแม้ว่าวงการแพทย์ และพยาบาลจะตื่นตัวในเรื่องการให้ข้อมูล หรือการสอนแก่ผู้ป่วยมากขึ้น แต่ข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยมักยังไม่ตรงกับความต้องการ และสถานการณ์ของผู้ป่วย เพราะแพทย์และพยาบาลมักจะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย โดยถือหลักทฤษฎีด้านการแพทย์ หรือจากการได้รับการฝึกอบรมในวิชาชีพเป็นเกณฑ์กำหนดว่า ผู้ป่วยควรจะทราบเรื่องอะไรบ้างจึงมักไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย (Dodge. 1972 : 1852 - 1853)

จากการศึกษาของ เจนิส และเลย์ (Bysshe. 1988 : 39 ; Citing Janis & Ley. 1982) พบว่า ขณะอยู่โรงพยาบาล ความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วยลดลงเหลือเพียงร้อยละ 40 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจึงยังต้องเพิ่มความระมัดระวังให้ตรงกับความต้องการจริง ๆ ของผู้ป่วยแต่กลับพบว่าร้อยละ 35 ของผู้ป่วยไม่พึงพอใจในข้อมูลที่ได้รับ

ปิยะรัตน์ ภัทรภูวดล (2532 : ก - ข) ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการข้อมูล และเจตคติต่อการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ระหว่างความคิดเห็นของผู้ป่วยกับพยาบาล ในผู้ป่วย 47 ราย กับพยาบาลวิชาชีพ 52 ราย พบว่า ความต้องการข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ ระหว่างความคิดเห็นของผู้ป่วยกับพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) แต่เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ป่วยกับพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลเป็นรายหมวด พบว่า มีบางหมวด ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค และการผ่าตัด สภาพภายหลังผ่าตัด วิธีการใช้ยา ผลของยา และการพยากรณ์โรค มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001, .01, .05$ และ $.001$) ตามลำดับ

จากการศึกษาที่ผ่านมา สรุปได้ว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด แตกต่างจากที่พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยควรจะได้ และแตกต่างจากที่ผู้ป่วยได้รับ พยาบาลจึงควรที่จะสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่แท้จริง และเหมาะสมกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และกังวลโดยคำนึงถึงความต้องการ และศักยภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยอธิบายง่าย ๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลของการกระทำนั้น ๆ (Kohoe. 1974 : 253)

จากการศึกษาพบว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้องการมีดังนี้ คือ

1. โรคและการผ่าตัด ได้แก่ ชื่อโรค สาเหตุ อาการ และอาการแสดง ชนิดของการผ่าตัด เหตุผลในการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด วิธีระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ความรู้สึกขณะผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ผลการผ่าตัด ความรู้สึกหลังผ่าตัด

การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด

2. การใช้ยา ได้แก่ ชนิดของยา เหตุผลในการใช้ยา ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น

3. การฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถทำงานได้ปกติ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการพยากรณ์โรค

4. อื่น ๆ ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ภาวะเจ็บของโรงพยาบาล ชื่อแพทย์ผู้ให้การดูแล และชื่อพยาบาลผู้ให้การดูแล

กล่าวโดยสรุป การให้ข้อมูลจะสัมฤทธิ์ผลได้ เมื่อผู้ป่วยและพยาบาลมีความเห็นตรงกันว่า สิ่งนั้นคือ สิ่งที่คุณจำเป็นต้องรู้ แต่ถ้าทั้ง 2 ฝ่ายมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน การให้ข้อมูลนั้นจะประสบความล้มเหลว ฉะนั้นในการให้ข้อมูล นอกจากจะพิจารณาให้เหมาะสมตามระยะเวลา ยังจำเป็นต้องพิจารณาตามความต้องการของผู้ป่วยด้วย เพื่อให้ผู้รับข้อมูลเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีสามารถเข้าใจเนื้อหา นำข้อมูลมาใช้ประกอบการตัดสินใจวางแผน ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ หรือไม่นั้น จำเป็นต้องพิจารณาเรื่องการรับรู้ของคน ซึ่งแตกต่างกันตามพื้นฐานของประสบการณ์เดิม

✓ 3. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support)

ความหมายของการสนับสนุนทางอารมณ์

จาคอบสัน (Jacobson. 1986 : 252) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้รู้สึกสบาย และเชื่อว่ามีบุคคลคอยรองรับ เคารพนับถือ หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ซึ่งแสดงถึงความเอาใจใส่ และมีความมั่นใจ

นอร์ทเฮาส์ (Northouse. 1989 : 276 - 284) ; สเมลเซอร์ และแบร์ (Smeltzer and Beare. 1992) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางอารมณ์ว่า คือ การให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่าได้รับความรักการดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่น สนิทสนม

คอบบี้ (Cobb. 1976 : 300) กล่าวถึง การสนับสนุนทางอารมณ์ว่าเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

ภาวดี มโนหาญ (2536 : 18) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับความรู้สึกสนิทสนม ความรักใคร่ ความเชื่อมั่น และความไว้วางใจในการบอกปัญหา หรือความลับของตนเองต่อบุคคลอื่น

ศุภรใจ เจริญสุข (2537 : 38) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการตั้งใจฟัง

ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530 : 22) กล่าวถึง การสนับสนุนทางอารมณ์ว่าเป็น การตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านอารมณ์ได้แก่

1. การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. การตอบสนองความต้องการด้านการยอมรับ ยกย่อง และมีผู้เห็นคุณค่า หมายถึง ได้รับการทักทาย และการแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัยและโอกาสในการปรับปรุงตนเอง

จากความหมายดังกล่าวมาแล้วนี้ สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การกระทำที่ ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขามีคุณค่า ได้รับการยกย่อง การดูแลเอาใจใส่ ความรัก ความไว้วางใจ ได้รับความใกล้ชิดสนิทสนม สามารถปรึกษา ระบายความคับข้องใจได้

เฮาส์ (Israel. 1985 : 66 ; citing House. n.d.) กล่าวถึง การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ การให้การยกย่อง (Esteem) การให้ความไว้วางใจ (Trust) การให้ความสนใจ (Concern) การให้ความรักใคร่ห่วงใย (Affection) และยอมรับฟังความคิดเห็น (Listening) (จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2535 : 16)

การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญ และจัดการกับปัญหาที่เป็นภาวะวิกฤต เพราะจะช่วยให้บุคคลได้รับความแนะนำ ได้รับข้อมูล ได้กำลังใจ ตลอดจนแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจ สามารถแก้ปัญหาได้

ตรงจุด ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีกลไกในการลดความเครียด 2 ประการ คือ (Cohen and Wills. 1985 : 310 - 312)

1. ช่วยให้ผู้ประสบเหตุการณ์นั้นว่า ไม่รุนแรง หรือรุนแรงลดลง เนื่องจากรับรู้ว่ามีบุคคล และแหล่งประโยชน์ที่คอยช่วยเหลือจัดการกับปัญหานั้น

2. ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายโดยตรง โดยช่วยให้บุคคลลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหา มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น และเพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัว ซึ่งสอดคล้องกับแคปแลน (Caplan. 1974 : 7) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นตัวที่ช่วยลดผลของความเครียด ซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจโดยทำให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น (จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2535 : 18)

จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางอารมณ์ สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยเพื่อให้คลายความเครียด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป ภาวดี มโนหาญ (2536 : 18) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนรักและห่วงใย มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ คอยปลอบใจ ให้กำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับทุกข์หรือบอกความลับกับข้อใจต่าง ๆ มีที่พึ่งพา และรู้สึกปลอดภัย ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง และเหมาะสมซึ่งจะมีผลดีต่อสุขภาพ

สุทธิชัย ปานปรีชา (2524 : 262) กล่าวถึง วิธีการสนับสนุนระดับประจักษ์จิตใจของผู้ป่วย สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงซึ่งได้แก่

1. การให้ความเชื่อมั่น (Reassurance) คือการปลอบให้กำลังใจ
2. การสนับสนุน (Encouragement) คือ การสนับสนุนความคิด การกระทำของผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์
3. การแนะนำ (Advice) คือ แนะนำการปฏิบัติตนเองให้ถูกต้อง เหมาะสม การเผชิญปัญหา การปรับปรุงตนเอง
4. การจูงใจ และการชักชวน (Suggestion and Persuasion) คือ การพูดที่ผู้พูดใช้สีหน้าท่าทาง น้ำเสียง เหตุผล และประสบการณ์โน้มน้าวให้ผู้ป่วยยอมรับเห็นด้วย และคล้อยตาม

5. การระบายอารมณ์ (Ventilation) คือ การให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับออกมาได้อย่างอิสระ

การสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญมาก ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่วะยะเริ่มแรก โดยแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลมีความห่วงใย และอาทรต่อเขา พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือ เข้าใจ และเห็นใจในความทุกข์ และความไม่สบายใจของผู้ป่วยที่ได้รับ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและระบายความรู้สึกออกมาอย่างอิสระ โดยพยายามเป็นผู้รับฟังที่ดี และยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก (Lambert and Lambert. 1985 ; Palsson and Norberg. 1995 : 271 - 285) มีการให้กำลังใจ และความเชื่อมั่น ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ให้การสัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสมโดยการบีบมือผู้ป่วยแรง และเบาสลับกันไป ซึ่งการสัมผัสนี้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ และเป็นวิธีที่ช่วยสนับสนุนในการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพอใจ รู้สึกอบอุ่นใจ มั่นใจ และรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า (ชอลดา พันธุเสนา. 2536 : 24) ซึ่งการสนับสนุนทางอารมณ์ดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง และเพิ่มความอดทนต่อปัญหาต่าง ๆ ได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม จึงช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างรวดเร็ว (Palsson and Norberg. 1995 : 271 - 285) ดังนั้น พยาบาลในฐานะบุคลากรทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

✓4. ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน

(Internal - External Locus of Control)

ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลใดได้มีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติ ปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อโดยทั้ง ๆ ที่บางครั้งความเชื่อนั้น ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงก็ตาม (Rokeach. 1977 : 24) การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันออกไปนั้น เป็นเพราะเนื่องมาจากความรู้สึกนึกคิด และความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งมีอำนาจควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป (Rotter. 1966 : 1)

บุคคลแต่ละคนอาจมีความแตกต่างกันในเรื่องปริมาณ และความรุนแรงของความรู้สึกนึกคิดในด้านการทำนาย หรือควบคุมสภาพแวดล้อม บางคนจะรู้สึกว่าเขามีอำนาจ หรือความสามารถที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น หรือสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนได้ และเชื่อว่าความสำเร็จ หรือความล้มเหลวที่ตนได้รับเกิดจากการกระทำของตนเอง ส่วนบางคนจะรู้สึกตลอดเวลาว่าเขาไม่สามารถควบคุมสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้ เพราะเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ นั้น เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยภายนอก ซึ่งเขาไม่อาจเข้าไปเกี่ยวข้องได้เลย ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมจึงเป็นจิตลักษณะที่สำคัญของบุคคล (ชีรวณน์ นิจนเตร. 2526 : 68)

โดยทั่วไปแล้ว การควบคุมนี้จะมี 2 ลักษณะตามที่ โซโลมอน และโอเบอร์แลนเดอร์ (Solomon and Oberlander. 1974 : 123) ได้จำแนกไว้ คือ

1. การควบคุมพฤติกรรมตนเอง การที่บุคคลเลือกกระทำพฤติกรรมตามที่ตนคิดหรือต้องการเรียกว่า "ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy)" แต่การกระทำพฤติกรรมตามที่คนอื่นชักจูง หรือบังคับ เรียกว่า "การคล้อยตาม (Conformity)"
2. การควบคุมผลการกระทำ โดยพิจารณาว่า ผลดังกล่าวเกิดจากทักษะ ความสามารถ และความพยายามของตนเอง หรือเป็นเพราะอำนาจ โชคลาง โอกาส และการกระทำของคนอื่น ซึ่งเรียกว่า "ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน"

สตรีกแลนด์ (Strickland. 1977 : 150 - 151) กล่าวว่า ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน หมายถึง ระดับหรือความเข้มที่บุคคลรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น ขึ้นอยู่กับการกระทำของตนเอง หรือโชคชะตา และพลังอำนาจภายใน - ภายนอกตน แตกต่างกัน บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตน เรียกว่า เป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) และในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ เรียกว่า เป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control)

รอตเตอร์ (Rotter. 1966 : 1 - 2) ได้สรุป ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ในเชิงการรับรู้ต่อผลตอบแทนของการกระทำของบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้ คือ

1. บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน (Belief in Internal Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าคุณอำนาจ หรือความสามารถที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น หรือสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนได้ และเชื่อว่าความสำเร็จ หรือความล้มเหลวที่ตนได้รับเกิดจากการกระทำของตนเอง

2. บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน (Belief in External Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัว และไม่สามารถควบคุมสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้ เพราะเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ นั้นเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยภายนอกที่เขาไม่อาจเข้าไปเกี่ยวข้องได้เลย เช่น โชคกลางเคราะห์กรรม ความบังเอิญ อำนาจเหนือธรรมชาติ หรืออำนาจของคนอื่น

นอกจากนี้ รอตเตอร์ (Rotter. 1966 : 25) ยังได้สรุปบุคลิกลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนไว้ดังนี้ คือ

1. เป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม อันจะนำมาซึ่งประโยชน์สำหรับ พฤติกรรมในอนาคต
2. พยายามปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อม ไปตามลำดับขั้น
3. เห็นคุณค่าของทักษะ หรือผลสัมฤทธิ์ (Achievement) จากความพยายามของตนเอง

4. ยากที่จะชักชวนให้เชื่อตามโดยไม่มีเหตุผล

ส่วนบุคลิกลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนนั้น เอ็กแลนด์ (Eggland. 1973 : 330) ได้รวบรวมจากผลการวิจัยต่าง ๆ สรุปไว้ดังนี้ คือ

1. เป็นผู้ที่มีความตั้งใจในการปฏิบัติตน เพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง
2. ขาดความกระตือรือร้นในการแสวงหาข้อมูล และการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหา
3. มีความรู้สึกวิตกกังวลสูงในการกระทำกิจกรรมใด ๆ
4. หลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วม และการถูกชักจูงในกิจกรรมใด ๆ
5. ขาดความพยายาม และมีความกลัวในการแสวงหาแหล่ง หรือสิ่งที่จะมาช่วยสนับสนุนตนเอง

มูห์เลนแคมป์ และเนลสัน (Muhlenkamp and Nelson. 1981 : 21) กล่าวว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนไม่เพียงแต่จะมีความเชื่อในตนเองเท่านั้น แต่ยังหลีกเลี่ยงหรือ

ต่อต้านความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้วย ส่วนผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตนก็จะพยายามเสาะแสวงหาสิ่งที่คิดว่ามีอิทธิพลต่อตนเอง

เอ็กแลนด์ (Eggland. 1973 : 330) กล่าวว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตนมีผลดีในแง่ที่ว่า บุคคลนั้นสามารถรับคำแนะนำเกี่ยวกับวิถีทางที่จะประสบผลสำเร็จได้โดยไม่ต้องอึดอัด ไม่ต้องการเหตุผลมากนัก *ทั้งหมดจึงยังไม่พอ.*

ทฤษฎีการเกิดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน

รอตเตอร์ (Rotter. 1966 : 2 - 25) เป็นบุคคลแรกที่สนใจศึกษา ค้นคว้าเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ตามแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) เชื่อว่า การคาดการณ์ เหตุการณ์ในอนาคต (Expectancy) เกิดจากที่ตัวเสริมแรงมาทำให้เชื่อว่า ผลของการกระทำหรือเหตุการณ์ในอนาคต จะเป็นเช่นเดียวกับกระบวนการเกิดขึ้นของเหตุการณ์เช่นที่เคยเกิดมาแล้ว ความคิดเรื่องนี้เป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์มีความสัมพันธ์กับกระบวนการรับรู้ลักษณะของตัวเสริมแรง ซึ่งอธิบายได้ว่า ผลตอบแทนอันหนึ่งที่ได้มาจากพฤติกรรมของบุคคล ย่อมก่อให้เกิดความคาดหวังที่จะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันจากพฤติกรรมอันใหม่ ความคาดหวังเช่นนี้ก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เฉพาะอันใดอันหนึ่งก่อนแล้วขยายไปครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่น ๆ จนกลายเป็นทัศนคติหรือบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล นอกจากนั้นผลตอบแทนที่ได้รับแต่ละครั้งยังอาจทำให้ความคาดหวังต่อไปสูงขึ้นหรือต่ำลงได้อีกด้วย

ส่วน โซโลมอน และโอเบอร์แลนเดอร์ (Solomon and Oberlander. 1974 : 1119 ; citing De Charms. 1968) ได้ทำการศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน - ภายนอกตนเหมือนกันแต่อาศัยแนวคิดตามหลักความจริงเบื้องต้นในทฤษฎีแรงจูงใจทั่วไปซึ่งระบุว่าแรงจูงใจอันดับแรกของมนุษย์เราก็คือ ความพยายามที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมให้ได้ผล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน

โลเวนสไตน์ และไรน์ฮาร์ท (Lowenstein and Rineheart. 1981 : 246) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน โดยใช้ทฤษฎีความเชื่ออำนาจ

ภายใน - ภายในนอกตนของรอตเตอร์ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายในนอกตน ดังนี้

1. ประสบการณ์ในอดีต เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระบบความเชื่อในปัจจุบันของบุคคล ประสบการณ์ในชีวิตที่มีผลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน - ภายในนอกตนนั้น สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ

1.1 ประสบการณ์ครั้งหนึ่งในชีวิต (Episodic Antecedents) ได้แก่ ภาวะวิกฤตของชีวิต เช่น การตายของบุคคลที่รัก อุบัติเหตุ ฯลฯ ประสบการณ์ครั้งหนึ่งในชีวิตลักษณะนี้อาจจะไม่มีผลต่อการสร้างเสริมความเชื่ออำนาจภายในตนมากนัก

1.2 ประสบการณ์สะสม (Accumulative) ได้แก่ วิธีการเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดา ที่ถือว่ามีผลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน - ภายในนอกตน ซึ่งสอดคล้องกับ สตริกแลนด์ (Strickland. 1977) ที่พบว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างอบอุ่น มีความเป็นประชาธิปไตย มีอิสรภาพ การลงโทษอย่างเหมาะสม จะพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตน ส่วนเด็กที่ขาดความรัก เลี้ยงดูอย่างไม่มีความเป็นประชาธิปไตย ขาดอิสรภาพ และเมื่อทำผิดก็จะถูกลงโทษอย่างรุนแรง เด็กจะพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในนอกตนเช่นเดียวกับเด็กที่ถูกเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป ก็จะพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในนอกตน

2. ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายในนอกตน ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของบุคลิกภาพนั้นพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลทำสิ่งใดแล้วได้รับผลตอบแทนจะมีผลทำให้เกิดความหวังต่อไปเรื่อย ๆ โดยความคาดหวังนี้จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล (Rotter. 1966)

3. ผลตอบแทนที่แต่ละคนได้รับ เป็นสิ่งจำเป็นในการประเมินความเชื่อของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลคาดหวังว่าจะได้รับผลตอบแทนอะไรบางอย่างจากการกระทำ เมื่อได้ตามที่หวัง บุคคลนั้นก็จะมีความเชื่ออำนาจภายในตน เพราะคิดว่าผลที่เกิดขึ้นมาจากการกระทำของตนเอง แต่ถ้าไม่ได้ตามที่หวัง บุคคลนั้นก็จะมีความเชื่ออำนาจภายในนอกตน โดยคิดว่า การที่ไม่ได้ผลตอบแทนนั้นเป็นเพราะโชคชะตา เป็นผลจากเคราะห์กรรม หรือจากอิทธิพลของสิ่งอื่น ๆ (Rotter. 1966)

การพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนเป็นสิ่งที่ไม่ได้มีมาแต่กำเนิด เป็นสิ่งที่พัฒนามาจากประสบการณ์ชีวิต มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ดังนี้ คือ

1. อายุ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน จะเริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่บุคคลอยู่ในวัยเด็ก และมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามวัยที่เจริญเติบโตของเด็ก เด็กก่อนวัยเรียนจะรับรู้ว่าคุณค่า และสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลอย่างมาก เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเด็กโตขึ้นวุฒิภาวะมากขึ้น ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น เรียนรู้ที่จะจัดการกับตนเอง พัฒนาทักษะในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และเริ่มพัฒนาใหม่มีอิทธิพลต่อผู้อื่นโดยจะเปลี่ยนจากผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือมาเป็นผู้เริ่มกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความกระตือรือร้น การที่เด็กมีการควบคุมตนเอง และมีการรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นมาจากตนเองจะสะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการของเด็กในด้านความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน (Distefano, Pryer and Smith. 1973 : 151 - 153)

2. ประสบการณ์การเลี้ยงดู โดยทั่วไปแล้วพ่อแม่ผู้ทำหน้าที่อบรมเลี้ยงดูลูกนั้น จะมีอิทธิพลในด้านการปลูกฝังความคิด ความเชื่อ และค่านิยมต่าง ๆ ให้กับเด็ก โดยเด็กจะซึมซับประสบการณ์เหล่านี้โดยไม่รู้ตัว พ่อแม่จะอบรมเลี้ยงดูลูกไปตามพื้นฐานความเชื่อของตนเอง ถ้าตนเองเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ก็จะอบรมเลี้ยงดูลูกให้มีความเชื่ออำนาจภายในตน ถ้าตนเองเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ก็จะอบรมเลี้ยงดูลูกให้มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

3. สภาพแวดล้อมทางด้านบุคคล และสังคมต่าง ๆ เช่น ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อของกลุ่มคนในชุมชน และแนวทางการปฏิบัติที่สืบทอดต่อกันมา จนกลายเป็นวิถีชีวิต แนวทางการปฏิบัติเหล่านี้จะถูกปลูกฝังอยู่ในระบบความเชื่อของบุคคล (Robinson and Shaver. 1980 : 171 - 173) ลีฟคอร์ท (Lefcourt. 1983 : 98) กล่าวว่า สภาพแวดล้อมทางบ้าน และสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบ้านที่อุดมไปด้วยบรรยากาศของการกระตุ้นให้เด็กได้พบกับสิ่งที่ท้าทายความสามารถ และการตั้งมาตรฐานความสำเร็จให้พอเหมาะ ตลอดจนการเสริมแรงให้เด็กมีความมานะพยายามมากขึ้น จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เด็กเกิดการพัฒนาความสำนึกถึงความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำของเขากับผลการกระทำที่เกิดขึ้น ทำให้เด็กมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากขึ้น ส่วนในทางตรงข้ามเด็กที่

อยู่ในครอบครัวที่ถูกจำกัดโอกาส ไม่ได้รับการศึกษา ขนกลุ่มน้อย หรือบุคคลที่มีสภาพสังคมและเศรษฐกิจต่ำ เมื่อเผชิญปัญหาที่ต้องพบกับความยากลำบากในการจะแก้ไข มีความรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยหรือด้อยคุณค่า จะทำให้บุคคลขาดโอกาสที่จะมีประสบการณ์กับการได้รับการเสริมแรง อันเป็นผลที่เกิดจากความพยายามกระทำของเขาซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเกิดแนวโน้มของการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ลำดับขั้นพัฒนาการของความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน

ลอเรนซ์ และวินส์เชล (Lawrence and Winschel. 1975 : 487) ได้แบ่งขั้นตอนของ พัฒนาการของความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน เริ่มตั้งแต่เด็กเล็กออกเป็น 5 ลำดับขั้น ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 บุคคลจะเชื่อว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของตน โดยเฉพาะในเหตุการณ์ที่เป็นความล้มเหลว เป็นผลที่สืบเนื่องมาจากอำนาจภายนอกที่เขาไม่สามารถจะควบคุมได้

ขั้นที่ 2 บุคคลเริ่มเกิดความเชื่ออำนาจภายในด้านการประสบความสำเร็จ ในขณะที่ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ด้านการประสบความล้มเหลวเริ่มจางหายไป

ขั้นที่ 3 บุคคลที่บรรลุวุฒิภาวะ (Maturity) จะมีความเชื่ออำนาจภายในอย่างแท้จริง แม้ว่าจะยังคงเป็นความเชื่ออำนาจภายในด้านการประสบความสำเร็จอยู่ก็ตาม

ขั้นที่ 4 พัฒนาการในขั้นที่ 3 เริ่มคงตัว ในขณะที่การตระหนักถึงภาวะรับผิดชอบและความรู้สึกกลัวที่จะเผชิญหน้ากับความยากลำบากของบุคคลได้ส่งผลให้เขาเกิดความเชื่ออำนาจภายในด้านการประสบกับความล้มเหลวเพิ่มขึ้น

ขั้นที่ 5 ในขั้นตอนที่บุคคลเกิดความเชื่ออำนาจภายในโดยแท้จริง คือ บุคคลจะแสดงออกซึ่งความรับผิดชอบ ต่อผลการกระทำที่เป็นความสำเร็จ และความล้มเหลวในปริมาณที่เท่า ๆ กัน

ตามขั้นตอนดังกล่าวมานี้ จะเห็นได้ว่า แรกเริ่มนั้นคนทั่วไปจะเกิดความเชื่ออำนาจภายนอกตนก่อน แล้วต่อมาจึงพัฒนาเป็นความเชื่ออำนาจภายในตน คือ การมีความเชื่อในการประสบความสำเร็จ และความล้มเหลวในปริมาณที่เท่าเทียมกัน และมีพัฒนาการด้านการประสบกับความล้มเหลวจะเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ในขั้นตอนสุดท้าย

การเปลี่ยนแปลงความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน จะเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของวัยที่เจริญเติบโตเนื่องจากเมื่อวัยสูงขึ้น บุคคลจะมองดูสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง และกว้างขึ้นทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อ นอกจากนี้แล้ว ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น เมื่อคนเราได้รับความทุกข์ยาก และรับรู้ว่าคุณค่าตนเองไม่มีพลังที่จะแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ บุคคลก็จะเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตเรากำหนดไปในด้านดี และบุคคลรับรู้ว่าคุณค่าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตนั้นเป็นผลที่เกิดมาจากการกระทำของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตนจะเพิ่มขึ้น ความเชื่ออำนาจภายในตนจะลดต่ำลงเมื่อถึงวัยชรา เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น บุคคลช่วยตนเองได้น้อยลง กลับต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อมของตนจึงน้อยลง บุคคลจึงแสวงหาพลังอำนาจที่อยู่ภายนอกตนมากขึ้น (Strickland. 1977 : 150 - 151) นอกจากนี้ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการได้รับผลตอบแทนที่คาดหวัง กล่าวคือถ้าบุคคลทำสิ่งใด และได้รับผลตอบแทนตามที่ตนเองคาดหวังไว้จะทำให้ความเชื่ออำนาจภายในตนเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้าตนเองทำสิ่งใด ๆ แล้วไม่ได้ผลตอบแทนจากความคาดหวังจะทำให้ความเชื่ออำนาจภายนอกตนเพิ่มมากขึ้น (Rotter. 1966)

ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน กับการพัฒนาบุคลิกภาพ

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนของบุคคลในสถานการณ์ต่าง ๆ พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนมีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพ และสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลได้ เช่น การศึกษาของ มัวร์ซันด์ (Moursund. 1976) พบว่า เด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเป็นผู้ที่ทำให้ชีวิตของตนสนุกสนานได้เสมอ มีความสุขใจในสภาพที่เป็นอยู่ มีความวิตกกังวล และความเศร้าเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะเขารู้จักประเมินจุดเด่น จุดด้อยของตนเองได้แม่นยำและสามารถที่จะต่อสู้กับสังคมและแก้ปัญหาส่วนตัวได้ดี นั่นคือ เด็กมีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ในขณะที่เดียวกันก็เปลี่ยนหรือปรับสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับตัวเขาได้ด้วย นอกจากนี้ยังชอบเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และมีความรับผิดชอบในพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งตรงกันข้ามกับเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

แวร์ไฮม์ และวูดสัน (Werhime and Woodson. 1971 : 443 - 444) กล่าวว่า เด็กชายที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะมีความเป็นอิสระพอใจกับงานที่ตนกระทำอยู่ มีความตื่นตัว ว่องไว มีกระบวนการคิดที่เป็นขั้นตอน แจ่มชัด ยอมรับ และกล้าแสดงความต้องการของตน รู้สึกว่าตนปลอดภัย และพอใจในความสามารถของตน สำหรับเด็กหญิงที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีความสงบ ปราศจากความวิตกกังวล รู้สึกว่าเร่ใจ และปราศจากความเศร้าเสียใจ

รอตเตอร์ (Rotter. 1966 : 2) พบว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน มักจะมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพเฉื่อยชา ขาดความพยายาม ไม่มีความกระตือรือร้นทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต

แพลทท์ และไอส์แมน (Platt and Eiseman. 1968 : 127) ศึกษาพบว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะเป็นผู้ที่กระฉับกระเฉง ว่องไว เห็นคุณค่าของกาลเวลา สามารถปรับตัวได้ทุกสถานการณ์ และมีความวิตกกังวลน้อย นอกจากนั้นแล้ว รอตเตอร์ (Rotter. 1971 : 86) กล่าวว่า บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน ยังมีประสิทธิภาพในการควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ดีกว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้วย

ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน มีผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลเป็นอย่างมาก สตรีกแลนด์ (Strickland. 1977 : 247 - 255) กล่าวว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน มีความสัมพันธ์กับการมีสภาพอารมณ์ที่ไม่มั่นคงซึ่งง่ายต่อการเกิดความวิตกกังวล ส่วนความเชื่ออำนาจภายในตนนั้นมีความสัมพันธ์กับสภาพอารมณ์ที่ปกติ มีความเครียดน้อย และสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข ทำให้บุคคลนั้นสามารถปรับจิตใจ ตลอดจนตอบสนองต่อการรักษาทางจิตบำบัดได้ดีกว่าผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน นอกจากนี้ยังพบว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตนของผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเป็นโรคจิต เช่น จิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น สำหรับผู้ที่รู้สึกว่าตนเองไม่มีพลัง ไม่มีความสามารถที่จะควบคุมวิถีชีวิตของตนเองได้ มักจะมีอาการซึมเศร้าอยู่เสมอ นาดิทช์ การ์แกน และไมเคิล (Naditch, Gargan and Michael. 1975 : 252) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนกับสุขภาพจิตของนักเรียนเตรียมทหาร ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีอาการซึมเศร้า และการมีความวิตกกังวล ส่วนความเชื่ออำนาจภายในตนนั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีสุขภาพจิตดี และการมีความสุข

ฉะนั้น จะเห็นได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคคลมีบุคลิกภาพแตกต่างกันออกไป การที่จะเข้าใจและอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลใดได้นั้นจำเป็นต้องศึกษาถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่อบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ

ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนกับการเผชิญภาวะเครียด

เฮิร์ช และไฮท์ (Hersch and Scheihe. 1967 : 609 - 613) และวัตสัน (Watson. 1967 : 91 - 92) ได้กล่าวสอดคล้องกันว่า เมื่อบุคคลจะประสบกับภาวะเครียดจะหาทางปรับตัว ซึ่งมีอยู่ 2 วิธี คือ ปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์นั้นหรือหาทางหลบหลีกจากสถานการณ์นั้น และจากการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน พบว่าในสถานการณ์ทั่วไป ผู้เชื่ออำนาจภายนอกตนมีความวิตกกังวลมากกว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตนและยังมีแนวโน้มว่าจะพยายามหลีกเลี่ยงหนีจากสถานการณ์ที่ตนกำลังประสบอยู่อีกด้วย แต่ถ้อยอยู่ในสถานการณ์ที่ถูกข่มขู่ หรือถูกทำร้าย ฟาเรส ริชชี และเดวิส (Phares, Ritchie and Davis. 1968 : 402 - 405) พบว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะตัดความวิตกกังวลออกไปจากความรู้สึกของตนมากกว่าบุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน ทั้งนี้เพราะผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตนสามารถให้เหตุผลว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอยู่ภายนอกอำนาจควบคุมของเขา เขาไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบในเหตุการณ์นั้น นอกจากนี้ ยังพบว่า บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตนสามารถลืมเหตุการณ์ด้านลบได้มากกว่าบุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน ซึ่งเป็นบุคคลที่พยายามแสวงหาโอกาสที่จะปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อแก้ไขสถานการณ์ให้สำเร็จ ล่วงไปในขณะที่บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตนรู้สึกอยู่ตลอดเวลาว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือควบคุมเหตุการณ์นั้นได้เลย

รอตเตอร์ และมุลรี (Rotter and Mulry. 1965 : 598 - 604) พบว่า ความเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด แม้ว่าบุคคลจะประสบกับเหตุการณ์ที่เหมือนกัน แต่การยอมรับเหตุการณ์ หรือการปฏิบัติตนจะแตกต่างกันออกไป ตามความคิด ประสบการณ์ และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์นั้น

โฟล์คแมน เชพเฟอร์ และลาซารัส (Folkman, Schaefer and Lazarus. 1982 : 11) กล่าวว่า ความเชื่อของบุคคลมีอิทธิพลต่อความคิดและการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่คุกคาม ทำให้บุคคลสามารถที่จะควบคุม หรือเอาชนะต่อสิ่งที่คุกคามบางอย่างได้

เมอร์เรย์ และฮูลส์คอตเตอร์ (Murray and Huelskoetter. 1983 : 409) ได้กล่าวว่า บุคคลที่สามารถเผชิญต่อภาวะของการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ตลอดจนภาวะวิกฤตต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม แก่ไขสถานการณ์เหล่านั้นได้อย่างมีเหตุมีผล สามารถปรับตัวได้ดีมักจะเป็น บุคคลที่มีความเชื่อมั่นภายในตนสูง และในทางตรงข้าม บุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดต่าง ๆ ได้ ไม่ยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตน โยนความผิดให้ผู้อื่น มักพบว่า มีความเชื่อมั่นภายในตนสูง

จอห์นสัน และคิลแมนน์ (Johnson and Kilmann. 1975 : 55) ศึกษาความเชื่อมั่นภายใน - ภายนอกตนกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการแก้ปัญหาของ นักศึกษาในมหาวิทยาลัยพบว่า บุคคลที่เชื่อมั่นภายในตนจะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการแก้ปัญหาสูงกว่าบุคคลที่มีความเชื่อมั่นภายนอกตน ซึ่งจากการศึกษาของ โวลค์ และดู เซทท์ (Wolk and Du Cette. 1974 : 90 - 101) พบว่า บุคคลที่มีความเชื่อมั่นภายในตนมีแรงจูงใจมากกว่า และสามารถแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ มาช่วยในการแก้ไข หรือเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ประสบได้ดีกว่าบุคคลที่มีความเชื่อมั่นภายนอกตน

เรย์ (Ray. 1982 : 487 - 488) พบว่า ผู้ที่เชื่อมั่นภายในตน เมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะเครียด จะพยายามค้นหาข้อเท็จจริง และแก้ไขสถานการณ์นั้น ในขณะที่ ผู้ที่เชื่อมั่นภายนอกตนจะยอมรับเหตุการณ์โดยไม่คิดจะแก้ไข

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการให้ข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ กันที่มีต่อความวิตกกังวล วิลสัน บาร์เนตต์ (Bailey and Clarke. 1989 : 176 ; citing Wilson Barnett. n.d.) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ข้อมูล และไม่ให้ข้อมูลในผู้ป่วยก่อนเข้ารับการสวนทวารหนักด้วยแบบเรียม เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรค ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล มีความวิตกกังวลภายหลังการตรวจที่ต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูล

ต่อมา ฮาร์ตฟิลด์ และคาสัน (Hartfield and Cason. 1981 : 151 - 153) ได้ทำการศึกษาซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเช่นเดียวกัน โดยแบ่งชนิดของการให้ข้อมูลเป็น 2 แบบ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจต้องประสบขณะรับการสวนทวารหนักด้วยแบบเรียม โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้รับข้อมูลแต่ละชนิด 2 กลุ่ม อีกกลุ่มเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้

รับข้อมูล พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ อย่างมีนัยสำคัญแต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน

เจนนิเฟอร์ (Jenifer. 1993 : 118 - 127) ศึกษาเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยที่มีต่อวิธีการทางแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยเกือบทุกรายมีปัญหาด้านจิตใจ มีความไม่สบายกายและไม่สบายใจ เนื่องจากขาดการเตรียมตัวทำให้มีอาการเรื้อรัง ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น จากการศึกษาจึงเสนอว่าควรให้มีการให้ข้อมูลที่เพียงพอ การสอนเทคนิคการผ่อนคลาย และวิธีเผชิญปัญหาให้แก่ผู้ป่วย

สหรั้งงานวิจัยในประเทศ มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมากมาย งานที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้

ฉวี มากพุ่ม (2530 : ก - ข) ได้ศึกษาถึงผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยที่ผ่าตัดในอุ้งน้ำดีผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะภายหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่า ก่อนได้รับข้อมูล

ซึ่งสอดคล้องกับ กัญจน์ พิลัยะ (2530 : ก - ข) ที่ได้ศึกษาเรื่องผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล และการปรับตัวต่อการเป็นมะเร็ง ในผู้ป่วยมะเร็งแรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งแรกที่แพทย์นัดเข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลรามารับดี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 ราย พบว่าการสอนอย่างมีแบบแผนสามารถช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้

นิเก้ไธญ์ อางสาละ และคนอื่น ๆ (2533 : 108 - 109) ได้ศึกษาเรื่องผลการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศหญิงและชายอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลห้องผ่าตัดตามแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในวันก่อนผ่าตัด 1 วัน วัดความวิตกกังวลก่อนเยี่ยมและเข้าวันผ่าตัด พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วยภายหลังเยี่ยมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความวิตกกังวลภายหลังการเยี่ยมของกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แก้วสามสี สาเจริญ (2535 : ก - ข) ศึกษาถึงผลการให้ข้อมูลที่มีต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 30 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ข้อมูลขั้นตอนวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการผ่าตัด กลุ่มที่ 2 ให้ข้อมูลขั้นตอนวิธีปฏิบัติ

ร่วมกับความรู้สึก ไม่ได้ศึกษากลุ่มควบคุม หลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกับก่อนทดลอง และกลุ่มที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนทดลองที่ระดับ .05

นวลจันทร์ พูลสมบัติ และคนอื่น ๆ (2537 : ก - ข) ท้าการศึกษาผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 40 คน โดยแยกเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ผ่าตัด แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำอย่างมีแบบแผน กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำทีมผู้ป่วย ผลการทดลองพบว่าระดับความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ในเข้าวันก่อนผ่าตัดและระดับความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) หลังการผ่าตัด 48 ชั่วโมง

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นนั้นจะเห็นได้ว่า การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้นมีผลต่อการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยจึงคิดว่าการให้ข้อมูลตามแบบแผนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้จะทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยลดลงได้ ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางอารมณ์ยังมีน้อยมาก ส่วนมากจะเป็นการให้เสริมไปกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ซึ่งพอค้นคว้าได้ดังนี้

ซมิท และวูลดริจ (Schmith and Wooldrige. 1973 : 109 - 115)
ได้ศึกษาผลการเตรียมทางด้านจิตใจในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อการลดภาวะเครียด ซึ่งวัดได้จากการตอบสนองทางสรีรวิทยาภายหลังผ่าตัด ต่อความเครียดในผู้ป่วย 2 กลุ่ม ที่แบ่งโดยวิธีจับคู่ โดยไม่มีความแตกต่างกันในอายุ อาชีพ ฐานะทางการเงิน ศาสนา และวิธีการที่จะผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้เข้ากลุ่มย่อยเพื่ออภิปรายปัญหา ความรู้สึกนึกคิด ความวิตกกังวล และความกลัว โดยมีพยาบาลคอยให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสอนวิธีการปฏิบัติตนระยะหลังผ่าตัด โดยในการอภิปรายจะมีผู้ป่วยทำผ่าตัดแล้วได้ผลดี มีสภาพจิตใจมาร่วมแสดงความคิดเห็น และเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดใช้เวลาเข้ากลุ่ม 60 นาที และผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในเช้าวันผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยบรรยายความวิตกกังวลโดยผู้วิจัยคอยให้ข้อมูลบางอย่างเพิ่มเติม ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามกิจวัตรประจำวันจากพยาบาลประจำการ ผลการศึกษาสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนจะมีความวิตกกังวล และมีความต้องการยาแก้ปวดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ผู้ป่วย

กลุ่มทดลองสามารถรับประทานอาหารทางปากได้เร็วกว่าและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุม

ศิริกาญจน์ เฝือกเทศ (2527 : ข - ค) ศึกษาผลการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อนและการผ่าตัดเลาะหลอดเลือดคอในอุ้งอัมตะ ซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศชาย จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลทางด้านจิตใจใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลในวันก่อนการผ่าตัด 1 วัน แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม พบว่า ระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลทางด้านจิตใจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

งานวิจัยของ อนุมศรี คูอาริยะกุล (2538 : 76) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านมหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์มีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วน ดัลลันย์ และคนอื่น ๆ (Dulaney and others. 1990 : 319 - 324) ศึกษาเปรียบเทียบการสอนและการให้โปรแกรมสนับสนุนในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก พบว่าการใช้วิธีผสมผสานระหว่างการให้ความรู้และการสนับสนุน เพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดมดลูกนั้น จากการสังเกตและศึกษาผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด มีสภาพร่างกายทั่วไปหลังผ่าตัดดี แต่มีพฤติกรรมซึมเศร้าและร้องไห้ พบว่าปัญหาดังกล่าวมักมาจากการขาดข้อมูล และการได้รับข้อมูลที่ผิดพลาด

จะเห็นได้ว่าข้อมูลและการสนับสนุนทางด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเช่นกัน ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่ออาถรรพณ์ใน - ภายนอกตน ที่มีต่อความวิตกกังวล การเพิกเฉยจะเครียดที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้

เวลเคอร์ (Welker. 1972 : 7328 - B) ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างบุคคลโดยดูจากเพศ ความเชื่ออาถรรพณ์ใน - ภายนอกตน ผลทางด้านจิตใจ ทดลองกับ

นักศึกษา 240 คน จับคู่หญิงและหญิง, ชายและชาย เป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม ให้เล่นการพนันอย่างหนึ่งที่ใช้เงินเป็นเดิมพัน แล้ววัด MMPI พบว่าพวกที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองทั้งหญิงและชายมีสติ (Ego Strength) มากกว่า

ควบคุมอารมณ์ (Emotion Distress) ได้ดีกว่า มีการปรับตัวผิดปกติ (Maladjustment) น้อยกว่า มีความวิตกกังวลและพึ่งพาผู้อื่นน้อยกว่าพวกที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน เพศ และความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

ซาโรจ (Saroj. 1993 : 103 - 108) ได้ทำการทดลองวัดผลของความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน-ความวิตกกังวลและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ กับเด็กนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 109 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนมีความวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

งานวิจัยของ ทศนา โฉมทิ (2518 : 34) เรื่องการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ อันเป็นผลของสารสื่อที่ทำให้เกิดความกลัว และความเชื่ออำนาจภายในตน โดยทำการทดลองกับเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 90 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นพวกที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน 45 คน และพวกที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน 45 คน พบว่ากลุ่มทดลองที่เชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มทดลองที่เชื่ออำนาจภายนอกตน

ส่วน วรณี บรรเทิง (2527 : ค) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน กับพฤติกรรมการเพชฌฆาตจะเครียดก่อนฆ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 8 - 12 ปี จำนวน 50 ราย พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเพชฌฆาตจะเครียดก่อนฆ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) นั่นคือเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเพชฌฆาตจะเครียดแบบยอมรับความจริงมากกว่าเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ จะเห็นได้ว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีผลต่อระดับความวิตกกังวลและการสนับสนุนผู้ป่วยในด้านจิตใจหรืออารมณ์ มีผลเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ยังเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและการเรียนรู้ด้วย ดังนั้นจึงนำมาเป็นพื้นฐานในการตั้งสมมติฐานในงานวิจัย

6. สมมติฐานการวิจัย

จากการประมวลทฤษฎี ข้อคิดเห็น และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นนี้ ทำให้ได้
หลักฐานในการตั้งสมมติฐาน ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่ำกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์
3. ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน
4. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล และไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์
5. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล และมีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน
6. ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และมีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน
7. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

เพื่อศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูล และการสนับสนุนทางอารมณ์ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่มีความเชื่ออาณานิคมภายใน - ภายนอกคน แตกต่างกัน โดยดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. วิธีดำเนินการวิจัย
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
6. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลตากสิน สำนักรักษาแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 25 - 55 ปี ซึ่งมารับการรักษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2540

2. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยศัลยกรรมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตากสิน สำนักรักษาแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 25 - 55 ปี เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตามระยะเวลา นับจากผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2540 จำนวน 80 คน โดยกำหนดคุณสมบัติจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ รู้ตัวดี ไม่มีความผิดปกติในการมองเห็น หรือการได้ยิน สามารถติดต่อสื่อสารรู้เรื่อง ไม่มีความผิดปกติทางสมอง หรือจิตใจ

2. ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใด ๆ มาก่อน

3. ไม่มีประวัติโรคประจำตัว เช่น โรคปอด โรคไต โรคหัวใจ

โรคความดันโลหิตสูง โรคจิต โรคประสาท

4. มารับการผ่าตัดที่ไม่รีบด่วน หรือการผ่าตัดที่ไม่มีผลต่อจิตใจโดยตรง เช่น มะเร็ง
5. ไม่อยู่ในภาวะทุพโภชนาการจากโรค
6. เป็นผู้นิยมให้ความร่วมมือในการวิจัย

การจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมาเข้าอยู่ในโรงพยาบาล จะได้รับการทดสอบ วัดลักษณะความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน นาคะแนที่ได้มาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของ คะแนนกลุ่ม คือผู้ได้คะแนนจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน สูงกว่าค่าเฉลี่ย ของคะแนนกลุ่ม กำหนดว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ส่วนผู้ที่ได้คะแนนจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่ม กำหนดว่า เป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามระยะเวลา ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน 40 คน และกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน 40 คน จัดเป็นกลุ่มทดลองอย่างละ 3 กลุ่ม กลุ่มควบคุมอย่างละ 1 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มจัดให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในเรื่องต่อไปนี้

1. อายุ อยู่ในระดับเดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน ต่างกันไม่เกิน 5 ปี
2. การวินิจฉัยโรคอย่างเดียวกัน หรือ ใกล้เคียงกัน
3. ระดับการศึกษา อยู่ในระดับเดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน

โดยกำหนดให้ผู้ป่วยคนแรกเป็นกลุ่มทดลองให้ข้อมูล คนที่ 2 ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ คนที่ 3 ให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ คนที่ 4 ให้ข้อมูล คนที่ 5 ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ทำเช่นนี้สลับกันไปในระยะแรกยังไม่สามารถแยกกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน และกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนได้ เมื่อทำการทดลองได้ประมาณ 30 คน จึงพอประเมินค่าเฉลี่ยคะแนนกลุ่ม ค่อย ๆ จัดกลุ่มทำการทดลองจนครบ 6 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน หลังจากนั้นเป็นกลุ่มที่ไม่ให้ข้อมูล และไม่สนับสนุนทางอารมณ์ อีก 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน เช่นเดียวกัน ดังแสดงรูปแบบของการทดลองตามตาราง 1

ตาราง 1 แสดงรูปแบบของการทดลอง

			การสนับสนุนทางอารมณ์	
			สนับสนุน	ไม่สนับสนุน
เชื่อกำลังภายในตน	ข้อมูล	ให้	10	10
		ไม่ให้	10	10
เชื่อกำลังภายนอกตน	ข้อมูล	ให้	10	10
		ไม่ให้	10	10

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบแผนการให้ข้อมูล
 - 1.2 แบบแผนการสนับสนุนทางอารมณ์
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบวัดความเชื่อกำลังภายใน - ภายนอกตน
 - 2.2 แบบวัดความวิตกกังวล

การสร้างเครื่องมือ

แบบแผนการให้ข้อมูล

แบบแผนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับแผนการให้คำแนะนำ และการให้ข้อมูล โดยเฉพาะความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดของ ชมิษฐา นาคะ (2534) ซึ่งมีหัวข้อเรื่องเรียงตามลำดับความต้องการของผู้ป่วย ดังนี้ คือ

1. การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
3. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความผิดปกติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
4. สาเหตุของโรค
5. ผลการผ่าตัด
6. การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด
7. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด
8. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด
9. ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถทำงานได้ตามปกติ
10. ชื่อแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด
11. อาการและอาการแสดงของโรค
12. ชื่อโรค
13. ความรู้สึกหลังผ่าตัด
14. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น
15. ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด
16. พยากรณ์โรค
17. เหตุผลในการผ่าตัด
18. การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
19. ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น
20. ภาวะเบี้ยยของโรงพยาบาล
21. ชนิดของการผ่าตัด

22. ชื่อของพยาบาลผู้ให้การพยาบาล
23. การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัด
24. ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด
25. ค่ารักษาพยาบาล
26. วิธีระงับความรู้สึกที่ได้รับขณะผ่าตัด
27. ชนิดของยาที่ได้รับ
28. เหตุผลในการใช้ยา
29. วิธีการผ่าตัด
30. ความรู้สึกขณะผ่าตัด

จากหัวข้อดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาจัดเป็นแบบแผนการให้ข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. คัดเลือกเนื้อหา และภาพประกอบการในการให้ข้อมูลที่เหมาะสม แล้วนำมาเรียบเรียงให้เป็นไปตามลำดับขั้นตอน
2. นำแบบแผนการให้ข้อมูลที่สร้างขึ้นนี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม สำหรับผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยนำแบบแผนการให้ข้อมูลที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีคุณสมบัติอย่างเดียวกัน ที่โรงพยาบาลตากสิน สำนักรักษาแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 คน เพื่อหาข้อบกพร่องของแบบแผน แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

แบบแผนการสนับสนุนทางอารมณ์

แบบแผนการสนับสนุนทางอารมณ์ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาดูรายการเอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ แบบแผนที่ดีที่งานนี้มีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ให้การยกย่อง (Esteem)
2. การให้ความไว้วางใจ (Trust)
3. การให้ความสนใจ (Concern)

4. การให้ความรักใคร่ ห่วงใย (Affection)
5. การให้ความเชื่อมั่น (Reassurance)
6. การสนับสนุนทางความคิด การกระทำที่เป็นประโยชน์ (Encouragement)
7. การแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เหมาะสม การเผชิญปัญหา การปรับปรุงตน

(Advice)

8. การจูงใจ และชักชวน (Suggestion & Persuasion)
 9. การระบายอารมณ์ ความรู้สึกเก็บกดออกมาได้อย่างอิสระ (Ventilation)
- จากหัวข้อดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยได้นำมาจัดเป็นแบบแผนการสนับสนุนทางอารมณ์โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สร้างรูปแบบการกระทำที่มีจุดมุ่งหมายสอดคล้องกับหัวข้อการสนับสนุนทางอารมณ์
2. นำแบบแผนการสนับสนุนทางอารมณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ที่ทรงคุณวุฒิ คือ จิตแพทย์

3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม สำหรับผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยนำแบบแผนการสนับสนุนทางอารมณ์ที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณสมบัติอย่างเดียวกัน ที่โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 คน เพื่อหาข้อบกพร่องของแบบแผน แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน

แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน ของพรศิริ โรจน์รัตน์เกียรติ (2535 : 73 - 76) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน ของ นวลเพ็ญ วิเชียรโชติ (Nuanpen Wichiarajote. 1968) ที่แปลมาจากแบบทดสอบ ของรอตเตอร์ (Rotter) แคทคอสกี และเพรสตัน (Katkousky and Presten) และแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนของ ทศนา ทองภักดี (2528 : 5) ลักษณะของแบบสอบถามจะวัดเนื้อหาเกี่ยวกับความเชื่อของบุคคลในจุดมุ่งหมาย หรือผลสำเร็จต่าง ๆ ตลอดจนความล้มเหลว ว่ามีสาเหตุจากการกระทำของตนเอง มิใช่เกิดจากโชคชะตา ความบังเอิญหรือบุคคลที่มีอำนาจอยู่เหนือตนแบบวัดนี้ประกอบ

ด้วยข้อความ จำนวน 10 ข้อ มีทั้งข้อความที่เป็นทางบวก และทางลบ ลักษณะแบบวัดเป็น
มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ชนิด 6 คำตอบ จากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย
โดยให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ

ตัวอย่าง ต่อไปนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกทั่วไป ต่อเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นในชีวิต
ประจำวันของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องตรงตามความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านเพียง
ช่องเดียวในแต่ละข้อ

ข้อความ	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
0. เมื่อท่านวางโครงการที่จะ ทำอะไรก็แน่ใจได้ว่า จะทำ สิ่งนั้นได้สำเร็จ						
00. ส่วนมากเรื่องเศร้าในชีวิต คนเราเป็นผลมาจาก เคราะห์ร้าย						

เกณฑ์การให้คะแนน และแบ่งระดับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคน

เกณฑ์การให้คะแนน

ถ้าคำตอบแสดงถึงความเชื่ออำนาจภายในตน เช่น สำหรับข้อ 0 ถ้าตอบจริงที่สุดได้
6 คะแนน จริง 5 คะแนน ค่อนข้างจริง 4 คะแนน ค่อนข้างไม่จริง 3 คะแนน ไม่จริง
2 คะแนน ไม่จริงเลย 1 คะแนน

ถ้าคำตอบแสดงถึงความเชื่ออำนาจภายนอกตน เช่น สำหรับข้อ 00 ถ้า คำตอบจริง
ที่สุดได้ 1 คะแนน จริง 2 คะแนน ค่อนข้างจริง 3 คะแนน ค่อนข้างไม่จริง 4 คะแนน ไม่จริง
5 คะแนน ไม่จริงเลย 6 คะแนน

การแบ่งระดับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน

ผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดความเชื่ออำนาจ

ภายใน - ภายนอกตนสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่ม (41.71)

ผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดความเชื่ออำนาจ

ภายใน - ภายนอกตนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่ม (41.71)

แบบวัดความวิตกกังวล

แบบวัดความวิตกกังวลนี้ ผู้วิจัยนำมาจากมาตรฐานวัดความวิตกกังวล ของวีเวอร์

และโลวี (Wewers & Lowe. 1990 : 227 - 236) ซึ่งเป็นมาตรวัดโดยการประเมินทาง
สายตา (Visual Analogue Scale) เพื่อใช้วัดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย มีลักษณะเป็น
มาตรวัดที่มีค่าการประเมินตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยกำหนดให้เป็นความรู้สึก ตั้งแต่ไม่มีความ
วิตกกังวล จนถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด ความยาวของมาตรนี้เท่ากับ 10 เซนติเมตร หรือ
100 มิลลิเมตร ซึ่งมีลักษณะดังนี้



วิธีใช้มาตรวัดความวิตกกังวลแบบประเมินทางสายตา (Visual Analogue Scale)

โดยผู้วิจัยนำมาตรวัดความวิตกกังวลนี้ สอบถามถึงความรู้สึกวิตกกังวลต่อการผ่าตัดของ
ผู้ป่วยตามความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีอยู่ และเป็นจริงในขณะตอบคำถามนั้น แล้วให้ผู้ป่วยกาเครื่องหมาย
ตัดขวางลงบนมาตรวัดนี้ หรือใช้ปลายปากกาขีดบนเส้นตรงที่เป็นมาตรวัด หลังจากนั้น ผู้วิจัยใช้
ไม้บรรทัดวัดความยาวจากจุดไม่มีความวิตกกังวล จนถึงจุดที่ผู้ป่วยทำเครื่องหมายไว้ โดยวัด
หน่วยเป็น มิลลิเมตรตัวเลขที่ได้มา คือคะแนนความวิตกกังวล ซึ่งกำหนดความหมายของระดับ
คะแนน ดังนี้

ระดับความวิตกกังวล	ระดับคะแนน (mm.)
มาก	80 - 100
ค่อนข้างมาก	60 - 79
ปานกลาง	40 - 59
น้อย	20 - 39
น้อยมาก	00 - 19

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้

แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์ทางด้านจิตวิทยา 3 ท่าน มาแล้ว และได้วิเคราะห์หาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยวิธีหาสหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนแต่ละข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ ได้ค่าสหสัมพันธ์ในทางบวกกับคะแนนรวมทั้งฉบับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น พบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8016 สำหรับในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดอีกครั้งหนึ่งโดยนำแบบวัดนี้ไปทดสอบกับผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดที่โรงพยาบาลตากสิน สภากาชาดแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 80 ราย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแล้วนำผลวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ด้วยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) โดยถือว่าคะแนนรวมเป็นคะแนนที่แทนโครงสร้างของคุณลักษณะที่ต้องการวัด ซึ่งการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ในลักษณะนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อคำถาม เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก ของข้อคำถามเป็นรายข้อ (Item Analysis) ไปในคราวเดียวกันด้วย และนำข้อคำถามมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด เท่ากับ .77

แบบวัด ความวิตกกังวล ที่นำมาใช้นี้ ผู้วิจัยไม่ได้หาคุณภาพของเครื่องมือ—เนื่องจากแบบทดสอบความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยนำมาใช้นี้เป็นแบบวัดที่ใช้มาตรวัดระยะทางจากจุดที่ไม่มีความวิตกกังวล (0) ไปจนถึงจุดที่ผู้ป่วยบอกรู้สึกวิตกกังวลในขณะนั้น ซึ่งได้วัดออกมาเป็นระยะทางโดยใช้หน่วยมิลลิเมตร มาตรวัดความวิตกกังวลนี้ได้มาจากควีเวอร์ส—และโลวี

(Wewers and Lowe. 1990 : 227 - 236) ซึ่งคาดว่าจะมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นได้

วิธีดำเนินการทดลอง

เนื่องจากทดลองครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างไม่มีการนัดหมายล่วงหน้ามาก่อน ผู้วิจัยทำการสุ่มจากผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจึงมาไม่พร้อมกัน อย่างไรก็ตามแต่ละหน่วยของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทดลองเท่าเทียมกันทุกหน่วยตามที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการทดลองที่ตึกสัลยกรรมหญิง และตึกตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2540 มีวิธีดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ✓ ขั้นวัดลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 วัดครั้งแรกเมื่อรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

1.2 ใช้แบบวัดความเชื่ออาณาจภายใน - ภายนอกตน และมาตรวัดความ

วิตกกังวลก่อนผ่าตัด

2. ✓ ขั้นทดลอง

2.1 ทำการทดลองโดยผู้วิจัยให้ข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์ และให้ทั้งสองอย่างกับกลุ่มทดลองโดยจัดกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในแต่ละหน่วย

2.2 จัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะความเชื่ออาณาจภายใน - ภายนอกตนโดยเปรียบเทียบจากค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มที่ทำได้

2.3 การทดลองนี้ทำในตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ระยะเวลาที่ให้ในแต่ละรายประมาณ 45 นาที

3. ✓ ขั้นวัดผลการทดลอง

3.1 นำมาตรวัดความวิตกกังวลมาวัดผู้ป่วยในตอนเช้าของวันผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัด

3.2 นำคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการรวบรวมข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ทำการตรวจให้คะแนนและนำคะแนนความวิตกกังวลที่แตกต่างกันก่อนและหลังให้การทดลอง ไปวิเคราะห์ด้วยเครื่องสมองกล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS* (Statistical Package for The Social Sciences Version X)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติที่ใช้ในการรายงานข้อมูลพื้นฐานของตัวแปร ได้แก่
 - 1.1 ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)
 - 1.2 ค่าความแปรปรวนของคะแนน (Variance)
2. ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - 2.1 ค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยใช้สูตรการหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)
 - 2.2 ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ใช้วิธีหาค่าอัตราส่วนวิกฤติที่เป็นรายข้อโดยใช้วิธีการทางสถิติแบบที (t - test)
 - 2.3 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของค่าอำนาจจำแนก โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha)
3. ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

ใช้วิธี Three - Way Analysis of Variance

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

จากการทดลองกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การให้ข้อมูล ซึ่งแยกเป็นให้กับไม่ให้ การสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งแยกเป็นสนับสนุนกับไม่สนับสนุน และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน ซึ่งแยกเป็น ความเชื่ออำนาจภายในตนกับความเชื่ออำนาจภายนอกคน วัดระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยก่อนและหลังทำการทดลอง ถ้าคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองน้อยกว่าคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง ผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลจะมีค่าติดลบ ซึ่งแสดงว่าความวิตกกังวลลดลง ส่วนผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลที่มีค่าเป็นบวก แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง แต่เนื่องจากผู้วิจัยทำการวัดความวิตกกังวลหลังการทดลอง ขณะที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในห้องรอผ่าตัด ซึ่งเป็นระยะที่มีความวิตกกังวลระดับสูง ดังนั้น จึงทำให้ค่าความวิตกกังวลหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการแปลผล และความหมายของการวิเคราะห์ข้อมูลได้ตรงกัน จึงได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อ ดังต่อไปนี้

- N แทน จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่าง
- X แทน คะแนนความวิตกกังวล ซึ่งได้จากความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลอง
- $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล ซึ่งได้จากค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลที่ได้ก่อนและหลังการทดลอง
- S แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- S^2 แทน ค่าความแปรปรวน
- SS แทน ค่าบวกกำลังสองของคะแนน
- df แทน ค่าของขั้นแห่งความเป็นอิสระ

- MS แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองของคะแนน
- F แทน ค่าสถิติที่พิจารณาใน F-distribution
- * แทน ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- ** แทน ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การเสนอผลของการวิเคราะห์ข้อมูล

นำค่าผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมาวิเคราะห์และแปลผล เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ว่า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์
3. ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน
4. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลและไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์
5. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและมีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลและมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน
6. ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน
7. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการทดสอบได้ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 3 ทาง และเมื่อพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ จึงนำมาหาความแตกต่างเป็นรายคู่ต่อไป โดยใช้วิธีของ Scheffe ดังผลปรากฏในตาราง 2 ถึง 7 ดังต่อไปนี้

ตาราง 2 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ให้และไม่ให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S	S^2	N
ให้ข้อมูล	0.65	10.21	104.23	40
ไม่ให้ข้อมูล	9.32	10.53	110.84	40
รวม	4.99	11.19	125.23	80

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มที่ให้ข้อมูลมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูล และเพื่อจะทราบว่ากลุ่มที่ให้ข้อมูลและไม่ให้ข้อมูลมีผลทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยแตกต่างกันหรือไม่ จึงได้ทดสอบดังผลปรากฏในตาราง 5

ตาราง 3 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นกลุ่ม
สนับสนุนและไม่สนับสนุนทางอารมณ์

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S	S ²	N
สนับสนุนทางอารมณ์	3.00	9.15	83.85	40
ไม่สนับสนุนทางอารมณ์	6.97	12.72	161.72	40
รวม	4.99	11.19	125.23	80

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มที่สนับสนุนทางอารมณ์มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สนับสนุนทางอารมณ์ และเพื่อจะได้ทราบว่ากลุ่มที่สนับสนุนและไม่สนับสนุนทางอารมณ์ มีผลทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยแตกต่างกันหรือไม่ จึงได้ทดสอบดังผลปรากฏในตาราง 5

ตาราง 4 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยแบ่งตามความเชื่อ
อานาภายในตนและความเชื่ออานาภายนอกตน

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S	S ²	N
ความเชื่ออานาภายในตน	3.45	11.68	136.51	40
ความเชื่ออานาภายนอกตน	6.52	10.60	112.31	40
รวม	4.99	11.19	125.23	80

จากตาราง 4 พบว่ากลุ่มที่เชื่ออานาภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่า
กลุ่มที่เชื่ออานาภายนอกตน และเพื่อจะได้ทราบว่ากลุ่มที่มีความเชื่ออานาภายใน-ภายนอกตน
แตกต่างกัน มีผลทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยแตกต่างกันหรือไม่ จึงได้ทดสอบดังผล
ปรากฏในตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย แยกตามตัวแปร คือ การให้ข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์และความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน

กลุ่มตัวอย่าง	SS	df	MS	F
ผลขององค์ประกอบหลัก				
- ข้อมูล	1505.11	1	1505.11	17.10**
- การสนับสนุนทางอารมณ์	316.01	1	316.01	3.59
- ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน	189.11	1	189.11	2.15
ปฏิสัมพันธ์ 2 องค์ประกอบ				
- ข้อมูล x การสนับสนุนทางอารมณ์	1058.51	1	1058.51	12.03**
- ข้อมูล x ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน	10.51	1	10.51	0.11
- การสนับสนุนทางอารมณ์ x ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน	382.81	1	382.81	4.35*
ปฏิสัมพันธ์ 3 องค์ประกอบ				
- ข้อมูล x การสนับสนุนทางอารมณ์ x ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน	94.61	1	91.61	1.07
ส่วนที่อธิบาย	3556.69	7	508.10	5.77
ส่วนที่เหลือ	6336.30	72	88.00	
ผลรวม	9892.99	79	125.23	

จากตาราง 5 พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ไม่มีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ส่วนปฏิสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางอารมณ์และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน มีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ และเพื่อตรวจสอบว่ามีคูใดที่ต่างกัน จะได้ทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ต่อไป โดยวิธีของ Scheffe ดังผลปรากฏในตาราง 6 และ 7 ส่วนปฏิสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูลและความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ไม่มีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เมื่อพิจารณาผลขององค์ประกอบหลัก พบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน และผู้ป่วยที่สนับสนุนและไม่สนับสนุนทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและไม่ได้รับข้อมูลมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย ความวิตกกังวลของกลุ่มที่ให้ข้อมูลและกลุ่มที่ไม่ให้ข้อมูล (ดังผลในตาราง 2) พบว่า ในกลุ่มที่ให้ข้อมูลมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ข้อ 1

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในรายคู่ของกลุ่มที่ให้ข้อมูลและสนับสนุนทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน

กลุ่ม		ให้ข้อมูลแต่ ไม่สนับสนุน ทางอารมณ์	ให้ข้อมูลและ สนับสนุนทาง อารมณ์	ไม่ให้ข้อมูล แต่สนับสนุน ทางอารมณ์	ไม่ให้ข้อมูลและ ไม่สนับสนุน ทางอารมณ์
	$\bar{X}$	-1.00	2.30	3.70	14.95
-ให้ข้อมูลแต่ไม่สนับสนุนทาง อารมณ์	-1.00	-	3.30	4.70*	15.95*
-ให้ข้อมูลและสนับสนุนทาง อารมณ์	2.30		-	1.40	12.65*
-ไม่ให้ข้อมูล แต่สนับสนุนทาง อารมณ์	3.70			-	11.25*
-ไม่ให้ข้อมูลและไม่สนับสนุน ทางอารมณ์	14.95				

จากตาราง 6 พบว่ากลุ่มที่ให้ข้อมูลและสนับสนุนทางอารมณ์มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มไม่ให้ข้อมูลและไม่สนับสนุนทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ข้อ 4 และยังพบว่ากลุ่มที่ให้ข้อมูลแต่ไม่สนับสนุนทางอารมณ์กับกลุ่มที่ไม่ให้ข้อมูลแต่สนับสนุนทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ข้อมูลและไม่สนับสนุนทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่ากลุ่มที่ให้ข้อมูลแต่ไม่สนับสนุนทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ข้อมูล แต่สนับสนุนทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่แตกต่างกัน

ตาราง 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในรายคู่ของกลุ่มที่สนับสนุนและไม่สนับสนุนทางอารมณ์ ที่มีความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคน แตกต่างกัน

กลุ่ม	$\bar{X}$	สนับสนุนทาง อารมณ์ และ เชื่ออำนาจ ภายนอก	ไม่สนับสนุนทาง อารมณ์และเชื่อ อำนาจภายใน	สนับสนุนทาง อารมณ์และ เชื่ออำนาจ ภายใน	ไม่สนับสนุนทาง อารมณ์และเชื่อ อำนาจภายนอก
		2.35	3.25	3.65	10.70
-สนับสนุนทางอารมณ์และ เชื่ออำนาจภายนอก	2.35	-	0.90	1.30	8.35*
-ไม่สนับสนุนทางอารมณ์ และเชื่ออำนาจภายใน	3.25		-	0.40	7.45*
-สนับสนุนทางอารมณ์และ เชื่ออำนาจภายใน	3.65			-	7.05*
-ไม่สนับสนุนทางอารมณ์ และเชื่ออำนาจภายนอก	10.70				-

จากตาราง 7 พบว่ากลุ่มที่ให้การสนับสนุนทางอารมณ์และเชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ให้การสนับสนุนทางอารมณ์และเชื่ออำนาจภายนอกตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ข้อ 6 และยังพบว่ากลุ่มที่ให้การสนับสนุนทางอารมณ์และเชื่ออำนาจภายนอกตน กับกลุ่มที่ไม่ให้การสนับสนุนทางอารมณ์และเชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ให้การสนับสนุนและเชื่ออำนาจภายนอกตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

จุดมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับข้อมูล
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์
3. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่มีความเชื่อภายใน - ภายนอกตน แตกต่างกัน
4. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ที่มีต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
5. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูลและความเชื่อภายใน - ภายนอกตนที่มีต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย
6. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางอารมณ์และความเชื่อภายใน - ภายนอกตน ที่มีต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย
7. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์และความเชื่อภายใน - ภายนอกตน ที่มีต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์
3. ผู้ป่วยที่มีความเชื่อภายในตนมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อภายนอกตน
4. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลและไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์

5. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและมีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลและมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

6. ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

7. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตากสิน สังกัดการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 25 - 55 ปี เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตามระยะเวลานับจากผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม 2540 จำนวน 80 คน ดึงผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและตึก ตา หู คอ จมูก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

- แบบแผนการให้ข้อมูลและแบบแผนการสนับสนุนทางอารมณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน และแบบวัดความวิตกกังวล แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในของ พรศิริ โรจน์รัตน์เกียรติ (2535 : 73 - 76) เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ชนิด 6 คำตอบ จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 ส่วนแบบวัดความวิตกกังวล ผู้วิจัยนำมาจากมาตรวัดความวิตกกังวลของ วีเวอร์ส และโลว์ (Wewers and Lowe. 1990 : 227 - 236) เป็นมาตรวัดโดยการประเมินทางสายตา (Visual Analogue Scale) ที่มีค่าการประเมินตั้งแต่ 0 ถึง 10

โดยกำหนดให้เป็นความรู้สึกตั้งแต่ไม่มีความวิตกกังวลจนถึงมีความวิตกกังวลมากที่สุด ความยาวของมาตรวัดนี้เท่ากับ 10 เซนติเมตร วัดระยะจากจุดที่ไม่มีความวิตกกังวลถึงจุดที่ผู้ป่วยทำเครื่องหมายตามความรู้สึกของผู้ป่วยขณะนั้น โดยวัดหน่วยเป็นมิลลิเมตร ค่าที่ได้คือคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

3. ~~วิธีดำเนินการทดลอง~~

ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่าง นำเครื่องมือมาตรวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน และวัดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลก่อนให้การทดลองและใช้แยกกลุ่มตัวอย่างตามความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่ม = 41.71 ผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มกำหนดว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ส่วนผู้ที่ได้คะแนนจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่ม กำหนดว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ผู้วิจัยให้การทดลองแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยจัดให้แต่ละกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในเรื่องอายุ การศึกษา โรค ชนิดการผ่าตัด ผู้วิจัยทำการทดลองให้ข้อมูลสนับสนุนทางอารมณ์ และให้ข้อมูลร่วมกับสนับสนุนทางอารมณ์แก่กลุ่มตัวอย่าง ในตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ใช้เวลาประมาณคนละ 45 นาที และนำมาตรวัดความวิตกกังวลวัดซ้ำอีกครั้งในเช้าของวันผ่าตัด ถือเป็นความวิตกกังวลหลังการทดลอง ผู้วิจัยกระทำจนได้ตัวอย่างกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 คน จำนวน 6 กลุ่ม และเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้ทำการทดลอง 2 กลุ่ม

~~การวิเคราะห์ข้อมูล~~

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถามทุกฉบับ จากนั้นให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ ดังนี้

1. คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย ตามกลุ่มตัวอย่างที่ให้และไม่ให้ข้อมูล สนับสนุนและไม่สนับสนุนทางอารมณ์ และความเชื่ออำนาจภายในตนกับความเชื่ออำนาจภายนอกตน

2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดระหว่างกลุ่มให้ข้อมูล สนับสนุนทางอารมณ์ และกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนชนิด 3 ทาง (Three - Way Analysis of Variance) และเมื่อพบความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ได้ทดลองเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อ โดยวิธีของ Scheffe

การวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังกล่าว ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ด้วยเครื่องสมองกลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS^x (Statistical Package for the Social Science Version X)

สรุปผลการวิจัย

1. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มให้ข้อมูลต่ำกว่ากลุ่มไม่ให้ข้อมูลภายหลังได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ

1 ที่ระบุว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล

2. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มสนับสนุนทางอารมณ์และไม่สนับสนุนทางอารมณ์ก่อนได้รับการทดลองกับหลังได้รับการทดลองไม่แตกต่างกัน ผลการทดลองไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ที่ระบุว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์

3. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มที่เชื่ออำนาจภายในตนและกลุ่มที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 3 ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่เชื่ออำนาจภายในตนมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่เชื่ออำนาจภายนอกตน

4. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มให้ข้อมูลและสนับสนุนทางอารมณ์ ภายหลังได้รับการทดลองต่ำกว่ากลุ่มไม่ให้ข้อมูลและไม่สนับสนุนทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 4 ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและสนับสนุนทางอารมณ์มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลและไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และพบว่า กลุ่มที่ให้ข้อมูลแต่ไม่สนับสนุนทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำที่สุดต่ำกว่ากลุ่มไม่ให้ข้อมูลแต่สนับสนุนทางอารมณ์ กลุ่มไม่ให้ข้อมูลและไม่สนับสนุนทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มไม่ให้ข้อมูลแต่สนับสนุนทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มไม่ให้ข้อมูลและไม่สนับสนุนทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

X5. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มให้ข้อมูลและไม่ให้ข้อมูล ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตน ภายหลังได้รับการทดลองไม่แตกต่างกัน ผลการทดลองไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 5 ที่ระบุว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและมีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลและมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

X6. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มสนับสนุนทางอารมณ์ที่เชื่ออำนาจภายในตน ภายหลังได้รับการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มไม่สนับสนุนทางอารมณ์ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 6 ที่ระบุว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน และพบว่ากลุ่มที่ไม่สนับสนุนทางอารมณ์และเชื่ออำนาจภายนอกตนมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูงที่สุด และสูงกว่ากลุ่มสนับสนุนทางอารมณ์ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน กลุ่มไม่สนับสนุนทางอารมณ์ที่เชื่ออำนาจภายในตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่พบความแตกต่าง

✓7. ไม่พบปฏิกริยาร่วมกันระหว่างการให้ข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์และความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ผลการทดลองนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 7 ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูล ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีความเชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

✓อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ให้ข้อมูล ที่เป็นเช่นนี้เพราะการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้สถานการณ์ได้ถูกต้อง ไม่คาดการณ์ล่วงหน้าอย่างผิด ๆ ถูก ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดความวิตกกังวล มีผลงานวิจัยหลายเรื่องที่สอดคล้องกับผลการให้ข้อมูล เช่น การวิจัยของจอห์นสัน มอร์ริสซีและลีเวนทาล (Johnson, Morrissey and Leventhal, 1973) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้อง ตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจต้องประสบขณะตรวจ มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความวิตกกังวลน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ พาดิลลา และคนอื่น ๆ (Padilla and others. 1981) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อทางจมูกลงสู่กระเพาะอาหาร พบว่ากลุ่มที่ได้ข้อมูลมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทย ของฉวี มากพุ่ม (2530 : ก - ข) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดในอุ้งน้ำดี พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนให้ข้อมูลสอดคล้องกับงานวิจัยของ เรณู อาจสาลี (2533 : 108 - 109) ศึกษาผลการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนของพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วย ภายหลังเยี่ยมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความวิตกกังวลภายหลังการเยี่ยมของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ นวลจันทร์ พูลสมบัติ และคณะ (2537 : ก - ข) ที่ศึกษาผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด พบว่า ระดับความวิตกกังวลโดยเฉลี่ยของกลุ่มที่ให้คำแนะนำน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้คำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลมีบทบาทสำคัญในการลดความวิตกกังวลลงได้โดยไม่จำเป็นต้องมีปัจจัยอื่นสนับสนุน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลแต่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยที่สุด และน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล แต่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วย เพราะเมื่อบุคคลมีภาวะเครียด หรือสถานการณ์ที่มาคุกคาม บุคคลจะสามารถปรับตัวเองในการเผชิญภาวะเหล่านั้น โดยอาศัยการแปลความหมายและพิจารณาแนวทางการตอบสนองจากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ซึ่งอาจเป็นไปในลักษณะอย่างเคย หรือคุ้นเคยต่อสถานการณ์นั้น ๆ มาก่อน หรือถ้าไม่เคยตกอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ มาก่อน ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอจนสามารถจินตนาการถึงสถานการณ์เหล่านั้นได้ถูกต้องตรงความเป็นจริง หรือใกล้เคียงสถานการณ์จริงมากที่สุด เพื่อเผชิญต่อสถานการณ์คุกคามได้อย่างเหมาะสม (Johnson, Morrissey and Leventhal. 1973) ส่วนเรื่องการสนับสนุนทางอารมณ์ จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่า มีผลทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริกาญจน์ เพือกเทศ (2527 : ข - ค) ที่ศึกษาผลการพยาบาลด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลด้านจิตใจมีระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการ

พยาบาลตามปกติ ผลที่เป็นเช่นนี้เพราะการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นเรื่องเกี่ยวกับจิตใจที่ละเอียดอ่อน การให้แบบแผนสนับสนุนทางอารมณ์ผู้ป่วยเพียงครั้งเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยสนิทสนมคุ้นเคยจนกระทั่งไว้วางใจ ซึ่ง ไวส์ (Weiss. 1974) กล่าวว่า บุคคลที่เผชิญกับความเครียด หรือภาวะวิกฤตต้องการคำแนะนำและปลอบใจจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น ดังนั้นจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ครั้งนี้ จึงไม่สามารถลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลงได้อย่างชัดเจน แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล พบว่า กลุ่มที่ให้การสนับสนุนทางอารมณ์มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเพิ่มขึ้นน้อย ไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความแตกต่างได้ อย่างไรก็ตาม พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลและไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มีมากที่สุดและมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและได้รับการสนับสนุนหรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล แต่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดซึ่งมีความวิตกกังวล เมื่อได้รับการดูแลเอาใจใส่ พุดคุย ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความเข้มแข็งและเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม จึงช่วยลดความวิตกกังวลได้มากกว่าการไม่ได้รับข้อมูลและไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ (Palsson and Norberg. 1995 : 271-285) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนอมศรี คูอาริยะกุล (2538 : 76) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอน และความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนเรื่องความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ต่างกันในการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบว่ามีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแตกต่างกัน/ซึ่งไม่สอดคล้องกับ เวลเคอร์ (Welker. 1972 : 7328-B) ที่ทำการทดลองกับนักศึกษา 240 คน เกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างบุคคล โดยดูจากเพศ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ที่มีผลต่อจิตใจ พบว่า พวกที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความวิตกกังวลน้อยกว่าพวกที่เชื่ออำนาจภายนอกตน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ สาริจ (Saroj. 1993 : 103 - 108) ที่ทำการทดสอบวัดผลความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ความวิตกกังวล และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ กับนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา จำนวน 109 คน พบว่ากลุ่มที่เชื่ออำนาจภายนอกตน มีความวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจ

ภายในตน แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของทศนา โจมที (2518 : 34) ที่ศึกษาเรื่องการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ อันเป็นผลของสารสื่อที่ทำให้เกิดความกลัวและความเชื่ออำนาจภายในตน ทำการทดสอบกับนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 90 คน พบว่า กลุ่มที่เชื่ออำนาจภายในตน มีความวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มที่เชื่ออำนาจภายนอกตน งานวิจัยเหล่านี้แสดงถึงความขัดแย้งของกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนที่มีต่อความวิตกกังวล ซึ่งการทดลองครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การผ่าตัดเป็นสิ่งเร้าที่รุนแรงเป็นสถานการณ์ใหม่ที่คุกคามความปลอดภัย หรือความมั่นคงในการดำเนินชีวิต ย่อมต้องทำให้บุคคลนั้น ๆ ตกอยู่ในความหวาดกลัว และวิตกกังวลได้ทั้งสิ้น (บังอร เจริญชัยภูมิ. 2533 : 17) การที่ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันนั้น เนื่องจากความกลัวที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ความรู้สึกนึกคิดไม่แตกต่างกัน ดังที่สตรีกแลนด์ (Strickland. 1977 : 150 - 151) กล่าวว่า ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น เมื่อคนเราได้รับความทุกข์ยากและรับรู้ว่าคุณเองไม่มีพลังที่จะแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ บุคคลก็จะเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น ดังนั้นแม้ว่าจะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ ก็ไม่มีผลทำให้ความวิตกกังวลต่างกันอย่างชัดเจน เห็นได้จากการทดลองครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนต่างกัน เมื่อได้รับหรือไม่ได้รับข้อมูลจะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับวอล์คและคูเซตต์ (Wolk and Du Cette. 1974 : 90 - 101) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีแรงจูงใจมากกว่าและสามารถแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ มาช่วยแก้ไขหรือเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ประสบ เพื่อลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนและไม่สอดคล้องกับ เรย์ (Ray. 1982 : 487 - 488) ที่พบว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตน เมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะเครียด จะพยายามค้นหาข้อเท็จจริงและแก้ไขสถานการณ์นั้น ขณะที่ผู้เชื่ออำนาจภายนอกตน จะยอมรับเหตุการณ์โดยไม่คิดแก้ไข และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณี บรรเทิง (2527 : ค) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน พบว่าเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดแบบยอมรับความจริง มากกว่าเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน การที่ผลวิจัยในครั้งนี้เป็นเช่นนี้ เนื่องจากสถานการณ์ผ่าตัดอาจก่อให้เกิดความรู้สึกถูกคุกคามแก่ผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะมี

ความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงระดับสูง ย่อมทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลง การให้ข้อมูลหรือการสอนผู้ป่วยในระยะนี้อาจไม่น่าสนใจเพียงพอที่จะดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยในเย็นวันก่อนผ่าตัดได้ อย่างไรก็ตาม ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน มีผลต่อการสนับสนุนทางอารมณ์ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่เชื่ออำนาจภายนอกตนและไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลสูงที่สุด และสูงกว่า ผู้ป่วยที่เชื่ออำนาจภายในตนที่ได้รับการสนับสนุนและไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และผู้ป่วยที่เชื่ออำนาจภายนอกตนแต่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน มีความสัมพันธ์กับการมีสภาพอารมณ์ที่ไม่มั่นคง ซึ่งง่ายต่อการเกิดความวิตกกังวล (Strickland. 1977 : 247 - 255) สามารถรับคำแนะนำเกี่ยวกับวิถีทางที่จะประสบความสำเร็จ โดยไม่อึดอัด ไม่ต้องการเหตุผลมากนัก (Eggland. 1973 : 330) ดังนั้น เมื่อได้ให้การสนับสนุนและไม่ให้การสนับสนุนทางอารมณ์กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีผลปรากฏแตกต่างอย่างชัดเจน เมื่อผลเป็นเช่นนี้จึงควรส่งเสริม ผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งสามารถกระทำได้โดยไม่ต้องอาศัยความรู้ทางการแพทย์เพียงแต่ให้ความใกล้ชิด เอาใจใส่ ห่วงใย เอื้ออาทรแก่ผู้ป่วย น่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยลงได้

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างการให้ข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์และความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน พบว่าไม่มีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ซึ่งการศึกษาแนวโน้มไม่พบในงานวิจัยของคนอื่น ๆ แต่จากการทดลองครั้งนี้ ผลในองค์ประกอบหลักพบว่า การให้ข้อมูลมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ให้ข้อมูลและกลุ่มที่ไม่ให้ข้อมูล แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย ดังนั้นถ้าเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหรือผู้ป่วยที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนาน ๆ ได้รับความรู้จากแหล่งอื่น ๆ มากขึ้นตามที่ผู้ป่วยต้องการ น่าจะมีผลในการลดความวิตกกังวลได้มากขึ้น ส่วนการสนับสนุนทางอารมณ์ในองค์ประกอบหลักไม่พบว่ามีผลแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ทั้ง ๆ ที่มีผลงานวิจัยของ ศิริกาญจน์ เพ็ญเทศ (2527 : ข - ค) พบว่า ระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลทางด้านจิตใจ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในงานวิจัยครั้งนี้ไม่พบความแตกต่าง แต่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางอารมณ์กับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน เมื่อได้รับการสนับสนุน

ทางอารมณ์จะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่เชื่ออำนาจภายนอกตน และไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ สอดคล้องกับสตรีกแลนด์ (Strickland. 1977 : 247 - 255) ที่กล่าวว่าความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์กับสภาพอารมณ์ที่ปกติ มีความเครียดน้อย และสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข ทำให้บุคคลนั้นสามารถปรับจิตใจ ตลอดจนตอบสนองต่อการรักษาทางจิตบำบัดได้ดีกว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยที่เชื่ออำนาจภายในตน ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ทำให้เกิดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่เชื่ออำนาจภายนอกตนและไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้งนี้ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูลกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ซึ่งไม่สอดคล้องกับโวลค์ และ คูเซทท์ (Wolk and Du Cette. 1974 : 90 - 101) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มีแรงจูงใจมากกว่าและสามารถแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ มาช่วยแก้ไขหรือเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ประสบเพื่อลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน การที่ผลเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในงานวิจัยนี้ไม่มีโอกาสแสวงหาข้อมูลจากที่อื่น ๆ ได้นอกจากที่ผู้วิจัยเป็นผู้ให้เนื่องจากต้องรับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงอาจทำให้ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนได้รับข้อมูลพอ ๆ กับที่ผู้ป่วยที่เชื่ออำนาจภายนอกตนได้รับ ทำให้ผลการวิจัยจึงไม่พบความแตกต่าง และด้วยเหตุนี้อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์และความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนไม่มีผลต่อความวิตกกังวล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ควรตระหนักถึงผลกระทบของการผ่าตัดที่มีต่อสภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอยู่ในภาวะถูกคุกคาม การให้ข้อมูลอย่างเดียวเป็นวิธีที่ดีที่สุด หรือให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นแนวทางหนึ่ง ซึ่งสามารถใช้ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยลงได้
2. พยาบาลในหอผู้ป่วย ควรมีการนำแบบแผนการให้ข้อมูล หรือการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์มาใช้ในการให้การพยาบาล ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เพื่อสร้างบรรยากาศการพยาบาลที่อบอุ่น ช่วยไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเดียวดาย และลดสภาวะที่คุกคามขวัญ กำลังใจของผู้ป่วยลง

3. ควรมีการส่งเสริมให้ญาติ ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย เห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางอารมณ์ เพราะเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย และได้ผลดีในการช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนาน ๆ เช่น ผู้ป่วยอายุรกรรม หรือผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เพื่อศึกษาระยะเวลาในการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งอื่นว่ามีผลต่อความเชื่ออันอาจภายใน - ภายนอกตน เป็นอย่างไร

2. ควรมีการศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีความเชื่ออันอาจภายใน - ภายนอกตนแตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยอื่น เช่น ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการตรวจพิเศษต่าง ๆ เพื่อนำผลที่ได้มาสนับสนุนผลการวิจัยนี้ ให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ในด้านอื่น ๆ เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์หรือความร่วมมือของผู้ป่วยในการตรวจรักษา เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร สุคว้าง. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวลและพฤติกรรมเพิกเฉยภาวะเครียด ใน I.C.U. ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- กัญจน์ พิลัยะ. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่มาตัดคลอดทางหน้าท้อง วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- กันยา ออประเสริฐ. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ. ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530
- แก้วสามสี สาเจริญ, ร.อ. หญิง. ผลของการให้ข้อมูลที่มีต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535. อัดสำเนา.
- ขนิษฐา นาคะ. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา
- จิตรรา วสุวานิชและคณะ. ทฤษฎีการเรียนรู้. เอกสารประกอบการเรียนวิชา PC 427. มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2521.
- จริยาวัตร คมพัคฆ์. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- จำลอง ดิษยวณิช. จิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่ : พระสิงห์การพิมพ์, 2522.
- ฉวี มากุ่ม. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. . กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อัดสำเนา.

ช่อลดา พันธุเสนา. การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ.

กรุงเทพฯ : อมรินทร์ดิงกรุป, 2536.

✓ ชีรวัฒน์ นิจนตร. สภาพเชิงจิต สังคมในโรงเรียนกับสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่นในเขต
กรุงเทพ. ปริณยานิพนธ์ กศ.ค. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,
2526. อัดสำเนา.

ชูதிய บานปรีชา. "แพทย์ทั่วไปแก้ความกระวนกระวายใจของผู้ป่วยได้อย่างไร," วารสาร
กรรมการแพทย์. 6 : 261 - 271 ; ก.ค. - ส.ค. 2524.

ณอมศรี คูอาริยะกุล. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ ต่อ
ความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์
พย.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538. อัดสำเนา.

ทองแท้ ศีลาขาว. ผลการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อความวิตกกังวล. ปริณยานิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.

ทิพวัลย์ โพธิ์แทน. ผลของเทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบันต่อระดับความวิตกกังวลในผู้
ป่วยได้รับอุบัติเหตุทางการจราจรที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

ทัศนา โฉมทิ. การเปลี่ยนแปลงทัศนคติอันเป็นผลของสารสื่อที่ทำให้เกิดความกลัวและความ
เชื่ออำนาจภายในตน. ปริณยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2518. อัดสำเนา.

นวลจันทร์ พูลสมบัติ. ผลการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อน
และหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์,
2537.

นวลละออ สุภาพล. ทฤษฎีบุคคลิกภาพ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527.

นาฏยา เอื้องไพโรจน์. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของ
ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ พย.ม. เชียงใหม่ :
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535. อัดสำเนา.

บังอร เครียดชัยภูมิ. ผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

ปานัน บุญหลง. "มโนทัศน์ของความวิตกกังวล," การพยาบาลจิตเวช. เล่ม 1.

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทเชียงใหม่สหณกิจ, 2528.

ประคอง กระณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

ปิยะรัตน์ ภัทรภูวตล. เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลและเจตคติต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจระหว่างความคิดเห็นของผู้ป่วยกับพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

✓ พรศิริ โรจน์รัตน์เกียรติ. การศึกษาความตึงเครียดในบทบาทและกลวิธีเผชิญภาวะเครียดใน

สตรีที่มีหลายบทบาท. ปริณิฎฐานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ, 2535. อัดสำเนา.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร, 2531.

พาริตา อิบราฮิม. "ภาวะพรากความรู้สึก = มโนคติ, การประเมินและการพยาบาล,"

วารสารการพยาบาล. 38 : 46- 55 ; มกราคม - มีนาคม 2532.

ภัสพร ขาววิชา. ผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์

วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

ภาวดี มโนหาญ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการปรับตัวใน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัย

เชียงใหม่, 2536. อัดสำเนา.

เรณู อาจสำลี. "PSYCHOLOGICAL DISTUREBANCE,". เอกสารประชุมวิชาการพยาบาล

ศาสตร์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

- เรณู อาจสาลี, พิกุลทิพย์ หงษ์เหิร และ กันยา ออประเสริฐ. ผลการเย็บอย่างมีแบบแผนของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราช. รายงานการวิจัย เอกสารประชุมวิชาการ การพยาบาลศัลยศาสตร์. ครั้งที่ 3 (19 - 21 ธันวาคม 2533). กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- วรรณิ์ บรรเทิง. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน กับพฤติกรรมและการเผชิญภาวะเครียดก่อนการผ่าตัด ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- ศิริกาญจน์ เพื่อกเทศ ผลการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อน และการผ่าตัดเลาะหลอดเลือดชนิดในถุงอัณฑะซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึก ทางช่องน้ำไขสันหลัง วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- ศุภกรใจ เจริญสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังพฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในบทบาทตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพระบรมราชชนนียุช. วิทยานิพนธ์ พย.บ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537. อัดสำเนา.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ป๋อง, 2527.
- สุนีย์ ดันติพัฒนานันท์. การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์, 2522.
- องค์การอนามัยโลก. เรื่องความวิตกกังวล (World Health Organization, Organization Mondiate De La Sante). ม.ป.ท., ม.ป.ป. อัดสำเนา.
- อรอนงค์ พุมอาภรณ์. การพยาบาลทางห้องผ่าตัด กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2531.
- อุบล นิวัติชัย. หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.

- Anerbach, S.M. and M.F. Mertelli. "Anxiety, Information, Interpersonal Impact, and Adjustment to a Stressful Health Care Situation," Journal of Personality and Psychology. 44 : 1284 - 1296; June, 1983.
- Alexander, C.J. and Annette Parsons. "Collecting Psychological Data," Perioperative Patient care : The Nursing Perspective. p. 76 - 84. 2nd ed. Boston : Black Scientific Publication, 1987.
- Bachrach, Arthur J. "Learning Theory," Comprehensive Textbook of Psychiatry. p. 382. Vol.I. 3rd ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1980.
- Bailey, Roy and Margaret Clarke. Stress and Coping in Nursing. London : Chapman and Hall, 1989.
- Barbara, Isreal H. "Social Network and Social Support : Implication for Natural Helper and Community Level Intervention," Health Educational Quarterly. 12(1) : 66 ; 1985.
- Barnette, Kathryn. "A Theoretical Construct of the Concept of Touch as They Relate to Nursing," Nursing Research. 21(2) : 102 - 110 ; March - April, 1972.
- Beck, Aron T. "Cognitive : Anxiety and Psychological Disorder", Anxiety : Current Trend in Theory and Research Volume II. New York : Academic Press, 1972.
- Beland, Irend L. and Joyce Y. Passos. Clinical Nursing : Pathophysiological and Psychosocial Approaches. 4th ed. New York : Macmillan Publishing Co., Inc., 1981.
- Bird, B. Talking with Patients. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1973.
- Boore, Jennifer. "Pre-Operative Care of Patients," Nursing Times. 73(12) : 409 - 411 ; 24 March, 1977.
- Burgess, Ann Wolkert. Psychiatric Nursing in the Hospital and the community. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1981 : 30.
- Bysshe, J.E., "The Effect of Giving Information to Patients Before Surgery," Nursing England. 3(30) : 36 - 39 ; 1988.
- Caplan, G. Support Systems and Community Mental Health. New York : Behavioral Publications, 1974.
- Carnevali, Doris L. "Perspective Anxiety," American Journal of Nursing. 66 : 1538 ; July, 1966.

- Cattel, Raymond B. and I.H. Sear. The Meaning and Measurement of Neuroticism and Anxiety. New York : The Ronald Press Co., 1961.
- Cawley, M. and others. "Information and Psychosocial needs of Women Choosing Conservative Surgery/Primary Radiation for Early Stage Breast Cancer," Cancer Nursing. 13 : 90 - 94 ; April, 1990.
- Cobb, S. "Social Support as a Moderate of Life Stress," Psychosomatic Medicine. 38 : 300 - 313 ; September - October, 1976.
- Cohen, S. and T.A. Will. "Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis," Psychological Bulletin. 98 : 310 - 353 ; 1985.
- Deffenbacher, Jerry L. and Richard M. Suinn. "The Self Control of Anxiety," Self-Management and Behavior Change from Theory of Practice. p. 393 - 442. New York : Pergamon Press, 1982.
- Distefano, M.K. and C.E. Smith. "Comparison of Normal Adolescents, Psychiatric Patients and Adults on the Internal-External Control," Journal of Clinical Psychology. 40 : 151 - 153 ; February, 1973.
- Dugas, Beverly W. Introduction to Patient Care : A Comprehensive Approach to Nursing. 4th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1983.
- Dulaney, P.E. and others. "A Comprehensive Education and Support Program for Women Experiencing Hysterectomies," Journal of Gynecology Nursing. 19 : 319 - 324 ; (July - August, 1990).
- Dodge, J.S. "What Patients Should be Told Patients and Nurses Beliefs," American Journal of Nursing. 72 : 1852 - 1854 ; October, 1972.
- Eggland, Ellen T. "Locus of Control and Children with Cerebral Palsy," Nursing Research. 22 : 330 ; July - August, 1973.
- Endler, Norman S. and Edward Jean. "Stress and Personality," in Handbook of Stress. New York : Macmillan, 1982.
- Gaberson, K.B. "The Effect of Humorous Distraction on Pre-operative Anxiety," AORN Journal 54(6) : 1258 - 1264 ; 1991.
- George, J.M. and others. "The Effect of Psychological Factor and Physical Trauma on Recovery from Oral Surgery," Journal of Behavioral Medicine. 3 : 291 - 309 ; 1980.
- Goldin, Marshall D. Intensive Care of the Surgical Patient. 2nd ed. Chicago, "Year Medicine Publishers. 220 ; 1981.

- Graham, Louis E. and Elizabeth M. Conley. "Evaluation of Anxiety and Fear in Adult Surgical Patients," Nursing Research. 20(2 : 113 - 122 ; March - April, 1971.
- Gray, Melvin. Neurosis : A Comprehensive and Critical View. p. 81. New York : Van Nostrand Company, 1978.
- Groen, J.J. "The Measurement of Emotion and Arousal in the Clinical Physiological Laboratory and in Medical Practice," Emotion Theory and Measurement. New York : Raven Press, 1975.
- Hartfield, M.J. and C.L. Cason. "Effect of Information on Emotional Responses During Barium Enema," Nursing Research. 30 : 151 - 155 ; May - June, 1981.
- Hersch, P. and K.E. Scheihe. "Reliability and Validity of Internal-External Control and Personality Dimension," Journal of Consulting Psychology. 31 : 609 - 613 ; 1967.
- Izard, C.E. "Patterns of Emotions" A New Analysis of Anxiety and Depression. New York : Academic Press, 1972.
- Jacobson, D.E. "Types and Timing of Social Support," Journal of Healthy and Social Behavior. 27 : 246 - 264 ; Sept., 1986.
- Johnson, Jean E., James M. Dabbs and Leventhal Howard. "Psychosocial Factors in the Welfare of Surgical Patients," Nursing Research. 19(1) : 18 - 29 ; January - February, 1970.
- Johnson, Barry L. and Peter R. Kilmann. "Locus of Control and Percieved Confidence in Problem-Solving Abilities," Journal of Clinical Psychology. 31 : 55 ; January, 1975.
- Johnson, J.E., K.T. Kirchhoff and M.P. Endress. "Altering Children's Distress Behavior During Orthopedic Cast Removal," Nursing Research. 24 : 404 - 410 ; November - December, 1975.
- Johnson, J.E., J.F. Morrissey and H. Leventhal. "Psychological Preparation for an Endoscopic Examination," Gastrointestinal Endoscopy. 19(4) : 180 - 182 ; 1979.
- Kagan, Jerome and Ernest Haveman. Psychology and Introduction. 3rd ed. New York : Harcourt Brade Jovanovich, 1976.
- Kaplan, H.I. and B.J. Sadock. "Comprehensive Textbook of Psychiatry. p. 1234 - 1271, 1316 - 1331. 5th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1989.
- Kohoe, M.J. "The Managerment of Emotional Stress the Cardiac Patients," Contemporary Problem in Cardiology : Stress and Heart. p. 247 - 262. New York : Futura Publishing Co., Inc., 1974.

- Lader, M. and I. Marks. Clinical Anxiety. New York : Grune and Stration Inc., 1971.
- Lambert, V.A. and I.E. Lambert. "The Relationship Between Social Support and Psychological Well-Being in Rheumatoid Arthritis L&L Women from two Ethnic Groups," Health Care for Women International. 6 : 405 - 414 ; 1985.
- Lawrence, E.A. and J.F. Winschel. "Locus of Control : Implication for Special Education," Expectional Children. 4 : 483 - 490 ; 1975.
- Lazarus, Richard S. "Coping-Reaction Pattern and the Appraisals That Underlie Them," Psychological Stress and the Coping Process. p. 258 - 262. New York : McGraw-Hill Book Co., 1966.
- Lazarus, R.S. and S. Folkman. Stress, Appraisal, and Coping. p. 366. New York : Springer Pubishing Co., 1984.
- Lefcourt, H.M. Research with the Locus of Control. Vol. II. New York : Academic Press, 1983.
- Linn, Louis. "Clinical Manifestations of Psychiatric Disorders," Comprehensive Textbook of Psychiatry. p. 1022 - 1023. Vol. 1. 3rd ed. Baltimore : Williams, 1980.
- Long, B.C. "Preoperative Nursing," Medical-Surgical Nursing : Concepts and Clinical Practice. 3rd ed. St. Louis : The C.V. Mosby Co., 1987.
- Loustau, A. "Health Promotion and Patient Teaching," Medical-Surgical Nursing : Pathophysiological Concepts. o, 71, - 78. 2nd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1991.
- Lowenstein, Vivian and Joan M. Rineheart. "Psychological Factors Related to Health Maintain Behaviors of Pregnant Women," Nursing. p. 246. Research St. Louis : C.V. Mosby, 1981.
- Luckman, Joan and Karen C. Sorensen. Medical-Surgical Nursing : A Psychophysiologic. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1974.
- Mareness, Dorothy A. Essentials of Psychiatric Nursing II. St. Louis : The C.V. Mosby Co., 1982.
- Mc.Hugh, N.G., N.J. Christman and J.E. Johnson. "Preparatory Information : What Helps and Why," American Journal of Nursing. 82 : 780 - 782 ; May, 1982.
- Mc.Cleane, G.J. and R. Cooper. "The Nature of Pre-operative Anxiety," Anesthesia. 45 : 153 - 158 ; 1990.

- Moursund, J.P. Learning and the Learner. California : Book/Cole Publishing Company, 1976.
- Muhlenkamp, Ann F. and Arlene M. Nelson. Health Locus of Control, Values and Weight Reduction Behavior. 19 : 21 ; November, 1981.
- Naditch, M.P., L.B. Gargan and Michael Denial "Anxiety, Locus of Control and the Discrepancy Between Aspiration and Achievement as Components of Depression," Journal of Abnormal Psychology. p. 252. 1975.
- Northouse, L.L. "The Impact of Breast Cancer on Patients and Husbands," Cancer Nursing. 12 : 276 - 284 ; 1989.
- Padilla, G.V. and others. "Distress Reduction and the Effects of Pre-Preparatory Teaching Films and Patient Control," 4 : 375 - 387 ; December, 1981.
- Palsson, M-B.E. and A. Norberg. "Breast Cancer Patients Experience of Nursing Care the Focus Emotional Support : the Implementation of a Nursing Intervention," Journal of Advanced Nursing. 21(2) : 271 - 285 ; 1995.
- Phares, E.S., E.E. Ritchie and W.L. Davis. "Internal-External Control and Reaction to Threat," Journal of Personality and Social Psychology. 10 : 402 - 405 ; December, 1968.
- Platt, J.J. and R. Eiseman. "Internal-External Control of Reinforcement, Time Perspective, Adjustment, and Anxiety," Journal of General Psychology. 79 : 127 ; 1968.
- Ramsay, M-A.E. "A Survey of Pre-Operation Fear," Anesthesia. 27 : 390 - 401 ; October, 1972.
- Ray, Colette. "The Surgical Patient Psychological Stress and Coping Resource," Social Psychology and Behavioral Medicine. p. 487 - 488. New York : John Wiley & Sons, 1982.
- Rees, W. Linford. Anxiety Factors in Comprehensive Patients Care Proceeding of the Symposium held at Saint Lucus Hospital Amsterdam. The Netherland : 31 March, 1973.
- Robinson, J.P.Q. and P. Shaver. Measure of Social Psychological Attitude. Michigan : The University of Michigan, 1980.
- Rockeach, Milton Beli. Attitude and Value : A Theory of Organization and Change. p. 24. San Francisco : Jossery Bass, 1977.
- Rotter, Julian B. "Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement," Psychological Monographs : General and Applied. 80(1) : 609 ; 1966.

- Rotter, J.B. and R. Mulry. "Internal Versus External Control of Reinforcement and Decision Time," Journal of Personality and Social Psychology. 2 : 598 - 604 ; 1965.
- Rycroft, Charles. Anxiety and Neurosis. p. 2. London : Allen-Lane the Penquin Press, 1971.
- Salmon, Peter and Leon Kaufman. "Pre-Operative Anxiety and Endocrine Response to Surgery," The Lancet. 1340 ; June, 1990.
- Sarason, Irwin G. Contemporary Research in Personality. New Jersey : Van Nostrand, 1962.
- Saroj Kothari. "Effect of Locus of Control on Anxiety and Achievement, Motivation", Indian Journal of Psychometry & Education," Psychological Abstract. 24(2) : July, 1993.
- Schmith, F.E. and P.J. Wooldridge. "Psychological Preparation of Surgical Patients," Nursing Research. 22(2) : 108 115 ; March - April, 1973.
- Shahimpour, N. "The Relationship Between Appraisal Process and Coping in Middle-Aged Persons with Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus," Dissertation Abstract of the Catholic University of America. 1989.
- Smeltzer, S.C. and B.G. Bare. Brunner and Suddarth Text Book of Medical-Surgical Nursing. 7th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1992.
- Solomon, D. and M.I. Oberlander. "Locus of Control in the Classroom," Psychological Concepts in the Classroom. New York : Harper and Row Publishers, 1974 : 123.
- Spielberger, Charles D. Anxiety and Behavior. New York : Academic Press, 1976.
- Strickland, B.R. "Internal-External Control of Reinforcement," Personality Variables in Social Behavior. New York : John Wiley & Sons, 1977.
- Stuart, Gail W. and Sandra J. Sundeen. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. p. 208 - 209. 2nd ed. Saint Louis : C.V. Mosby, 1983.
- Tringali, Carol A. "The Needs of Family Member of Cancer Patients," Oncology Nursing Forum. 13 : 65 - 69 ; July - August, 1986.
- Vanderhorst, E.R. "Anxiety," Introduction to Nursing Practice. p. 403 - 425. New York : McGraw-Hill Book Company, 1980.

- Warehime, R.G. and S.G. Woodson. "Locus of Control and Immediate Effect Status," Journal of Clinical Psychology. 27 : 443 - 444 ; 1971.
- Watkin, L.O., L. Weaver and V. Odegaard. "Preparation for Cardiac Catheterization : Tailoring the Content of Instruction to Coping Style," Heart & Lung. 15 : 382 - 389 ; July, 1986.
- Watson, D. "Relationship Between Locus of Control and Anxiety," Journal of Personality and Social Psychology, 6 : 91 - 92 ; May, 1967.
- Welker, Elizabeth and Warren Hines. "Interpersonal Cooperation of Exploitation as a Function of Sex, Internal-External Control, and Psychological Effectiveness," Dissertation Abstracts International, 32(12) : 7328-B ; June, 1972.
- Wewers, M.E. and N.K. Lowe. "A Critical Review of visual Analogue Scales in the Measurement of Clinical Phenomena," Research in Nursing and Health. 13 : 227 - 236 ; 1990.
- Whaley and Wong. Nursing Care of Infants and Children. St. Louis, Washington D.C., Toronto : The C.V. Mosby Company, 1987.
- Wolk, S and Du Cette. "Intention Performance and Incidental Learning as a Function of Personality and Task Dimension," Journal of Personality and Social Psychology. 29 : 90 - 101 ; 1974.
- Zung, William K. "A Rating Instrument for Anxiety Disorders," Psychosomatics. 12(6) : 371 - 379 ; November - December, 1971.

ภาคผนวก

- แบบวัดความเชื่ออันภายใน - ภายนอกตน
- แบบแผนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
- แบบแผนการสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
- แบบแผนการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
- คุณภาพของแบบวัดรายชื่อ

ต่อไปนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกทั่วไปต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงตามความรู้สึกของท่านเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ

ข้อความ	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง เลย
1. เมื่อท่านวางโครงการที่จะทำอะไร ก็แน่ใจได้ว่าจะทำสิ่งนั้นได้สำเร็จ.....						
2. บุคคลที่ไม่มีเพื่อน คือ คนที่ไม่พยายามเป็นเพื่อนกับใคร.....						
3. ส่วนมากเรื่องเศร้าในชีวิตคนเราเป็นผลมาจากเคราะห์ร้าย.....						
4. ท่านจะประสบอุบัติเหตุหรือไม่แน่ มักเนื่องมาจากเคราะห์กรรม.....						
5. อะไร ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านส่วนใหญ่ย่อมขึ้นอยู่กับการกระทำของท่านเอง.....						
6. ท่านคิดว่าไม่จำเป็นที่จะต้องวางแผนล่วงหน้าไว้นาน ๆ เพราะอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามโชคชะตา.....						
7. ถ้าท่านได้ทำสิ่งใดผิดพลาดไป ท่านก็พร้อมที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่เกิดขึ้น.....						
8. ท่านจะได้ตำแหน่งใหญ่โตในภายภาคหน้าหรือไม่ ขึ้นอยู่กับท่านมีบุญหรือวาสนาพอหรือไม่.....						
9. มีหลายครั้งที่ในการตัดสินใจนั้น คนเรามักใช้การโยนหัวโยนก้อย.....						
10. รางวัลที่ท่านได้รับในแต่ละครั้ง เป็นผลมาจากการกระทำของท่านเอง.....						

เรื่อง : แผนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

- ผู้วิจัยไปพบกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เตียงหรือห้องพักผู้ป่วย
- กล่าวแนะนำตนเองโดยบอกชื่อ ตำแหน่งหน้าที่ แผนกที่ปฏิบัติงาน
- นั่งลงสนทนากับผู้ป่วยด้วยท่าที่อ่อนโยน เป็นมิตร ในระยะใกล้พอสมควร
- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมก่อนผ่าตัด
- สังเกตการแสดงออก ท่าทาง ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางการให้

ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสม

ขั้นที่ 2 การให้ข้อมูล

1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย

- สาเหตุของโรค
- ระดับความรุนแรงของโรค
- การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นวิธีที่จะแก้ไขความผิดปกติและความรุนแรงของ

โรคได้ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตภายหลังผ่าตัดได้อย่างปกติสุข

2. การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

- เย็นวันก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยควรอาบน้ำ สระผมให้สะอาด ถ้าทาเล็บมือควรล้างออก เพื่อการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บในกรณีที่มีการเสียเลือดหรือขาดออกซิเจนในขณะผ่าตัด

- คืนวันก่อนผ่าตัด หลังเที่ยงคืน ผู้ป่วยจะต้องงดอาหารและน้ำทางปาก เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง ป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปอุดกั้นทางเดินหายใจ ขณะให้ยาระงับความรู้สึก ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

- เช้าวันก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการสวนอุจจาระทางทวารหนัก เพื่อไม่ให้มีเศษอุจจาระเหลืออยู่ในลำไส้ เพื่อป้องกันไม่ให้อุจจาระไหลออกมาขณะผ่าตัด ซึ่งจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ และเป็นการป้องกันอาการท้องอืดภายหลังผ่าตัดด้วย

3. สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะต้องประสบ

- การแต่งกายของบุคลากรในทีมผ่าตัด คือ การสวมชุดสีเขียว สวมหมวกผ้าผูกผ้าปิดปาก ปิดจมูก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

- สถานที่สำหรับให้ผู้ป่วยนอนรอผ่าตัด จะเป็นห้องเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เมื่อทีมผ่าตัดพร้อม เจ้าหน้าที่จะเซ็นเตียงผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ขณะที่นอนรออยู่หน้าห้องเตรียมผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในห้องผ่าตัดได้ตลอดเวลา

- ญาติผู้ป่วยสามารถนั่งคอยอยู่หน้าห้องผ่าตัดและสามารถสอบถามข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยได้จากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดได้ตลอดเวลา

4. สิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในระหว่างผ่าตัด

- เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในห้องผ่าตัด จะได้รับสารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือ บางครั้งอาจได้รับตั้งแต่อยู่บนเตียงผู้ป่วย วัสดุพยาบาลจะติดเครื่องวัดความดันโลหิต, เครื่องตรวจคลื่นหัวใจ, เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน พร้อมทั้งซักประวัติของผู้ป่วยด้วย เมื่อเรียบร้อยแล้วเริ่มให้ยานาสลบเข้าทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยจะหมดความรู้สึกและใส่ท่อหายใจต่อกับเครื่องดมยาสลบ แพทย์ลงมือผ่าตัด โดยมีพยาบาลเฝ้าดูแลอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จนกระทั่งการผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยเริ่มฟื้นจากยาสลบ เอาท่อช่วยหายใจออก ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว

- ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับโรคของผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนมากจะเป็นท่านอนหงาย

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ ตามความเหมาะสม

- บอกระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด โดยประมาณ

5. สภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด

- เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดี จะถูกนำมาที่ห้องพักฟื้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของห้องผ่าตัด จะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัด โดยทั่วไปจะอยู่ห้องพักฟื้นประมาณ 1 ชั่วโมงจึงจะนำกลับเตียงผู้ป่วย

- อาการปวดแผลหลังผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยปวดแผลมาก ให้แจ้งกับพยาบาลเพื่อขอยาแก้ปวดได้ ทั้งขณะที่อยู่ในห้องพักฟื้นและที่เตียงผู้ป่วย

- ผลข้างเคียงของยาแก้ปวดที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

- ในระยะแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหารทางปาก เพราะระบบทางเดินอาหารยังไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการผ่าตัดและการดมยาสลบ ในระหว่างนี้

จะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ จนกว่าระบบทางเดินอาหารจะเริ่มทำงาน จึงสามารถเริ่มรับประทานอาหารเหลวก่อน จึงเปลี่ยนเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย จนถึงอาหารธรรมดา

- แผลหลังผ่าตัด ปกติจะปิดไว้ประมาณวันที่ 7 ของการผ่าตัด จึงจะทำการตัดไหม ห้ามใช้มือแกะหรือเกาบริเวณแผล ระมัดระวังไม่ให้แผลถูกน้ำหรือเปื้อน ถ้าแผลถูกน้ำรีบใช้ผ้าซับแล้วแจ้งให้พยาบาลทราบ เพื่อเปลี่ยนผ้าปิดแผล นอกจากในรายที่แผลมีการติดเชื้อหรือแผลสกปรกจึงจะต้องได้รับการทำความสะอาดแผลทุกวัน

6. การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอดและระบบไหลเวียนโลหิต

- การหายใจลึก ๆ เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เพื่อเพิ่มเนื้อที่ในการแลกเปลี่ยนได้มากขึ้น และเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดในปอด

- การไออย่างมีประสิทธิภาพ ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องไออย่างถูกวิธี เพื่อขับเสมหะออกจากหลอดลมและปอด เพื่อป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ ซึ่งทำให้ปอดแฟบ ปอดอักเสบได้ ดังนั้นถึงแม้ว่าหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บแผล และกลัวแผลแยกก็จำเป็นต้องไอเอาเสมหะออกมาอย่างถูกวิธี

- การพลิกตะแคงตัว เคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากการนอนท่าเดียวนาน ๆ จะทำให้การเคลื่อนไหวของผนังทรวงอกได้ไม่ดี การหมุนเวียนอากาศภายในปอดลดลง ทำให้เสมหะคั่งค้างในปอด การระบายของเลือด น้ำเหลืองหรือสิ่งคั่งค้างทางท่อระบายที่ต่อจากตัวผู้ป่วยเป็นไปไม่ได้ไม่สะดวก ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดไม่สะดวก และเกิดผลกดทับได้ง่าย ดังนั้นภายหลังผ่าตัดควรมีการเปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

- หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ผู้ป่วยควรลุกนั่งบนเตียง

- หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ผู้ป่วยควรลุกขึ้นยืนและเดินข้างเตียง

7. การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พิจารณาตามความเหมาะสมของโรคนั้น ๆ

8. ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถทำงานได้ตามปกติ ขึ้นอยู่กับ

สมรรถภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ตามชนิดของโรคและชนิดของการรักษา

การฝึกหัดหายใจลึก ๆ

- ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ชันเข่าทั้งสองข้างขึ้น
- วางมือบนหน้าท้อง เพื่อตรวจสอบการหายใจว่าทำถูกต้องหรือไม่
- หายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก จนหน้าท้องโป่งเพื่อช่วยดึงกระบังลมให้ต่ำลงมา

ปอดขยายได้เต็มที่

- หายใจออกทางปากช้า ๆ โดยทาบปากห่อคล้ายผีเสื้อปาก และในขณะที่หายใจออก เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อให้กระบังลมดันลมออกจากปอดได้เต็มที่

- หายใจลึก ๆ เช่นนี้ ประมาณ 8 - 10 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัด

การฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพ

- ให้ผู้ป่วยนั่งหรือครึ่งนั่งครึ่งนอน
- ก่อนไอให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ ประมาณ 4 - 5 ครั้ง แล้วจึงสูดลมหายใจ

เต็มที่ แล้วหายใจออกพร้อมกับไอออกมาแรง ๆ ขณะไอใช้มือพยุงและออกแรงกดบริเวณแผลผ่าตัดเพื่อลดความเจ็บปวดและป้องกันแผลแยก

เรื่อง : แผนการสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

- ผู้วิจัยไปพบกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เตียงหรือห้องพักผู้ป่วย
- กล่าวแนะนำตนเองโดยบอกชื่อ ตำแหน่งหน้าที่ แผนกที่ปฏิบัติงาน
- นั่งลงสนทนากับผู้ป่วยด้วยท่าที่อ่อนโยน เป็นมิตร ในระยะใกล้พอสมควร
- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมก่อนผ่าตัด
- สังเกตการแสดงออก ท่าทาง คําพูด อารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อไป

ขั้นที่ 2 การสนับสนุนทางอารมณ์

- ให้การยกย่อง : ใช้ภาษาที่สุภาพ สรรพนามที่ใช้เรียกผู้ป่วย พิจารณาตามระดับอาวุโส ตระหนักถึงคุณค่าของคนในฐานะบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะต้องให้การนับถือ
- ให้ความสนใจ : ชักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ความรู้สึกทั่ว ๆ ไป เกี่ยวกับครอบครัว ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ค่ารักษาพยาบาล ซึ่งสามารถติดต่อสังคมสงเคราะห์ให้ช่วยเหลือได้
- ให้ความไว้วางใจ : แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลเอื้ออาทรในตัวเขา เชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเขา ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยโดยไม่แสดงอาการเบื่อหน่าย รับฟังด้วยท่าทีสงบ มั่นคง ใจเย็น ไม่รีบร้อนและเป็นธรรมชาติมากที่สุด พร้อมกับสัมผัสผู้ป่วยด้วยการลูกที่แขนเบา ๆ หรือจับมือบีบเบา ๆ ขณะพูดคุยกับผู้ป่วย
- ให้ความเชื่อมั่น : ชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจและมั่นใจว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุดสำหรับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และบุคลากรในทีมผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด เป็นผู้มีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาเป็นอย่างดี ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ตลอดเวลาขณะผ่าตัด พุดลอบให้กำลังใจ พูดด้วยท่าทีกระตือรือร้น เบิดเผย
- การสนับสนุนความคิด, การกระทำที่เป็นประโยชน์ : ถ้าผู้ป่วยเชื่อมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ก็สนับสนุนให้ไหว้พระเพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยให้มีกำลังใจ

- การแนะนำ : แนะนำการปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมในการเผชิญปัญหา ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย การปรับปรุงตนเอง
- การจูงใจและชักชวน : พูดโดยใช้สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียงมั่นคง มีหลักการเหตุผล และประสิทธิภาพ โน้มน้าวให้ผู้ป่วยยอมรับ ใช้ภาษาที่ชัดเจน ไม่ซับซ้อน
- การระบายอารมณ์ : เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดในสิ่งที่เขาต้องการ รับฟังด้วยความตั้งใจ เต็มใจ ไม่ขัดจังหวะการพูดหรือการแสดงความรู้สึกของผู้ป่วย เห็นใจและเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย

เรื่อง : แผนการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล
ก่อนการผ่าตัด

ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

- ผู้วิจัยไปพบกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เตียงหรือห้องพักผู้ป่วย
- กล่าวแนะนำตนเองโดยบอกชื่อ ตำแหน่งหน้าที่ แผนกที่ปฏิบัติงาน
- นั่งลงสนทนากับผู้ป่วยด้วยท่าที่อ่อนโยน เป็นมิตร ในระยะใกล้พอสมควร
- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมก่อนผ่าตัด
- สังเกตการแสดงออก ท่าทาง คำพูด อารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการ

ให้ข้อมูลกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อไป

ขั้นที่ 2 การให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์

1. ให้การยกย่อง : ใช้ภาษาที่สุภาพ สรรพนามที่ใช้เรียกผู้ป่วย พิจารณาตามระดับอาวุโส ตระหนักถึงคุณค่าของคนในฐานะบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะต้องให้การนับถือ
2. ให้ความสนใจ :ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อธิบายเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ได้แก่ สาเหตุของโรค ระดับความรุนแรงของโรค
3. ให้ความเชื่อถือ : ชี้ให้ผู้ป่วยเข้าใจ และมั่นใจว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีที่ได้ผลที่สุดสำหรับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และบุคลากรในทีมผ่าตัด ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด เป็นผู้มีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาเป็นอย่างดี ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ตลอดเวลาขณะผ่าตัด พุดบลดให้กำลังใจ พุดด้วยท่าทีกระตือรือร้นเปิดเผย
4. ให้ความไว้วางใจ : แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลเอื้ออาทรในตัวเอง เชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเขา ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยโดยไม่แสดงอาการเบื่อหน่าย รับฟังด้วยท่าทีสงบ มั่นคง ใจเย็น ไม่รีบร้อนและเป็นธรรมชาติมากที่สุด พร้อมกับสัมผัสผู้ป่วยด้วยการลูบที่แขนเบา ๆ หรือจับมือบีบเบา ๆ ขณะให้ข้อมูล

5. ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

- เป็นวันก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยควรอาบน้ำ สระผมให้สะอาด ถ้าทาเล็บมือควรล้างออก เพื่อการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บในกรณีที่มีการเสียเลือด หรือขาดออกซิเจนในขณะผ่าตัด

- คืนวันก่อนผ่าตัด หลังเที่ยงคืน ผู้ป่วยจะต้องงดอาหารและน้ำทางปาก เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง ป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปอุดตันทางเดินหายใจ ขณะให้ยาระงับความรู้สึก ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

- เข้ามีดวันก่อนผ่าตัด ในการผ่าตัดบางรายผู้ป่วยจะได้รับการสวนอุจจาระทางทวารหนัก เพื่อไม่ให้มีเศษอุจจาระเหลืออยู่ในลำไส้ เพื่อป้องกันไม่ให้อุจจาระไหลออกมาขณะผ่าตัด ซึ่งจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ และเป็นการป้องกันอาการท้องอืดภายหลังผ่าตัดด้วย

6. สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะต้องประสบ

- การแต่งกายของบุคลากรในตึกผ่าตัด คือ การสวมชุดสีเขียว สวมหมวกผ้าผูกผ้าปิดปาก ปิดจมูก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

- สถานที่สำหรับให้ผู้ป่วยนอนรอผ่าตัด จะเป็นห้องเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เมื่อทีมผ่าตัดพร้อม เจ้าหน้าที่จะแจ้งเตียงผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ขณะที่นอนรออยู่ในห้องเตรียมผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในห้องผ่าตัดได้ตลอดเวลา

- ญาติผู้ป่วยสามารถนั่งคอยอยู่หน้าห้องผ่าตัดและสามารถสอบถามข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยได้จากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดได้ตลอดเวลา

7. สิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในระหว่างผ่าตัด

- เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในห้องผ่าตัด จะได้รับสารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือบางครั้งอาจได้รับตั้งแต่นอนบนเตียงผู้ป่วย วิสัญญีพยาบาลจะติดเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจคลื่นหัวใจ เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน พร้อมทั้งซักประวัติของผู้ป่วยด้วย เมื่อเรียบร้อยแล้ว เริ่มให้ยานาสลบเข้าทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยจะหมดความรู้สึกและใส่ท่อช่วยหายใจต่อกับเครื่องดมยาสลบ แพทย์ลงมือผ่าตัด โดยมีพยาบาลเฝ้าดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จนกระทั่งการผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยเริ่มฟื้นจากยาสลบ เอาท่อช่วยหายใจออก ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว

- ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับโรคของผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนมากจะเป็นท่านอนหงาย

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ ตามความเหมาะสม
- บอกระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด โดยประมาณ

8. สภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด

- เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดี จะถูกนำมาที่ห้องพักฟื้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของห้องผ่าตัด จะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัด โดยทั่วไปจะอยู่ห้องพักฟื้นประมาณ 1 ชั่วโมง จึงจะนำกลับตึกผู้ป่วย
 - อาการปวดแผล หลังผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยปวดแผลมากให้แจ้งกับพยาบาล เพื่อขอยาแก้ปวดได้ ทั้งขณะที่อยู่ในห้องพักฟื้น และที่ตึกผู้ป่วย
 - ผลข้างเคียงของยาแก้ปวดที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น
 - ในระยะแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องงดน้ำ และอาหารทางปาก เพราะระบบทางเดินอาหารยังไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการผ่าตัด และการดมยาสลบ ในระหว่างนี้จะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ จนกว่าระบบทางเดินอาหารจะเริ่มทำงานจึงสามารถเริ่มรับประทานอาหารเหลวก่อน จึงเปลี่ยนเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย จนถึงอาหารธรรมดา
 - ผลหลังผ่าตัดปกติจะปิดไว้ประมาณวันที่ 7 ของการผ่าตัดจึงจะทำการตัดไหม ห้ามใช้มือแกะหรือเกาบริเวณแผล ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำหรือเปราะเปื้อน ถ้าแผลถูกน้ำรีบใช้ผ้าซับแล้วแจ้งให้พยาบาลทราบ เพื่อเปลี่ยนผ้าปิดแผล นอกจากนี้ในระยะที่แผลมีการติดเชื้อหรือแผลสกปรกจึงจะต้องได้รับการทำความสะอาดแผลทุกวัน

9. การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอดและระบบไหลเวียนโลหิต

- การหายใจลึก ๆ เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เพื่อเพิ่มเนื้อที่ที่ในการแลกเปลี่ยนได้มากขึ้น และเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดในปอด
- การไออย่างมีประสิทธิภาพ ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจำเป็นต้องไออย่างถูกวิธี เพื่อขับเสมหะออกจากหลอดลมและปอด เพื่อป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ ซึ่งทำให้ปอดแฟบ ปอดอักเสบได้ ดังนั้นถึงแม้ว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บแผล และกลัวแผลแยกก็จำเป็นต้องไอเอาเสมหะออกมาอย่างถูกวิธี

- การพลิกตะแคงตัว เคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากการนอนท่าเดียววนาน ๆ จะทำให้การเคลื่อนไหวของผนังทรวงอกได้ไม่ดี การหมุนเวียนอากาศภายในปอดลดลง ทำให้เสมหะคั่งค้างในปอด การระบายของเลือด น้ำเหลือง หรือสิ่งคั่งค้างทางท่อระบายที่ต่อจากตัวผู้ป่วยเป็นไปได้ไม่สะดวก ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดไม่สะดวก และเกิดผลกดทับได้ง่าย ดังนั้นภายหลังจากผ่าตัดควรมีการเปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หลังผ่าตัด

- หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ผู้ป่วยควรลุกนั่งบนเตียง
- หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ผู้ป่วยควรลุกขึ้นยืน

และเดินข้างเตียง

10. การแนะนำ : แนะนำการปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมในการเผชิญปัญหา ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย การปรับปรุงตนเอง

11. การสนับสนุนความคิด การกระทำที่เป็นประโยชน์ : ถ้าผู้ป่วยเชื่อมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ก็สนับสนุนให้ไหว้พระเพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยให้มีความกำลังใจ

12. การระบายอารมณ์ : เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดในสิ่งที่เข้าต้องการ รับฟังด้วยความตั้งใจ เต็มใจ ไม่ขัดจังหวะการพูดหรือการแสดงความรู้สึกของผู้ป่วย เห็นใจและเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย

การฝึกหายใจลึก ๆ

- ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ชันเข่าทั้งสองข้างขึ้น
- วางมือบนหน้าท้อง เพื่อตรวจสอบการหายใจว่าทำถูกต้องหรือไม่
- หายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก จนหน้าท้องโป่งเพื่อช่วยดึงกระบังลมให้ต่ำลงมา

ปอดขยายได้เต็มที่

- หายใจออกทางปากช้า ๆ โดยทาบปากห่อคล้ายพิวปาก และในขณะที่หายใจออก เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อให้กระบังลมดันลมออกจากปอดได้เต็มที่

- หายใจลึก ๆ เช่นนี้ ประมาณ 8 - 10 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมงภายหลังจากผ่าตัด

การฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพ

- ให้ผู้ป่วยนั่งหรือครึ่งนั่งครึ่งนอน
- ก่อนไอให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ ประมาณ 4 - 5 ครั้ง แล้วจึงสูดลมหายใจเต็มที แล้วหายใจออกพร้อมกับไอออกมาแรง ๆ ขณะไอใช้มือพยุงและออกแรงกดบริเวณแผลผ่าตัดเพื่อลดความเจ็บปวดและป้องกันแผลแยก

คุณภาพของแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคน รายข้อ

	ข้อ	t
ความเชื่ออำนาจภายในตน	1	4.2399
	2	3.3764
	5	4.1352
	7	2.6846
	10	4.4736
ความเชื่ออำนาจภายนอกตน	3	5.8899
	4	8.1276
	6	4.2950
	8	3.6854
	9	3.2096

ค่าความเชื่อมั่น = .77

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- | | | | |
|--------------------|----------------|-----------------|----------------------|
| 1. นายแพทย์สมพงษ์ | วงศ์ปัญญาธาร | ศัลยแพทย์ 8 | โรงพยาบาลตากสิน |
| 2. นายแพทย์สุเมธ | ชโยสัมฤทธิ์ | ศัลยแพทย์ 7 | โรงพยาบาลตากสิน |
| 3. นายแพทย์นรวิทย์ | พุ่มจันทร์ | จิตแพทย์ 7 | โรงพยาบาลสมเด็จพระยา |
| 4. นายแพทย์สมชาย | มาลสุขุม | จิตแพทย์ 6 | โรงพยาบาลตากสิน |
| 5. นายแพทย์อรรถ | ธนาประเสริฐกรณ | จิตแพทย์ 6 | โรงพยาบาลตากสิน |
| 6. นางนันทวัน | จาตุรงค์วิชัย | พยาบาลวิชาชีพ 7 | โรงพยาบาลตากสิน |
| 7. นางสาวรัตนภรณ์ | รัตโนส | พยาบาลวิชาชีพ 6 | โรงพยาบาลตากสิน |
| 8. นางสาวสุภา | พันธุ์สุรเวทย์ | พยาบาลวิชาชีพ 6 | โรงพยาบาลตากสิน |

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวศิริพร สติยธาวรร
เกิดวันที่	8 เดือน เมษายน พุทธศักราช 2502
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	543 ถ.สมเด็จพระเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 6
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลตากสิน งานวิสัญญี สำนักรักษาแพทย์ กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2518	เตรียมอุดมศึกษา (แผนวิทยาศาสตร์) จากโรงเรียนดัดดรุณี จังหวัดฉะเชิงเทรา
พ.ศ. 2529	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2540	การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร