

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ปริญญานิพนธ์
ของ
ธีรภา ประสิทธิ์เวช

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2544
ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๘๑๖.๗๑

๘๘๖๖๘๘

๖.๖

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

บทคัดย่อ

ของ

ธีรภา ประสิทธิ์เวช

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2544

23 ก.ค. 2544

ธีรภา ประสิทธิ์เวช. (2544). ความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด
แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารภ,
รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌิมานุ

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วย
ออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส
บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดและการ
สนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรม
ออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 242 คน เป็นชาย 153 คน
เป็นหญิง 89 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้
ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ
คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานทดสอบค่าที (t – test) และวิเคราะห์ความแปรปรวน
แบบทางเดียว หรือทดสอบค่าเอฟ (One way analysis of variance or F – test) โดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical Package for The Social Science)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง
2. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้/เดือน และสถานภาพสมรส
ต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีอาชีพ บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด
และการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05

PRE-OPERATIVE ANXIETY IN ORTHOPAEDICS PATIENTS IN DEPARTMENT
OF ORTHOPAEDICS IN KING MONGKUT PRACHOMKLAO HOSPITAL
CHANGWAT PETCHABURI

AN ABSTRACT
BY
TEERAPA PRASIVET

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
April 2001

Teerapa Prasitvet. (2001). *Pre – Operative Anxiety in Orthopaedics Patients in Department of Orthopaedics in King Mongkut Prachomklao Hospital Changwat Petchaburi*. Master Thesis, M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Sujin Preechamart, Assoc. Prof. Dr. Napaporn Madhyamankura.

The objectives of this study ever to study and compare pre-operative anxiety in orthopaedics patients in department of orthopaedics in King Mongkut Prachomklao Hospital Changwat Petchaburi. The studied variables were sex, age, education levels of patients, patient's occupation, patient's income, married status, bodies area of operation, experience in operation, attitude and social support.

The samples in this study were 242 with pre-operative anxiety in orthopaedics patients in department of orthopaedics in King Mongkut Prachomklao Hospital Changwat Petchaburi, 153 males and 89 females by purposive sampling. Questionnaires constructed by the researcher were used to collect the data percentage, arithmetic mean, standard deviation, t – test and One way analysis of variance or F – test were used analyze the data by Statistical Package for the Social Science (SPSS).

The results of this study were as follows :

1. The pre – operative anxiety level in orthopaedics patients in department of orthopaedics in King Mongkut Prachomklao Hospital Changwat Petchaburi was a medium.
2. The pre – operative anxiety level in orthopaedics patients in department of orthopaedics in King Mongkut Prachomklao Hospital Changwat Petchaburi were no significant differences among sex, age, education levels of patients, patient's income, married status.
3. The pre – operative anxiety level in orthopaedics patients in department of orthopaedics in King Mongkut Prachomklao Hospital Changwat Petchaburi were significant differences among patient's occupation, bodies area of operation, attitude and social support at the level of .05.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

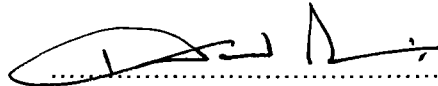
ความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ของ
นางสาวธีรภา ประสิทธิ์เวช

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

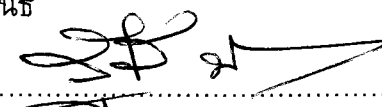
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

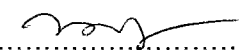
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ 30 เดือน เมษายน พ.ศ. 2544

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

 ประธาน
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारถ)

 กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ.นภาพร มัธยมามกุล)

352 1005 กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)

พริ้มเพรา กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พริ้มเพรา ผลเจริญสุข)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก
รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारถ รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌิมานุกร ประธาน
และกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
พริ้มเพรา ผลเจริญสุข กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ซึ่งได้ให้คำแนะนำช่วยเหลือและแก้ไขข้อ
บกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุนเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง
และประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของ
เครื่องมือ รวมทั้งให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ จนทำให้การวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หัวหน้าแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ หัวหน้าแผนกผ่าตัด
เจ้าหน้าที่ทุกท่าน และผู้ช่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวก และให้
ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ แนะนำ
เป็นกำลังใจ จนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา
ของท่าน ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

ธีราภา ประสิทธิ์เวช

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	5
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	5
	ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	6
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	6
	ตัวแปรที่ศึกษา	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ	7
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	10
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	11
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	13
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความวิตกกังวล	13
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเจตคติ	37
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	46
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับออร์โรปติกส์.....	53
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	56
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	56
	งานวิจัยในประเทศไทย	58
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	62
	การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	62
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	63
	ลักษณะของเครื่องมือ	63
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	63
	เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย	64
	การหาคุณภาพเครื่องมือ	66

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	67
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	67
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	68
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	73
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	73
การวิเคราะห์ข้อมูล	73
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	74
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	94
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า	94
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	94
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	94
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	95
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	96
อภิปรายผล	98
ข้อเสนอแนะ	106
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก	119
ประวัติย่อผู้วิจัย	142

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความวิตกกังวลของ ผู้ป่วยออโรโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโรโปติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และบริเวณที่ได้รับการ ผ่าตัด.....	88
9 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลเป็นรายคู่ของผู้ป่วย ออโรโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโรโปติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม อาชีพ.....	91
10 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ความวิตกกังวลเป็นรายคู่ของผู้ป่วย ออโรโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโรโปติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม บริเวณที่ได้รับการ ผ่าตัด.....	92
11 คำอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบสอบถามความวิตกกังวล ของผู้ป่วย ออโรโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด.....	135
12 คำอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด ของ ผู้ป่วยออโรโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด.....	136
13 คำอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ ผู้ป่วยออโรโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด.....	137
14 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดของ ผู้ป่วยออโรโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโรโปติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (n = 242).....	138
15 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของ ผู้ป่วยออโรโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโรโปติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (n = 242).....	140

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2538 – 2542.....	3
2	แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคทางออร์โธปิดิกส์ ที่รอรับการผ่าตัดที่แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2542.....	4
3	ตารางการเปรียบเทียบระหว่างกระบวนการปรับตัวของจิตใจเมื่อมีความวิตกกังวลและกลุ่มอาการปรับตัวทั่วไปในภาวะเครียด	32
4	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม.....	74
5	คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (n = 242).....	79
6	จำนวนคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม	82
7	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม เพศ ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดและการสนับสนุนทางสังคม.....	87

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ความวิตกกังวลเป็นธรรมชาติอย่างหนึ่งของมนุษย์ทุกคน ต้องเคยมีความวิตกกังวล คนที่ไม่เคยกังวลอะไรเลยเป็นคนไม่ปกติ (สเปญ อุนอนงค์. 2538 : 3) ความวิตกกังวล เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน เชื่อกันว่า ความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสม เป็นพลังที่ช่วยกระตุ้นให้บุคคลเกิดการพัฒนาและรู้จักหาแนวทางในการต่อสู้ในการดำรงชีวิต (อำไพวรรณ พุ่มศรีประเสริฐ. 2541 : 138) ในขณะเดียวกันความวิตกกังวลก็เป็นการแสดง ออกทางอารมณ์ (Emotional response) เป็นภาวะที่รู้สึกไม่สบายใจ มีความตึงเครียดทาง อารมณ์สูง เนื่องจากความคิดและการทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตว่าจะ เป็นอย่างไร (สมคิด รักษาสัตย์. 2531 : 66) ในสภาพทางอารมณ์ บุคคลรู้สึกไม่พอใจ ตึงเครียด ขาดความมั่นคงปลอดภัย หรือเกิดความกลัว เมื่อบุคคลถูกเร้าให้เกิดความรู้สึกใน สภาพอารมณ์เหล่านี้ บุคคลจะแสดงออกทางพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ห่ม่มอง เศร้าซึม เคร่งเครียด หงุดหงิด อารมณ์เสียได้ง่าย กังวลใจ หวาดระแวง หวาดกลัว ความคิดฟุ้งซ่าน (นวลละอ อสุภาผล. 2523 : 31) จากความวิตกกังวลที่มากขึ้นเรื่อย ๆ หรือบ่อยครั้งอาจ ทำให้เกิดโรคประสาทและโรคจิตได้ในที่สุด (ชมชื่น สมประเสริฐ. 2526 : 46) รัฐบาลได้เห็น ความสำคัญ จึงได้ระบุนโยบาย สุขภาพจิตไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ซึ่งได้ระบุไว้ในหัวข้อสถานการณ์ด้านสุขภาพอนามัย (กองการสาธารณสุข. 2540 : 26 – 33) ดังนั้นทางโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน จึงได้ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น การที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัดโดยเฉพาะทาง ด้านศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อรอรับการรักษาเป็นเหตุการณ์ที่ ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้เสมอ (Bysshe. 1988 : 36) จากการศึกษาของ โวลีเซอร์ (Volicer. 1974 : 238) พบว่า ผู้ป่วยทางศัลยกรรมมีความเครียดมากกว่าผู้ป่วยทาง อายุรกรรม ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น อาจมีสาเหตุจากความรู้สึก ไม่แน่นอนของเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ความสิ้นหวัง การกลัวความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน การหมดสมรรถภาพ ความพิการ การสูญเสียภาพลักษณ์ การกลัวเป็นมะเร็ง ความกลัวตาย กลัวการดมยาสลบ แล้วไม่ฟื้น การที่ต้องพรางจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด การกลัวสูญเสียหน้าที่การงาน กลัวมีปัญหาทางเศรษฐกิจหรือเคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อน (Beland & Passos. 1981 : 485) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับคำกล่าวของลอง (Long. 1987 : 443) ที่ว่า ความวิตกกังวล ที่เพิ่มขึ้นนั้นอาจเกิดจากความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการผ่าตัด และปัญหาที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น ความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การพึ่งพาผู้อื่น การสูญเสียการควบคุม

หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง ตามความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดหวังเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง ช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้สติปัญญา ในการประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น

(Auerbach, et al. 1983 : 1290) สำหรับความแปรปรวนทางด้านจิตใจ (Psychological disturbance) ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีความผิดปกติของร่างกาย ก่อนที่จะมาพบแพทย์ ความแปรปรวนของจิตใจ ที่เกิดขึ้นจากความตึงเครียด ความหวาดกลัว และความวิตกกังวลต่อโรคที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด (เรณู อาจาสาลี. 2533 : 102) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่กดดันภายในจิตใจของผู้ป่วยที่อาจแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบต่าง ๆ เช่น นอนร้องไห้เอะอะโวยวาย (สุพัฒนา เดชาดิวงศ์ ณ อยุธยา. 2520 : 466) จากการศึกษาของกันยา ออประเสริฐ (2530 : 48) พบว่า การที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมออกมาในลักษณะต่าง ๆ จนกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการผ่าตัดได้ ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ การเต้นของหัวใจผิดปกติ มีการคั่งของโซเดียม และน้ำทำให้การทำงานของหัวใจเลวลง มีการหลั่งคอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งขัดขวางต่อการหายของแผลและทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น (Clark. 1987 : 670 – 674)

การผ่าตัดทุกชนิด ย่อมเป็นการเสี่ยงต่ออันตราย อันอาจเกิดขึ้นได้ทุกสายทั้งก่อน ผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ นอกจากนี้ยังเป็นปัญหาเกี่ยวกับสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล กลัวความเจ็บปวด กลัวความพิการ ซึ่งอาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด และกลัวว่าการผ่าตัดจะมีอันตรายถึงชีวิตได้ ในภาวะเช่นนี้ผู้ป่วยย่อมต้องการผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือ เพื่อลดความรู้สึกวิตกกังวล และความกลัว บุคคลที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะเป็นที่พักพิงของเขาได้ดีที่สุดคือแพทย์และพยาบาล แต่ถ้าความคาดหวังต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่คิดไว้ย่อมจะทำให้ความรู้สึกของผู้ป่วยรุนแรงยิ่งขึ้น เมื่อพิจารณาหน้าที่และความรับผิดชอบระหว่างแพทย์และพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยแล้ว จะเห็นว่าพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในความคาดหวังของผู้ป่วยมากที่สุดคือพยาบาล พยาบาลจึงควรจะได้ตระหนัก ถึงบทบาทของตนที่ได้รับจากสังคมว่าเป็นวิชาชีพที่รับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย และการให้บริการที่ต้องใช้ทั้งศิลปและวิทยาศาสตร์เป็นหลักในการให้บริการต่อผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมีความสนใจ มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ และต้องมีความรู้ความสามารถเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยเป็นอย่างดี เพราะเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ละคนมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

ออร์โธปิดิกส์ก็เป็นแขนงหนึ่งของวิชาอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและการบาดเจ็บของกระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และเส้นประสาท (ช่อราตรี

สิริอัทธานันต์. 2530 : 1) การรักษาจนกว่าจะหายเป็นปกติต้องใช้เวลาอย่างน้อยปี เห็นผลช้า ซึ่งต่างจากศัลยกรรมทั่วไปใช้เวลาในการดูแลรักษาไม่นาน อย่างมากไม่เกิน 2 – 3 เดือน ก็หายเป็นปกติ

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยสำหรับการรักษา โดยการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังปรากฏตามตาราง 1 และ 2 ดังต่อไปนี้

ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (ปีงบประมาณ 2538 – 2542)

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	2538	2539	2540	2541	2542
1	การผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป	ราย	1147	1489	1997	2301	2709
2	การผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก	ราย	1495	1482	1518	2298	1940
3	การผ่าตัดทางสูติ - นารีเวชกรรม	ราย	1075	1160	1298	1772	2251
	รวม		3716	4131	4831	6371	6900

ที่มา : แผนกผ่าตัด. (2542). ทะเบียนผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า. : ไม่มีเลขหน้า.

ตาราง 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยออร์โรพิดิกส์ที่รับการผ่าตัดที่แผนกศัลยกรรมออร์โรพิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2542

เดือน	จำนวนผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดปี พ.ศ. 2542	
	ชาย	หญิง
มกราคม	24	13
กุมภาพันธ์	28	18
มีนาคม	22	20
เมษายน	32	28
พฤษภาคม	30	31
มิถุนายน	25	20
กรกฎาคม	20	12
สิงหาคม	25	18
กันยายน	35	30
ตุลาคม	38	28
พฤศจิกายน	32	30
ธันวาคม	38	22
รวม	349	270
รวมทั้งหมด		619

ที่มา : แผนกผ่าตัด. (2542). ทะเบียนผู้ป่วยออร์โรพิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า. : ไม่มี
เลขหน้า.

จากตาราง 1 และ 2 จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีปริมาณเพิ่มขึ้น
ทุกปี โดยเฉพาะทางออร์โรพิดิกส์ ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน
ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจไม่ปกติ ความวิตกกังวลอาจมีผลต่อสภาพร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย
เนื่องจากนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ท้องผูก และอาจมี
ผลสืบเนื่องไปหลังการผ่าตัด ทำให้แผลหายช้า ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย หงุดหงิด ฯลฯ

ดังนั้นพยาบาลจะต้องทำความรู้จักผู้ป่วยหรือบุคคลที่มาใช้บริการว่าเป็นใครความเจ็บป่วยมีผลอย่างไรต่อความสมดุลของร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ถ้าพยาบาลเข้าใจถึงปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วยแล้ว พยาบาลก็สามารถให้การบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

ในฐานะผู้วิจัยทำหน้าที่พยาบาลประจำห้องผ่าตัด กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะทำผ่าตัด และหลังผ่าตัด ได้พบว่า เมื่อผู้ป่วยเข้ามาถึง ห้องผ่าตัดมีความวิตกกังวลและกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด ทั้งนี้จากการสังเกตของผู้วิจัย และจากการบอกเล่าของผู้ป่วยเอง

จากเหตุผลต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจอย่างยิ่งที่จะศึกษาถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ ก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อจะได้ทราบถึงความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยประสบอยู่ คาดว่าผลการวิจัยอาจจะช่วยให้ได้แนวความคิด อันจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล ตลอดจนการปรับปรุงด้านบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยสามารถช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลได้เป็นอย่างดี

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. ศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตามตัวแปร คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่เหมาะสมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
3. เป็นแนวทางในการสังเกตผู้ป่วย สามารถดูแลให้ความรู้ คำแนะนำกับผู้ป่วยได้ครอบคลุม และสอดคล้องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

ข้อตกลงเบื้องต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของร่างกายเกี่ยวกับกระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และเส้นประสาท รอรับการผ่าตัดใหญ่ โดยที่ผู้ป่วยจะต้องยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยที่แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคทางออร์โทปิดิกส์ ก่อนได้รับการผ่าตัดที่แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 619 คน ในปีงบประมาณ 2542

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคทางออร์โทปิดิกส์ ก่อนได้รับการผ่าตัด ที่แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 242 คน ในปีงบประมาณ 2542 ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสุ่มของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan. 1970 : 608)

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

1. เพศ
2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. อาชีพ
5. รายได้
6. สถานภาพสมรส
7. บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด
8. ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด

9. เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด
 10. การสนับสนุนทางสังคม
- ตัวแปรตาม ได้แก่ ความวิตกกังวลก่อนได้รับการผ่าตัด

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความวิตกกังวล

หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หวั่นวิตกว่าจะได้รับอันตราย โดยมีการตอบสนอง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด ซึ่งสามารถวัดได้ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ผู้ป่วยออร์โรปิติกส์

หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของร่างกายเกี่ยวกับกระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และเส้นประสาท ที่มารับบริการผ่าตัดใหญ่ ที่แผนกศัลยกรรมออร์โรปิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

3. เพศ

หมายถึง เพศของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด แบ่งออกเป็น

3.1 หญิง

3.2 ชาย

4. อายุ

หมายถึง อายุเต็มปีของผู้ป่วยออร์โรปิติกส์ที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่แผนกศัลยกรรมออร์โรปิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยนับถึงวันที่เก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น

4.1 ต่ำกว่า 20 ปี

4.2 21 – 30 ปี

4.3 31 – 40 ปี

4.4 41 – 50 ปี

4.5 สูงกว่า 50 ปีขึ้นไป

5. ระดับการศึกษา

หมายถึง การศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยออโรโรพิติกส์ ที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่แผนกศัลยกรรมออโรโรพิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี แบ่งออกเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2542 : 39)

- 5.1 ประถมศึกษา
- 5.2 มัธยมศึกษาตอนต้น
- 5.3 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
- 5.4 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
- 5.5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

6. อาชีพ

หมายถึง งานที่ทำเป็นประจำเพื่อเลี้ยงชีพของผู้ป่วยออโรโรพิติกส์ ที่ยึดเป็นหลักในการทำมาหากิน แบ่งออกเป็น

- 6.1 รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 6.2 ค้าขาย
- 6.3 เกษตรกรรม
- 6.4 รับจ้าง
- 6.5 ข้าราชการบำนาญ
- 6.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- 6.7 นักเรียนหรือนักศึกษา

7. รายได้

หมายถึง จำนวนเงินที่ได้จากการประกอบอาชีพหรือรายได้อื่น ๆ ต่อเดือนของผู้ป่วยออโรโรพิติกส์ แบ่งออกเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2542 : 388)

- 7.1 น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน
- 7.2 5,000 – 10,000 บาท/เดือน
- 7.3 10,001 – 15,000 บาท/เดือน
- 7.4 มากกว่า 15,000 บาท/เดือนขึ้นไป

8. สถานภาพสมรส

หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามีภรรยา ซึ่งเป็นสถานะการครองตน

8.1 โสด

8.2 กู้

8.3 หม้าย / หย่า / แยก

9. บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด

หมายถึง ตำแหน่งที่ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ได้รับการผ่าตัดในครั้งนี้ (สุคนธ์ คอนดี และเกตินี เห็นพิทักษ์. 2526 : 76 – 89) แบ่งออกเป็น

9.1 หลัง

9.2 ไหล่

9.3 ต้นแขน

9.4 ปลายแขน

9.5 ต้นขา

9.6 ปลายขา

9.7 มือ

9.8 เท้า

9.9 นิ้วมือ

9.10 นิ้วเท้า

9.11 ข้อมือ

9.12 ข้อเท้า

9.13 ตะโพก

9.14 ศอก

9.15 เข่า

10. ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัดทั่วไป

หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางออร์โทปิดิกส์ที่เคยมีประสบการณ์ในการรักษาด้วยการผ่าตัด แบ่งออกเป็น

10.1 เคยได้รับการผ่าตัด

10.2 ไม่เคยได้รับการผ่าตัด

11. เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด

หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ ก่อนได้รับการผ่าตัดที่แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า

จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วย
ออร์โธปิดิกส์ ก่อนได้รับการผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น

11.1 มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดดี

11.2 มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดปานกลาง

11.3 มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดไม่ดี

12. การสนับสนุนทางสังคม

หมายถึง ผู้ป่วยโรคทางออร์โธปิดิกส์ ที่แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่ได้รับการช่วยเหลือและประทับประคองจาก
ครอบครัวและสังคม ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของเนตรนภา คู่พันธ์ (2534 : 136 – 137) แบ่งออกเป็น

12.1 การสนับสนุนทางสังคมน้อย

12.2 การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

12.3 การสนับสนุนทางสังคมมาก

13. แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

หมายถึง แผนกที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของร่างกายเกี่ยวกับ กระดูก
ข้อต่อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และเส้นประสาท (ช่อราตรี สิริวัฒนันต์. 2530 : 1) ทั้งก่อน
ได้รับการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด

14. โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

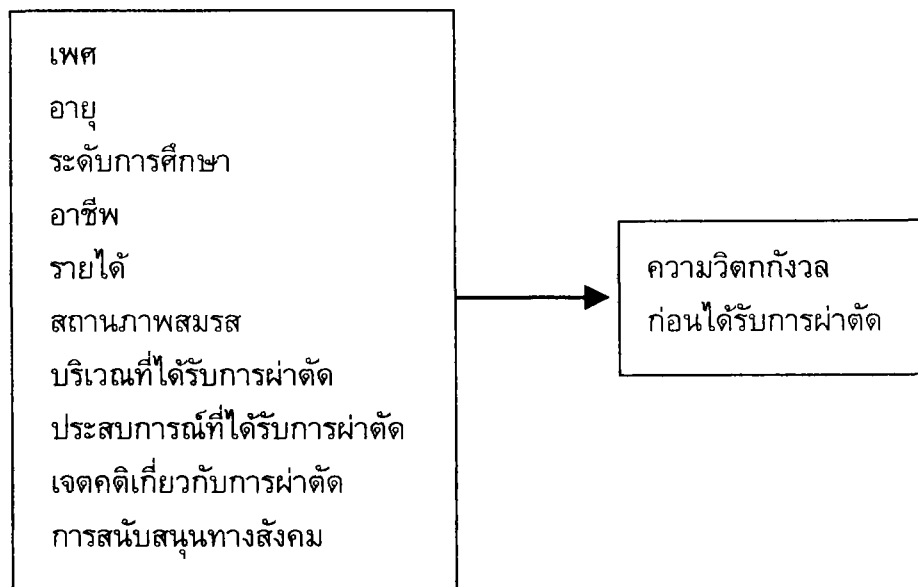
หมายถึง โรงพยาบาลประจำจังหวัดเพชรบุรี เป็นสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่
ภายใต้การบริหารงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นสถานบริการที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้
รักษาภายในโรงพยาบาลตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป แต่ไม่เกิน 500 เตียง ให้บริการทางการแพทย์
ได้แก่ การให้บริการทางอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวช สูติ-นรีเวช พยาธิวิทยา
รังสีวิทยา และตา หู คอ จมูก นอกจากนี้ยังเป็นสถานบริการที่เน้นการให้บริการด้านการ
รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าเรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด
แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยได้จัดกรอบ
แนวคิดในการศึกษาค้นคว้า ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีเพศต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีอายุต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีอาชีพต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีรายได้ต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีสถานภาพการสมรสต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

7. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัดต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
9. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
10. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยออโรโรโปดิคส์ก่อนได้รับการผ่าตัด
แผนกศัลยกรรมออโรโรโปดิคส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษา
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความวิตกกังวล

1.1.1 ความหมายและชนิดของความวิตกกังวล

1.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวล

1.1.3 สาเหตุและขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล

1.1.4 ระดับและผลของความวิตกกังวล

1.1.5 ปฏิกริยาที่แสดงออกเมื่อมีความวิตกกังวล

1.1.6 ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด

1.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเจตคติ

1.3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

1.4 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับออโรโรโปดิคส์

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกและละติน รากศัพท์ที่มาจากภาษากรีก มีความหมายว่า
“การกดหรือการรัดให้แน่น” (To press tight or To strangle) ส่วนรากศัพท์ภาษาละติน
คำว่า “Anxious” มีความหมายว่า “ความแสบหรือดิบตัน” จากรากศัพท์ทั้ง 2 ภาษา
ความหมายของความวิตกกังวลจะมีความหมายสอดคล้องไปในทางเดียวกัน ซึ่งจะหมายถึง

ความไม่สุขสบาย ความกดดัน นอกจากนี้ความวิตกกังวล ยังมีความหมายครอบคลุมไปถึงความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้น กระสับกระส่าย อึดอัดไม่สบาย ตื่นตระหนก ไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคต มักเกิดควบคู่ไปกับการเครียด หรือความรู้สึกถูกคุกคาม ความวิตกกังวลเป็นความกลัวต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจสรุปได้แน่ชัด และเป็นผลจากการประเมินว่า เหตุการณ์ที่เผชิญนั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพ (Lader & Marks. 1971 : 2, 5, 112)

อิงริช และอิงริช (English & English. 1958 : 35) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้อย่างละเอียดสรุปได้เป็นข้อ ๆ ดังนี้

1. ความวิตกกังวล เป็นภาวะของความไม่สบายใจ อันเนื่องมาจากความปรารถนาอันแรงกล้า และแรงขับไปไม่ถึงเป้าหมายที่ต้องการได้
2. ความวิตกกังวล หมายถึง ความกลัวอันว่าวุ่น สับสน ว่าอาจมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้นในอนาคต
3. ความวิตกกังวล หมายถึง ความกลัวที่ต่อเนื่องซึ่งอาจสังเกตเห็นได้แต่อยู่ในระดับต่ำ
4. ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกที่ตนเองถูกขู่เข็ญ ซึ่งเป็นการขู่เข็ญที่น่ากลัว โดยที่บุคคลนั้นไม่อาจบอกได้ว่า สิ่งทีรู้สึกว่ามีขู่เข็ญนั้นเป็นอะไร

เกรแฮม และคอนเลย์ (Graham & Conley. 1971 : 114) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากความกลัว หรือความไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากความคิด หรือทำนายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นอันตราย ไม่สามารถกำหนดสาเหตุที่แน่ชัดได้ เป็นสัญญาณอย่างหนึ่งที่เตือนให้บุคคลเตรียมพร้อม เพื่อสู้กับเหตุการณ์ที่คุกคามนั้น

ไรครอฟท์ (Rycroft. 1971 : 2) กล่าวว่า ความวิตกกังวล คืออารมณ์ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับแรงขับตามธรรมชาติ เช่น ความหิว ความกระหาย และความต้องการอื่น ๆ เพื่อการอยู่รอด ส่วนใหญ่มีจุดเริ่มต้นจากความกลัวที่คาดหมายไว้ล่วงหน้า เป็นสภาพที่ตึงเครียด ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งจำเป็นต้องจัดให้หมดไป และเป็นตัวผลักดันให้มนุษย์กระทำพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งถือว่าเป็นแรงจูงใจ

เบค (Beck. 1972 : 349) กล่าวว่า แม้สภาพการณ์ที่กดดัน จะมีส่วนสร้างให้เกิดความวิตกกังวลได้น้อยกว่าสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคล หากบุคคลได้รับรู้ถึงความกดดันมาก ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวล ได้มากกว่าบุคคลที่รับรู้ได้น้อย นั่นคือองค์ประกอบด้านความคิด มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลยิ่งกว่าตัวสภาพการณ์ที่แท้จริง ประสบการณ์ของบุคคลก็เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้สภาพการณ์ซึ่งไม่ร้ายแรง กลายเป็นสภาพ

การณ์ที่กดดันขึ้นอย่างมากได้ โดยบุคคลจะประเมินอันตรายที่เกิดขึ้น เกินความเป็นจริง ขณะเดียวกัน ก็ประเมินความสามารถของตนที่จะจัดการกับภาวะนั้น ๆ ต่ำกว่าความเป็นจริง

เบิร์ต (Bird. 1973 : 8) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นสัญญาณอันตรายของจิตใจที่จะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลประสบภาวะคับขัน หรือภาวะอันตราย

โกรน (Groen. 1975 : 733) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวข้องกับการคาดการณ์ล่วงหน้า หมายถึง ลักษณะที่ไม่น่าพึงพอใจ ที่เกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอันตราย หรือคับข้องใจที่คุกคามสวัสดิภาพ ภาวะสมดุลหรือวิถีชีวิตของบุคคล หรือกลุ่มสังคมนั้น และให้ข้อสังเกตไว้ว่า ตัวของเหตุการณ์ไม่ใช่ตัวก่อให้เกิดความวิตกกังวลโดยตรง แต่การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ทำให้เกิดความวิตกกังวล

สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger. 1976 : 177) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น และตึงเครียด ซึ่งมักเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา เช่น มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonervous system) เพิ่มขึ้น

แวนเดอร์ฮอร์สท (Vanderhorst. 1980 : 403) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาจิตสรีระวิทยาของบุคคลต่อสิ่งคุกคามภายใน ที่ไม่สามารถแยกสิ่งคุกคามนั้นออกด้วยตัวของมันเอง เป็นความรู้สึกยุ่งยากใจ เลื่อนราง ไม่สุขสบาย บุคคลที่ประสบความวิตกกังวลจะรู้สึกถึงความรู้สึกนั้นเอง

อเล็กซานเดอร์ และพาร์สันส์ (Alexander & Parson. 1987 : 68) กล่าวว่า ความวิตกกังวล คือ สภาวะของการประหวั่นใจ ความตึงเครียด ความเป็นห่วง หรือความกระวนกระวายในใจ การตอบสนองต่ออันตรายที่เป็นจริง หรือคิดนึกซึ่งไม่เฉพาะเจาะจง เป็นความรู้สึกของค่านิยมของความหวั่นกลัว ความหมดทางช่วยเหลือ การถูกแยกให้อยู่ลำพังและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ภาพพจน์ของตนถูกคุกคาม

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2526 : 743) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นความทุกข์ ร้อนใจ กังวล ความตริ่ก ความตริ ความคิด

เจริญ สมวงศ์ศิริ (2523 : 1) ความวิตกกังวล เป็นสภาวะของจิตใจที่มีลักษณะต่อไปนี้

1. เป็นความรู้สึกที่ไม่สบายใจ
2. มีความรู้สึกว่าจะมีสิ่งเลวร้าย หรืออันตรายเกิดขึ้น โดยบอกสาเหตุไม่ได้
3. อาจมีความรู้สึกกลัวรวมอยู่ด้วยกันได้

ความวิตกกังวลจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ทั้งร่างกายและความประพฤติ ดังนั้นทางร่างกาย จะเป็นผลของการกระทบกระเทือน ต่อระบบประสาทอัตโนมัติเป็นส่วนใหญ่ เช่น

ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก ปากแห้ง เวียนศีรษะ ฯลฯ ทางความประพฤติดจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด เหนื่อยง่าย ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจทำงาน

ฉวีวรรณ สุตะบุตร (2524 : 75) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกไม่สบาย ซึ่งเป็นผลจากการมีความขัดแย้ง ความคับข้องใจ หรือการที่ต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ ๆ ทำให้รู้สึกหวาดหวั่น ไม่แน่ใจ มักจะมีความรู้สึกควบคุมกับความรู้สึกผิด สงสัย กลัว และย้ำทำ

สุวิทนา อารีพรรค (2524 : 82) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกไม่สบาย อึดอัด ตึงเครียด หรือกลัวอันตราย ซึ่งคิดว่าอาจจะเกิดขึ้นแต่ไม่รู้ว่าจะจากอะไร

ศิริกาญจน์ เมื่อเทศ (2527 : 29) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า ความวิตกกังวลหมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม เสี่ยงภัย ตกอยู่ในอันตราย หรืออยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัย ความไม่แน่นอน ไม่ทราบว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกนี้ทำให้บุคคลเกิดความหวาดหวั่น ตึงเครียด กระวนกระวายใจ หรือไม่สบายใจ โดยมีการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2535 : 111) ความวิตกกังวล เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ที่คนเราทุกคนเคยรู้จักและคุ้นเคย แต่อาจจะบรรยายได้ยากความวิตกกังวลเปรียบเสมือน สัญญาณเตือนเจ้าตัวว่า มีความไม่สมดุลเกิดขึ้นในจิตใจและอารมณ์ จำเป็นที่บุคคลจะต้องปรับอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้ความสมดุลที่เสียไปฟื้นคืนสภาพ

สรุปว่าความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หวาดหวั่น มีความรู้สึกอึดอัด ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลนั้นคาดหมายเหตุการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีภัยอันตรายเกิดขึ้นแก่ตนเองโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน มีลักษณะคล้ายความกลัว ทำให้เกิดสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ

ประเภทของความวิตกกังวล

สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger. 1976 : 487 – 489) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ (State anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะอย่าง โดยจะเกิดขึ้นทันทีทันใด เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นให้เกิดความไม่พอใจ หรือทำให้เกิดอันตราย มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น โดยที่ในช่วงเวลาที่ถูกกระตุ้นเร้า นั้น จะเป็นภาวะที่ตึงเครียดหวาดหวั่น กระวนกระวาย มีการตื่นตัวของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งความรุนแรงที่แสดงออกต่อสภาวะเช่นนี้ จะแตกต่างกันไปตามความแตกต่างระหว่างบุคคล

2. ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว (Trait anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีอยู่ในตัวบุคคล จนกลายเป็นลักษณะประจำตัว และมีลักษณะคงที่ และความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวนี้ จะไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรม แต่จะเป็นตัวเสริมของความวิตกกังวลต่อสถานการณ์คือ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นให้เกิดความไม่พอใจหรือทำให้เกิดอันตราย บุคคลที่มีความวิตกกังวลเป็นลักษณะประจำตัวสูง จะมีความไวในการรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้ไม่พอใจ หรือทำให้เกิดอันตรายได้เร็วกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลเป็นลักษณะประจำตัวต่ำ นอกจากนี้ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวจะมีผลต่อความรุนแรงของการเกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์

ไมซ์ซีเนอร์ (Meissner, 1980 : 690) แบ่งความวิตกกังวลเป็น 3 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลตามความจริง (Reality anxiety) คือ ความกลัวต่ออันตรายที่แท้จริงในโลกภายนอก

2. ความวิตกกังวลในแบบโรคประสาท (Neurotic anxiety) คือ ความกลัวว่าสิ่งที่ทำไปตามสัญชาตญาณนั้นจะได้รับการลงโทษ ความวิตกกังวลแบบนี้ มีรากฐานมาจากความเป็นจริง ทั้งนี้เพราะ เคยถูกพ่อ แม่ หรือผู้มีอำนาจลงโทษ การกระทำซึ่งเด็ก ๆ ทำไปด้วยแรงกระตุ้น

3. ความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับหลักศีลธรรม (Moral anxiety) คือ ความกลัวต่อความรู้สึกผิดชอบ คือกลัวว่าความคิด หรือการกระทำบางอย่าง จะขัดต่อหลักศีลธรรมที่บุคคลได้รับการอบรมสั่งสอนมาแต่วัยเด็ก ความวิตกกังวลแบบนี้มีรากฐานมาจากความเป็นจริงด้วยเหมือนกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลเคยถูกลงโทษ เนื่องจากฝ่าฝืนหลักศีลธรรม จึงกลัวว่าจะถูกลงโทษอีก

สตูนิย์ ดันดิพัฒนานันท์ (2522 : 127 – 130) จำแนกความวิตกกังวลในคนปกติ และคนป่วย ออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. ความวิตกกังวลแบบปกติ (Normal anxiety) ได้แก่ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นแหล่งของพลังงานที่กระตุ้นให้บุคคลคิดวางแผน เพื่อหาทางเอาชนะอุปสรรคที่มาขัดขวาง ความวิตกกังวลประเภทนี้ จะเกิดขึ้นได้สัดส่วนกับสิ่งกระตุ้นและจะเกิดขึ้นไม่นาน เมื่อตัวกระตุ้นลดลง ความวิตกกังวลก็จะลดลงตามไปด้วย พบได้ในขณะที่บุคคลประสบกับภาวะฉุกเฉิน สวัสดิภาพของตน เช่น ความเจ็บป่วย ภาวะการสอบไล่ เป็นต้น

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

3. ความวิตกกังวลที่เป็นพยาธิสภาพ หรือความวิตกกังวลเรื้อรัง (Pathogenic or Chronic anxiety) เป็นภาวะที่ตึงเครียดตลอดเวลา สาเหตุของความวิตกกังวลแบบนี้มักเกี่ยวกับสิ่งที่เก็บกดไว้ หรือข้อขัดแย้งที่บุคคลยอมรับไม่ได้ มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นพฤติกรรมชนิดโรคประสาท หรือโรคจิตทั้งหลาย

เจริญ สมวงษ์ศิริ (2523 : 4) แบ่งประเภทของความวิตกกังวลได้ดังนี้

1. **Situational anxiety** เป็นความวิตกกังวลในสภาวะการณั้น ๆ เช่น ถูกไล่ที่ ต้องไปหาที่อยู่ใหม่ นักเรียนพยาบาลใหม่เพิ่งย้ายเข้าอยู่หอพัก
2. **Free floating anxiety** เป็นความวิตกกังวลที่จับสาเหตุไม่ได้
3. อาการวิตกกังวลที่พบร่วม หรือเป็นผลจากโรคอื่น ๆ เช่น ทางจิตเวชอาจพบในโรคซึมเศร้า (Psychotic depression) โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism) โรคประสาทย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive compulsive)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

แคลเทล (Cattell. 1965 : 245) กล่าวว่า นักจิตวิทยาพยายามศึกษาว่า ความวิตกกังวลจะมีผลต่อการเรียนรู้ และการทำงานของคนเราอย่างไร ซึ่งนักจิตวิทยายังมีทัศนะเป็น 2 ฝ่าย กล่าวคือ นักจิตวิทยากลุ่มจิตวิเคราะห์ ถึงแม้จะไม่ได้ศึกษาความวิตกกังวลกับการเรียนรู้โดยตรง แต่มีความเชื่อว่าความวิตกกังวล เป็นตัวที่บั่นทอนประสิทธิภาพในการทำงาน มีผลร้ายต่อคนเราและเป็นต้นเหตุของโรคจิต ส่วนนักจิตวิทยาอีกพวกหนึ่ง ได้แก่ สเปนซ์ (Spence) และไมวเรอร์ (Mowrer) มองความวิตกกังวลในแง่ดี ซึ่งจะมีส่วนช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

เลวิต (Levitt. 1967 : 112 – 113) ได้กล่าวถึง ทฤษฎีของสเปนซ์ (Spence) ซึ่งมีชื่อว่า “ทฤษฎีแห่งไอโอาว” (The Iowa theory) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลของความวิตกกังวลที่มีต่อการเรียนรู้ ซึ่งสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเปรียบเสมือนเป็นแรงขับ หรือแรงจูงใจซึ่งช่วยอินทรีย์เกิดพลัง หรือเกิดแรงจูงใจที่จะทำพฤติกรรมบางอย่าง ดังนั้นความวิตกกังวลจึงมีส่วนช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และเพิ่มความเร็วและประสิทธิภาพในการทำงาน ผลของความวิตกกังวลจะช่วยให้เกิดความเข้มในการตอบสนอง สำหรับการเรียนรู้ที่สลับซับซ้อนนั้น ผลของความวิตกกังวลอาจจะขัดขวางการเรียนรู้ในระยะแรก ๆ แต่เมื่อผู้เรียนคุ้นเคยกับงานที่ทำ หรือสร้างนิสัยในการเรียนรู้ที่ถูกต้องแล้ว ความวิตกกังวลจะช่วยการเรียนรู้ในที่สุด

ทฤษฎีความวิตกกังวลของซาราสัน (Levitt. 1967 : 114 – 137 ; citting Sarason. 1960. *Psycholoaical bulletine*. p. 403 - 415) หรือที่เรียกว่า “ทฤษฎีแห่งมหาวิทยาลัยเยล” (Yale theory) อธิบายว่า ความวิตกกังวลจะมีผลต่อคนเราอย่างไร ย่อมขึ้น

อยู่กับสถานการณ์และสิ่งเร้า รวมทั้งลักษณะของบุคคลด้วย อันได้แก่ เป้าหมาย และค่านิยมของเขา ดังนั้นความวิตกกังวลอาจจะมีทั้งผลดีและผลเสีย นอกจากนั้นบุคคลอาจพัฒนาวิธีการตอบสนองต่อความวิตกกังวล ซึ่งวิธีการตอบสนองนั้นอาจสัมพันธ์หรือไม่ สัมพันธ์กับงานที่ทำก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับธรรมชาติของงาน และขึ้นอยู่กับว่าบุคคลรับรู้งานในลักษณะอย่างไร

เยอร์คส์ และดอดสัน (Levitt. 1967 : 116 – 120 ; citting Yerkes &

Dodson. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*. V. 18 p. 459 - 482)

ซึ่งมีใจความสำคัญว่า ความวิตกกังวลหรือความหวาดกลัว จะสัมพันธ์ในแบบตรงข้ามกับงานที่สลับซับซ้อน แต่โดยทั่วไปความวิตกกังวล จะสัมพันธ์กับการเรียนรู้ในลักษณะเป็นเส้นโค้ง (Curvilinear) ซึ่งหมายความว่า ความวิตกกังวลในระดับต่ำ จะส่งผลต่อการเรียนรู้น้อยมาก หรืออาจไม่ช่วยเลย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า แรงจูงใจที่เกิดขึ้นไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดผลในการทำงาน แต่ความวิตกกังวลหรือแรงขับ ซึ่งอยู่ในระดับสูงเกินไปก็จะไปขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ ทำให้ผลการเรียนรู้คล้ายกับเมื่อมีความวิตกกังวล หรือแรงขับในระดับต่ำหรืออาจเร็วกว่า แต่ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ช่วยให้การเรียนรู้ดีขึ้น

สาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ ขึ้นอยู่กับการตอบสนองของบุคคลต่อสาเหตุของความวิตกกังวล ซึ่งได้มีผู้แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวลได้มากมายหลายสาเหตุดังนี้

เอฟส์เทน (Epstein. 1972 : 291 – 337) ได้สรุปสาเหตุของความวิตกกังวลว่าเกิดจากสาเหตุ 3 ประการคือ

1. สาเหตุจากการมีสิ่งเร้าทางกายภาพมากระตุ้นเร้าบุคคล จนเกินขีดระดับความสามารถของบุคคลที่จะทนได้ ดังนั้นการตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่มาจากสาเหตุนี้จะแสดงออกมาเป็นความเจ็บปวด แล้วมีผลทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวล นอกจากนี้แล้วขีดระดับความสามารถของบุคคลที่จะทนต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นนั้น จะมีความแตกต่างระหว่างบุคคล
2. สาเหตุจากการไม่สอดคล้องกันของความคิด คือเป็นความไม่สอดคล้องกันระหว่างประสบการณ์ของตน และความคาดหวัง ซึ่งจะเป็นภาวะที่ถูกคุกคาม และนำไปสู่การเกิดอาการวิตกกังวล
3. สาเหตุจากการไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจเกิดจากการไม่รู้สิ่งเร้าใดเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและเกิดจากความขัดแย้งระหว่างการทำที่ต้องเลือกการตอบสนอง ซึ่งภาวะเช่นนี้จะนำไปสู่การเกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลจากสิ่งแวดล้อมเรียกว่า **Objective anxiety** เป็นความวิตกกังวลที่แท้จริง มีประโยชน์สำหรับใช้ในการป้องกันตนเองให้พ้นภัย ความวิตกกังวลชนิดนี้ไม่ต้องรักษา ส่วน **Vital anxiety** เป็นความวิตกกังวลที่ช่วยให้ตนเองพ้นภัย เช่น ผู้ที่เป็นโรคหัวใจจะเคลื่อนไหวช้าลง ออกกำลังน้อยลง นอกจากนั้นความวิตกกังวลยังพบได้ทั้งในคนไข้โรคจิตโรคประสาท

กนกพร สุคำวัง (2527 : 40) ได้แบ่งสาเหตุการเกิดความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท คือ

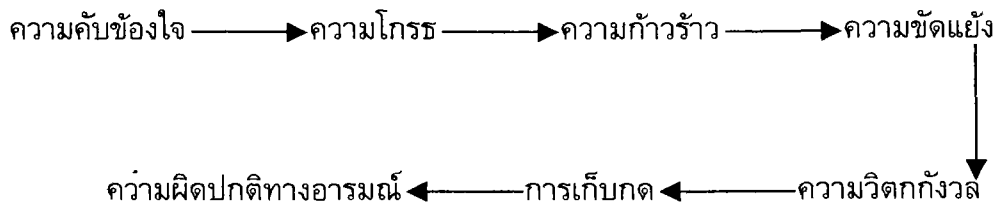
1. ความวิตกกังวลในวัยทารก มีสาเหตุเนื่องมาจาก

1.1 การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นความวิตกกังวลตั้งแต่แรกคลอด เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ต้องพึ่งพาบิดา มารดา เชื่อว่าเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อีกในภายหลัง ความวิตกกังวลชนิดนี้จะถูกกระตุ้นขึ้นมาอีก ดังนั้นการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จึงเป็นแหล่งกำเนิดความวิตกกังวลทั้งในวัยทารก และวัยผู้ใหญ่

1.2 การพลัดพราก จากการที่ต้องพึ่งพาการเลี้ยงดูจากบิดา มารดา โดยเฉพาะมารดา ดังนั้นการพลัดพรากจากมารดา จึงก่อให้เกิดความกลัว และความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก การพลัดพรากในวัยนี้ จะก่อให้เกิดผลต่อเนื่องในภายหลัง และเป็นแหล่งกำเนิดของความวิตกกังวลที่สำคัญในวัยผู้ใหญ่ ความรู้สึกเกี่ยวกับการพลัดพราก จะถูกเก็บกดไว้เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง หรือคล้ายคลึงกัน จะกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลได้

1.3 การขาดแคลนและการสูญเสีย การที่ทารกสูญเสียความสบายที่เคยได้รับ หรือการขาดแคลนปัจจัยที่เป็นสิ่งจำเป็น จะเป็นการคุกคามต่อทารก และเกิดผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ได้

1.4 ความคับข้องใจ จะก่อให้เกิดอารมณ์ต่าง ๆ ตามลำดับ คือ เมื่อเกิดความคับข้องใจจะก่อให้เกิดความโกรธ ความโกรธก่อให้เกิดความก้าวร้าว และส่งผลให้เกิดความขัดแย้ง จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ ต่อมาเมื่อบุคคลเก็บกดอารมณ์นี้ไว้ ผลของการเก็บกดอารมณ์นี้ จะก่อให้เกิดความผิดปกติขึ้นได้ แต่ความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นนี้ จะขึ้นกับองค์ประกอบด้านอื่น ๆ ของบุคคลนั้นด้วย ลำดับของอารมณ์ต่าง ๆ เขียนเป็นความสัมพันธ์ได้ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2 (กนกพร สุคำวัง. 2527 : 49)



ภาพประกอบ 2 แสดงความสัมพันธ์ของลำดับอารมณ์ต่าง ๆ

1.5 การติดต่อของอารมณ์ พัฒนาการในวัยเด็ก มีขั้นตอนการเลียนแบบบิดามารดา เด็กมีความรู้สึกไว และรับรู้ลักษณะอารมณ์ต่าง ๆ จากบุคคลใกล้ชิด เด็กจึงอาจมีพัฒนาการทางอารมณ์มาจากการเลียนแบบ หรือติดต่อมาจากบุคคลใกล้ชิดได้

1.6 การไม่ยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด คือ การได้รับความรังเกียจ ขุ่นเคืองหรือปฏิเสธจากบุคคลใกล้ชิด ความต้องการในเรื่องการยอมรับเป็นสิ่งสำคัญมาก การปฏิเสธไม่ได้รับการยอมรับ จะมีผลต่อพัฒนาการของเด็กต่อไปในภายหลัง

1.7 สิ่งคุกคามทางร่างกาย ได้แก่ สิ่งคุกคามภายนอก และสิ่งคุกคามภายใน รวมถึง การลงโทษทางร่างกาย ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ทารกได้

1.8 เหตุการณ์สำคัญ เหตุการณ์เฉพาะบางอย่างที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก จะมีผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ นอกจากจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างเฉียบพลันแล้ว ยังอาจมีส่วนทำให้เกิดความผิดปกติตามมาภายหลังได้ เช่น การตายของบิดา มารดา พี่น้อง การย้ายที่อยู่ใหม่ หรือการเกิดอุบัติเหตุ

2. ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นภายหลัง ความวิตกกังวลในระยะนี้ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในวัยทารก เชื่อว่าความขัดแย้งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้นจะต้องเคยเกิดขึ้นมาก่อนและมีผลต่อเนื่องมาภายหลัง มีสาเหตุเนื่องมาจาก

2.1 ความขัดแย้งด้านมโนธรรม ความขัดแย้งจะเกิดขึ้นเมื่อ บุคคลมีความต้องการทางสัญชาตญาณ ขัดแย้งกับมโนธรรมประจำใจ ความขัดแย้งนี้ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางอารมณ์ ซึ่งเป็นความขัดแย้งภายในจิตใจ และก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

2.2 การไม่ยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด ดังที่กล่าวแล้วว่า ทารกที่ได้รับการปฏิเสธจากบิดา มารดา อาจเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ต่อเนื่องตามมาภายหลังได้ในวัยผู้ใหญ่ การไม่ได้รับการยอมรับในสังคม จะมีผลต่อฐานะตนเอง และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความขัดแย้ง และความวิตกกังวลได้

นางสาว 613

2.3 ความขัดแย้งทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล ได้แก่ การทำ การพูด การคิดในสิ่งที่สังคมนั้นถือว่าผิด หรือไม่เป็นที่ยอมรับ อาจมีผลทำให้ถูกตำหนิ หรือทำให้ฐานะ ชื่อเสียง การยอมรับในตนเองสูญเสียไป จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

2.4 สิ่งคุกคามต่อการป้องกันรักษาตนเอง หมายถึง สิ่งคุกคามต่อบุคคลเนื่องมาจากสิ่งภายนอก ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกาย และจิตใจ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้น เรียกว่า เป็นความวิตกกังวลเฉพาะสถานการณ์ ได้แก่ ภัยธรรมชาติ การเจ็บป่วย รวมถึงการตั้งครุฑและการคลอດ

2.5 การตอบสนองต่อภาวะที่เคยได้รับในอดีต ความทุกข์ทรมานที่บุคคลเคยได้รับในอดีตจะยังคงแฝงอยู่ ในภายหลังเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่มีเพียงบางส่วนคล้ายคลึงกับความทุกข์ที่เคยได้รับนั้นก็อาจกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาอีกได้

2.6 ความคับข้องใจและความก้าวร้าว ความคับข้องใจ ความโกรธ หรือความก้าวร้าว จะแฝงอยู่ในจิตใจ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นก็จะเกิดขึ้นใหม่ และก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

2.7 ความหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีความหวาดหวั่นหรือหวาดกลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล

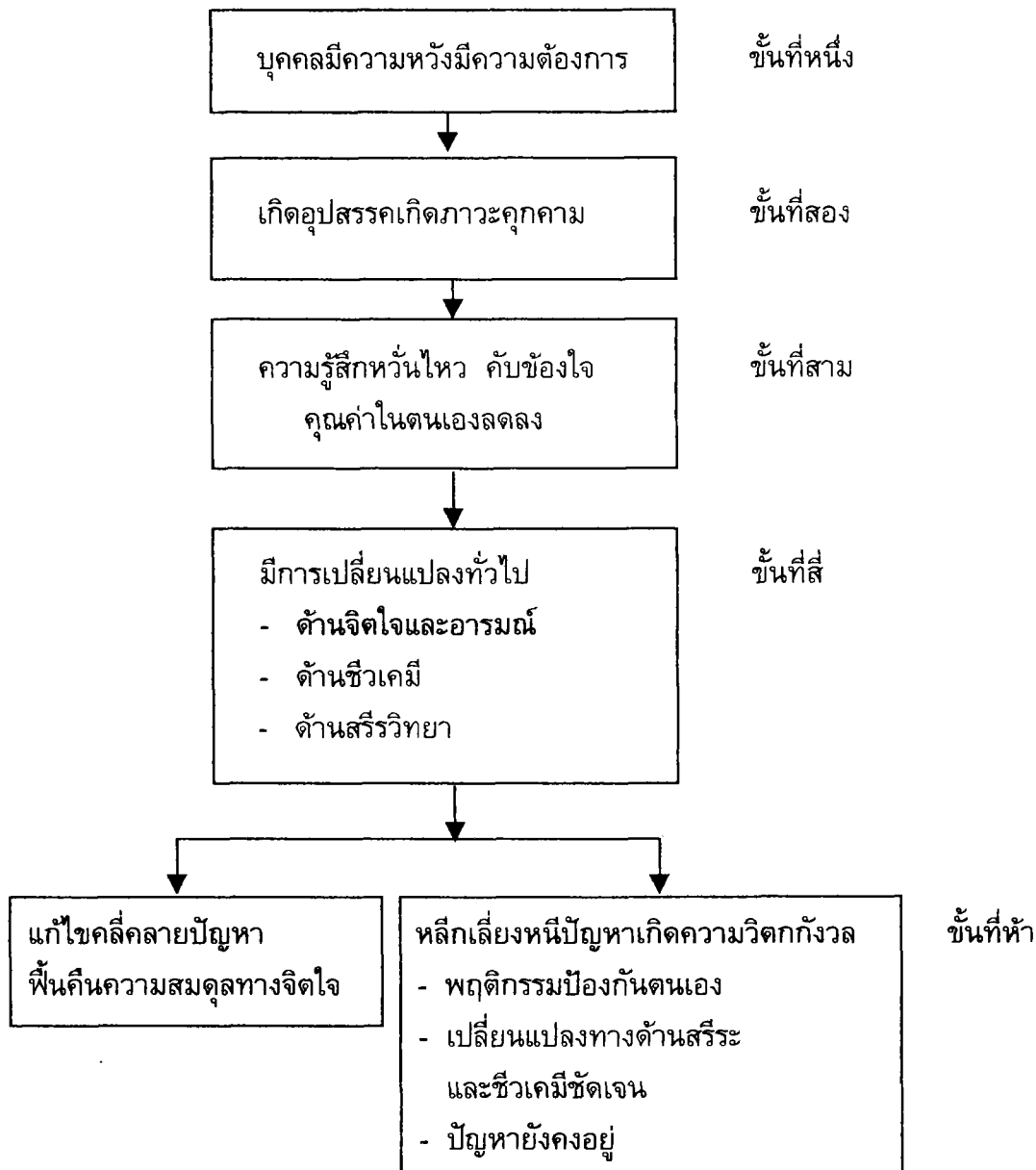
2.8 เหตุการณ์เฉพาะที่กระทบกระเทือนอารมณ์ หมายถึง เหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล (Anxiety – provoking evens) ได้แก่ การแต่งงาน การหย่าร้าง การตาย เป็นต้น

ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล

กล่าวกันว่าสิ่งที่คุกคามต่อสวัสดิภาพและความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งสิ่งที่คุกคามนี้จะจริง หรือเป็นเพียงความคาดคะเนก็ได้ เช่น ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่คุกคามที่เป็นจริง หรือการหวาดวิตกว่าจะสอบตก เป็นสิ่งที่เราคาดคะเนเอาเอง ซึ่งอาจจะจริงหรือไม่ก็ได้ แต่ทั้งสองอย่างก็มีผลต่อจิตใจและอารมณ์เหมือนกัน คือทำให้รู้สึกหวาดหวั่นไม่มั่นคงปลอดภัย (Sense of insecurity) รู้สึกว่าตนเองหมดหนทาง ไม่รู้จะแก้ไขอย่างไร (Sense of helplessness) และทำให้ร่างกายมีการตอบสนองเหมือนกันทั้งทางด้านสรีระวิทยา และทางด้านพฤติกรรม

สฤณี เกียวกิ่งแก้ว (2527 : 168 – 169) แสดงขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวลไว้ดังนี้

1. บุคคลมีความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้รวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเอง
 2. ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม หรือภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเองถูกคุกคาม ทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์
 3. บุคคลนั้นเกิดภาวะหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าอย่างไร (Sense of helplessness and powerlessness)
 4. เกิดความรู้สึก กระวนกระวายใจขึ้น เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น ภาวะนี้เรียกว่า ความวิตกกังวล
 5. บุคคลพยายามขจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติ โดยเปลี่ยนพลังงานออกเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ เช่น โกรธ เสียงดังขึ้น มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายมากขึ้น
 6. เกิดความรู้สึกผ่อนคลายลง เกิดสมดุลทางจิตใจ และอารมณ์ขึ้นใหม่
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2535 : 1117) ได้แบ่งขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล ออกเป็น 5 ขั้นตอน สรุปได้ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล

จากภาพประกอบ 3 สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนแรก เริ่มด้วยบุคคลมีความคาดหวัง มีความปรารถนา มีความต้องการ อย่างใดอย่างหนึ่งเด่นชัดขึ้นมา ความต้องการนั้นมีพลังผลักดันสูงกว่าความต้องการเรื่องอื่น ๆ เช่น ในเวลาเที่ยง ผู้ป่วยนั่งรอญาติอยู่ที่ระเบียงด้วยความกระวนกระวายใจ ทำไมจึงไม่มีใคร

มาเยี่ยม ทั้ง ๆ ที่ยังไม่ได้รับประทานอาหารก็ไม่รู้สึกหิว เพราะใจจดจ่อเป็นกังวล หรือ
ปรารถนาจะพบญาติสำคัญกว่าเรื่องอื่นในเวลานั้น ๆ

ขั้นตอนที่สอง ความคาดหวัง ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง จะด้วยเหตุใด
ก็ตาม จนกระทั่งบ่าโยม ญาติผู้ป่วยก็ไม่มาเยี่ยมตามนัด บุคคลจะรู้สึกว่าการต้องการของ
ตนได้รับการขัดขวาง มีอุปสรรค ความคับข้องใจตามมาเป็นลำดับ

ขั้นตอนที่สาม ในภาวะคับข้องใจ บุคคลจะไม่มีความสุข หวันไหว สับสน ทำอะไร
ไม่ถูก รู้สึกหมดหนทางที่จะช่วยเหลือตัวเอง ไม่มีพลังจะจัดการกับเหตุการณ์ข้างหน้าต่อไป
ความสำนึกในคุณค่าของตนเองลดน้อยถอยลงอย่างมากในทันที

ขั้นตอนที่สี่ โดยธรรมชาติของการปรับตัว กระบวนการในขั้นตอนที่สาม จะไม่คงที่
อยู่นาน พลังงานที่ก่อตัวมาเป็นระยะจะผันแปรเปลี่ยนรูปไปสู่การเปลี่ยนแปลง 2 แนวทาง
แนวทางหนึ่งเป็นพฤติกรรมมุ่งไปสู่การแก้ไขคลี่คลายปัญหา อีกแนวทางหนึ่งเป็นพฤติกรรม
มุ่งไปสู่การหลีกเลี่ยง หนีปัญหา การผันเปลี่ยนพลังงานจากขั้นตอนที่สามนี้ ไม่ว่าจะมุ่งไปสู่
แนวทางใด ยังอยู่ในสภาพลางเลือน ไม่อาจกำหนดทิศทางได้ชัดเจนจนกว่ากระบวนการจะ
ผ่านไปถึงขั้นตอนที่ห้า อย่างไรก็ตามในขั้นตอนนี้ องค์ประกอบทั้งหมดของร่างกาย ไม่ว่าจะ
เป็นด้านชีวเคมี สรีระ จิตใจ อารมณ์ มีปฏิกิริยาเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นโดยรวม ๆ ทั้งหมด

ขั้นตอนที่ห้า เป็นขั้นตอนที่ความวิตกกังวลถูกแก้ไขให้หมดไป หรือปรากฏออกมา
ชัดจากขั้นตอนที่สี่ ถ้าพลังถูกผันเปลี่ยนมุ่งไปสู่การแก้ไขคลี่คลายปัญหา บุคคลอาจมีความ
รู้สึกแสดงออกทางสีหน้าว่าอึดอัด กังวล ไม่สบายใจ แต่ก็พยายามแยกแยะหาสาเหตุแห่ง
ปัญหา หาวิธีคลี่คลาย อาจจะใช้การลดความต้องการเดิมของตน หรือใช้วิธีประนีประนอม
หรือกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งให้ปัญหาหมดไป กลไกการป้องกันทางจิต (Defensive
mechanism) ที่ถูกดึงมาใช้มักไม่ก่อโทษต่อไป เช่น การเลียนแบบ (Identification) การ
ทดแทน (Substitution) การชดเชย (Compensation) การประนีประนอม (Compromise)
การหาเหตุเข้าข้างตนเอง (Rationalization) ในที่สุดเมื่อปัญหาลคลี่คลาย ความสบายอก
สบายใจก็เกิดขึ้น คุณภาพทั้งหลายฟื้นกลับคืน

ทั้ง 5 ขั้นตอนนี้ บุคคลแต่ละคน อาจใช้เวลาต่างกันไป การผ่านขั้นตอนทั้งหมดซึ่ง
อยู่กับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความแตกต่างระหว่างบุคคลและประสบการณ์
ในอดีต ถ้าบุคคลไม่สามารถผ่านขั้นตอนเหล่านี้ไปได้ จะทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มระดับความ
รุนแรงขึ้น

ระดับของความวิตกกังวล

ลักแมน และซอเรนเซน (Luckmann & Sorensen. 1974 : 112) ได้กล่าวว่า
ระดับของความวิตกกังวล จะมีผลต่อกระบวนการที่สำคัญต่าง ๆ คือ การเรียนรู้ การรับรู้

ความมีสติรู้สึกตัว และความนึกคิด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละคน แม้จากสาเหตุเดียวกัน ก็มีความรุนแรงไม่เท่ากันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการและการปรับตัวของแต่ละคน ซึ่งเชื่อมโยงอยู่หลาย ๆ ลักษณะ เช่น สภาพสังคม วัฒนธรรม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมของแต่ละคน ซึ่งลักษณะ และขอบเขตเช่น ได้แบ่งระดับความวิตกกังวลได้ 3 ระดับดังนี้คือ

1. ความวิตกกังวลระดับต่ำ ความวิตกกังวลระดับนี้ จะช่วยให้การปรับตัวในชีวิตเป็นผลสำเร็จ ทำให้ภาวะการตื่นตัว ช่วยให้การรับรู้และการเรียนรู้ดีขึ้น
2. ความวิตกกังวลระดับกลาง การรับรู้จะน้อยลง ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ย่างมีประสิทธิภาพในขณะนั้น
3. ความวิตกกังวลระดับสูง ทำให้เกิดความสับสนและมีการกระจายของความคิดพิจารณา เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ และไม่สามารถดำเนินกิจการให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ เสียความสามารถในการปรับตัว ฯลฯ

ฮาเบอร์ (Haber. 1982 : 440 - 441) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับดังนี้

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความตื่นตัว กระตุ้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 ให้รับรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้เรียนรู้และแก้ปัญหาได้ดีขึ้น และทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์
2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับที่ทำให้บุคคลสนใจต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น มีผลทำให้การรับรู้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ลดลง ความสามารถเกี่ยวกับการเรียนรู้ลดลง ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความวิตกกังวล เช่น มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ มีอาการปั่นป่วนในท้อง มีอาการหอบหายใจเข้า - ออกแรงปวดศีรษะ เป็นต้น
3. ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับที่ทำให้การรับรู้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ลดลงอย่างมาก จนอาจทำให้รับรู้สภาพแวดล้อม บิดเลือนไปจากความเป็นจริงรับรู้รายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพียงบางส่วน ทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงรายละเอียดของเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นได้ และบุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความวิตกกังวล ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม
4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับที่ทำให้บุคคลรับรู้สภาพแวดล้อมผิดไปจากความเป็นจริง จนอาจมีอาการของประสาทหลอน บุคคลสูญเสียการควบคุมตนเอง บุคลิกภาพและความคิดผิดปกติ จนอาจมีอาการหลงผิด ความสามารถเกี่ยวกับการเรียนรู้เสียไป ร่างกายมีการตอบสนองต่อความวิตกกังวลอย่างรุนแรง

ชมชื่น สมประเสริฐ (2526 : 46 ; อ้างอิงจากเอกสารอัดสำเนาขององค์การอนามัยโลก. ม.ป.ป.) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 6 ระดับคือ

1. ระดับปราศจากความวิตกกังวล (Ataraxy -1) เป็นระดับที่มีความวิตกกังวลน้อยจนไม่สามารถจะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมได้ ถือว่าไม่ปกติ พบได้ในคนที่เกิดอาการตกใจทันทีทันใด แล้วเงียบเฉยไปเลย หรือในผู้ป่วยที่ได้รับยาหล่อมประสาทขนาดหนัก และผู้ที่อยู่ในภาวะ **Semiconcious** หรือ **Unconcious** ซึ่งไม่มีการรับรู้ความรู้สึกภายนอก

2. ระดับปกติ (Well being 0) พบได้ทั่วไป เป็นระดับที่บุคคลเกิดความรู้สึกสบายได้พักผ่อน เกิดขึ้นเมื่อได้รับประสบการณ์ที่พอใจ มีความวิตกกังวล แต่ก็สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันสมควร

3. ความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย (Mild anxiety +1) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกตื่นเต้นมากขึ้น บุคคลยังสามารถสังเกตความแตกต่างของสิ่งแวดล้อมได้สามารถมองเห็นความสัมพันธ์ ระหว่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันที และสามารถอธิบายความแตกต่างได้ ความรู้สึกไม่สบายในระดับนี้ จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลทำงานแก้ปัญหาได้ ช่วยให้ตื่นตัวในการดูแลสุขภาพ มีสมาธิจดจำได้แม่นยำ เพิ่มการรับรู้และความตั้งใจ ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่สร้างความวิตกกังวลได้ ความวิตกกังวลในระดับนี้ เป็นการเตรียมพร้อมที่จะรับรู้ และปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ในคนปกติเมื่อเกิดความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย จะสามารถปรับตัวกลับมาเป็นระดับปกติได้

4. ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate anxiety +2) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะทำให้บุคคลมีความไม่สบายใจมากขึ้น เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ การรับรู้ของบุคคลเริ่มแคบลง มีแรงผลักดันมากขึ้น ตื่นตัวมากขึ้น ว่องไวมากจนเกือบลุลูกลุกลน อาจมีการปรับตัวแบบสู้หรือหนี

5. ความวิตกกังวลที่รุนแรง (Severe anxiety +3) ความวิตกกังวลในระดับนี้จะทำให้บุคคลมีความกระวนกระวาย การรับรู้แคบมาก สติสัมปชัญญะจะลดลง การมองบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมจะแปรปรวนไป บุคคลจะไม่สามารถเข้าใจความจริงที่เกิดขึ้นควบคุมตนเองไม่ได้ รู้สึกตัวเพิ่มมากขึ้น มีอาการกระสับกระส่ายเห็นได้ชัดเจน อาจจะพูดมาก และพูดเร็วขึ้น ไม่สามารถทำลายความรู้สึกไม่สบายใจได้

6. ความวิตกกังวลอย่างรุนแรงที่สุด หรือขวัญหนีดีฝ่อ (Panic +4) เป็นภาวะที่บุคคลตื่นกลัวสุดขีด ควบคุมตัวเองไม่ได้ และอาจจะเกิดอันตรายได้ การรับรู้เสีย ความตั้งใจลดลง ไม่รับความจริง จำไม่นาน ไม่สามารถตัดสินใจ หรือควบคุมความรู้สึก และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อได้ มีความผิดปกติทางความคิดและบุคลิกภาพ บุคคลจะไม่สามารถช่วยตัวเองให้พ้นจากภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลใด ๆ ได้ จะมีอาการซีมเศร้าสุดขีด

ในระดับ Mild ประสาททั้งหลายมีความพร้อม ตื่นตัว ถ้าระดับความวิตกกังวลสูงจะมีผลเสียอย่างมาก ในระยะ Panic นี้จะเห็นได้จากการตื่นตกใจ รุ้งหนี ไม่กลัวคนวิ่งไปเป็นฝูงใหญ่ ๆ

ปาหนัน บุญหลง (2528 : 147) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล จะมีการเปลี่ยนแปลง สูญเสียความสมดุล ถ้าไม่ปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล จะทำให้บุคลิกภาพเสียไป เช่น ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษา เมื่อแพทย์ให้รักษาในโรงพยาบาลความรุนแรงในแง่ความรู้สึกจะแตกต่างกัน เช่น คนที่เป็นมะเร็ง คนที่มีภาวะเศรษฐกิจต่างกัน ก็จะมีความวิตกกังวลต่างกันไป

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลไม่ใช่สภาวะอารมณ์ที่มีผลในทางลบเพียงอย่างเดียว ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย และปานกลางจะมีประโยชน์คือ เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดการเรียนรู้ การแก้ปัญหา เกิดความคิดสร้างสรรค์ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น แต่ความวิตกกังวลในระดับสูง จะมีผลในทางลบ ทำให้เกิดพยาธิสภาพทางจิตใจ ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคประสาท และโรคจิตในที่สุด

ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล มีผลต่อบุคคลทั้งทางร่างกาย ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งสรุปผลของความวิตกกังวลได้ดังนี้ (สาโรจน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ. 2518 : 310, 315 – 320)

1. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี และสรีรวิทยา

1.1 มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ระบบประสาท เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลสมองส่วนซีรีบรัม (Cerebrum) กระตุ้นต่อพิทูอิทารี (Pituitary gland) และไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งต่อมพิทูอิทารีจะหลั่ง ACTH (Adenocorticotrophic hormone) ไปกระตุ้นส่วน Cortex ของต่อมแอดรีนอล (Adrenal gland) ทำให้หลั่งฮอร์โมนคอร์ติคอยด์ (Corticoid hormone) มีผลทำให้ร่างกายทนทานต่อภาวะความวิตกกังวลได้ดีขึ้น ส่วนไฮโปทาลามัส หรือที่เราเรียกว่า ศูนย์กลางอารมณ์ (The seat of emotion) เป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ สมองส่วนนี้จะส่งกระแสไปตามระบบประสาทอัตโนมัติไปที่เมดูลลา (Medulla) ของต่อมแอดรีนอล ทำให้มีการหลั่งของอิพิเนฟริน (Epinephrine) ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อหดรัดตัว เกร็งเตรียมสู้ (Fight) หรือหนี (Flight) เราจึงพบได้เสมอว่าผู้ที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล มีพลังกำลังมากมาย สามารถทำในสิ่งที่ยามปกติทำไม่ได้

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

1.3 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล โดยทั่วไประดับของความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย และระดับปานกลางจะเพิ่มการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจจะเต้นเร็วและถี่ขึ้น การหายใจจะลึก และเร็วขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย และความดันโลหิตประจำเดือนเปลี่ยนแปลง 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 โศกเศร้า เสียใจ ร้องไห้ง่าย เหนื่อยหน่าย เป็นต้น

3. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ การรับรู้ การเรียนรู้

3.1 ผลของความวิตกกังวลต่อระบบความคิด ทำให้ความคิดสับสน ย้ำคิดย้ำทำ ตัดสินใจช้า ความคิดคับแคบ และไม่ยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา บุคคลที่มีความวิตกกังวลมีแนวโน้มที่จะคิดไปในทางลดคุณค่าของตนเอง

3.2 ผลของความวิตกกังวลต่อระบบความจำ สมาธิ ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย ทำให้การจำได้มากขึ้น ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย และปานกลาง จะทำให้สมาธิดีขึ้น แต่ในระดับรุนแรงและระดับรุนแรงที่สุดนั้น สมาธิอาจลดลง บุคคลในภาวะนี้ กระสับกระส่าย และไม่อยู่นิ่ง

3.3 ผลของความวิตกกังวลต่อการรับรู้ การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ความสามารถในการสังเกตจะเพิ่มขึ้น หรือลดลง ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล ถ้าในระดับเล็กน้อยจะช่วยทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัวดี ทำให้สามารถรับรู้ได้ดีขึ้น การเก็บข้อมูลรอบตัว จะทำได้มากกว่าปกติ ในระดับปานกลางยังคงทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ตื่นตัวอยู่ และขอบเขตการรับรู้จะแคบลง รับรู้เฉพาะสิ่งที่เลือกสรรแล้ว บอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้ ในระดับรุนแรงที่สุด การสังเกตจะแคบลงมาก การรับรู้ผิดพลาด และไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

3.4 ผลของความวิตกกังวลต่อการเรียนรู้ และการปรับตัว ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง ถ้าบุคคลนั้นมีทักษะอยู่แล้ว ก็สามารถใช้ทักษะนั้นช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าความวิตกกังวลระดับรุนแรง และรุนแรงที่สุดแล้ว ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีโอกาสได้ใช้ทักษะนั้นเลย พฤติกรรมจะเป็นไปในรูปของการจัดภาวะความวิตกกังวล ซึ่งโดยมากเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติที่ไม่ต้องคิดก่อน

4. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมการแสดงออก

เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้น พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมา (Acting – out behavior) โดยมากจะเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ พฤติกรรมเหล่านี้จำแนกได้ 4 กลุ่มใหญ่คือ

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) โดยการเบนความสนใจไปสู่อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วยจิตสรีรแปรปรวน (Psychosomatic disorder)ทั้งหลายทำให้ความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้น้อยลง

4.3 การชะงักงันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Freezing to the spot) ได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ เก็บกดความรู้สึกภายใน และกลายเป็นอาการซึมเศร้า มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ

4.4 พฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจ ถึงสาเหตุของความวิตกกังวล และทำความเข้าใจในสาเหตุ (Using the anxiety in the service of learning) เพื่อหาวิธีในการขจัดภาวะความวิตกกังวล ซึ่งทำให้ยึดอัดไม่สบายขึ้น

ซุง (Zung. 1971 : 371 – 372) ได้กล่าวถึง การแสดงออกเมื่อมีความวิตกกังวลไว้ดังนี้

ลักษณะอาการทางอารมณ์ (Affective symptoms) รู้สึกหวาดหวั่น พุ้งซ่าน กังวล หงุดหงิด เสียใจ ตกใจง่าย รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ กลัวอย่างไม่มีเหตุผล คาดคิดถึงอันตราย กลัวตาย

ลักษณะอาการทางกาย (Somatic symptoms) ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก ได้แก่ กล้ามเนื้อตึง ตัวสั่น กระตุก เมื่อยล้า อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ คอและหลัง

ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาการใจสั่น หัวใจหรือชีพจรเต้นแรงหอบ เจ็บหน้าอก

ระบบหายใจ ได้แก่ หายใจแรง เร็ว ตื้น วิ่งเวียน แน่นหน้าอก เป็นลมหายใจไม่ออก

ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเดิน

ระบบขับถ่าย ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ระบบผิวหนัง ได้แก่ หน้าแดง เหงื่อออกตามฝ่ามือ

ระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ อาการหลงลืมง่าย ขาดสมาธิ จุกเฉียวง่าย ผันรำย

ปฏิกิริยาและการปรับตัวของจิตใจเมื่อเกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นลักษณะหนึ่งของอารมณ์ที่เป็นทุกข์ เมื่อคุกคามบุคคลใดบุคคลหนึ่ง บุคคลนั้นย่อมจะพยายามที่จะหาทางออกเพื่อผ่อนคลาย เพื่อมิให้ถูกคุกคามจนเป็นทุกข์อยู่ตลอดเวลา เราเรียกว่า กลไกการปรับตัว (Coping or defense mechanism) ซึ่งเกิดจากการกระทำของจิต เพื่อคงสภาพหรือป้องกันความเป็นตนเอง (Ego or Self) ไว้มิให้เปลี่ยนแปลงจากสถานะเดิม (Rouhani. 1978 : 25)

ลักแมน และซอเรนเซน (Luckman & Sorensen. 1974 : 113) ได้กล่าวถึงกระบวนการปรับตัวของจิตใจ เมื่อมีความวิตกกังวล (Psychologic adaptation process) ว่ามีลักษณะคล้ายกลุ่มอาการ การปรับตัวทั่วไปในภาวะเครียด (General adaptation syndrome) โดยจะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงอยู่ 3 ระบบดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างกระบวนการปรับตัวของจิตใจ เมื่อมีความวิตกกังวล และกลุ่มอาการปรับตัวทั่วไปในภาวะเครียด

ระยะที่	กลุ่มอาการปรับตัวทั่วไปในภาวะเครียด	กระบวนการปรับตัวของจิตใจเมื่อมีความวิตกกังวล
1	ระยะเตือน เป็นปฏิกิริยาตอบโต้ภาวะเครียดในระยะเริ่มต้น มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเกิดขึ้นเพื่อเผชิญกับอันตราย หรือสิ่งรบกวน	สภาวะการณ์ที่คับข้องใจทำให้เกิดภาวะการตื่นตัว จะแสดงออกในรูปของพฤติกรรม (ก) ต่อบุคคลที่ก้าวร้าว (ข) หนี (ค) วิตกกังวล
2	ระยะต่อต้าน เป็นระยะที่การปรับตัวเกิดผลเป็นการย้อนกลับไปยัง Negative feedback อัตรการเร่งต่าง ๆ จะลดลง ร่างกายจะพยายามปรับเข้าสู่ภาวะสมดุล และเริ่มมีกลไกเฉพาะอย่างแทนที่	บุคคลจะใช้เบี่ยงเบนหรือบิดเบือนจากความเป็นจริง เพื่อให้สอดคล้องกับความปรารถนาของตน (Defense Mechanism) เป็นทางออกเพื่อทดแทนการแก้ปัญหาโดยตรงและผ่อนคลายความวิตกกังวล
3	ระยะหมดกำลัง เป็นระยะสุดท้ายของการปรับตัว ถ้าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะเริ่มอ่อนแอแรงลง การล้มเหลวได้ง่าย	ถ้าใช้กลไกการปรับตัวให้ได้ผล หรือนำมาใช้มากเกินไป จะทำให้เกิดภาวะหมดกำลัง (Exhausted) อาจนำไปสู่การเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

กลไกการปรับตัวมีประโยชน์ในการเป็นเครื่องรักษาสภาพจิตของตนเองเอาไว้ไม่ให้ประสบกับความวิตกกังวลใจมากเกินไป หรือรู้สึกวุ่นวายตนเองด้วยค่าลงไป เป็นการชลอความทุกข์เพื่อหาโอกาสแก้ไขตัวเองหรือหาวิธีแก้ปัญหาให้เหมาะสมต่อไป (สุชา จันทรเฒ. 2524 : 73) และในขณะเดียวกันกลไกทางจิตจะไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพจิต ถ้าบุคคลนำไปใช้จนเกิดความเคยชิน เป็นการไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงโดยการหลีกเลี่ยง หรือหลบหลีกปัญหา ทำให้บุคคลมีความไม่เป็นตัวของตัวเอง คือ ไม่รู้จักตนเองที่แท้จริง ในที่สุดจะเกิดความทุกข์ ความเบื่อหน่าย ความท้อแท้สิ้นหวังและอาจเกิดอาการทางโรคจิต โรคประสาทได้ (Rouhani. 1978 : 26)

ปฏิกิริยาที่แสดงออกเมื่อมีความวิตกกังวล

สุพัทธนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา (2520 : 465 – 466) ได้กล่าวถึง การแสดงออกเมื่อมีความวิตกกังวลไว้ดังนี้คือ

1. มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพ เช่น มีพฤติกรรมถดถอยแยกตัวเองเฉื่อยชา ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวน
2. มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ไปในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย ร้องไห้ หรือหัวเราะโดยไม่มีเหตุผล
3. สูญเสียระดับความรู้สึกดี ความจำ สมาธิ ถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยจะไม่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้สึกดี
4. ขบวนการทางความคิดถูกรบกวน เช่น สับสน กลัวตัดสินใจไม่ได้
5. มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ เช่น มองเห็นภาพหลอน การรับรู้ความรู้สึกของประสาทสัมผัสผิดปกติ
6. สูญเสียความสนใจ ใฝ่ต่อสิ่งรบกวน
7. มีความผิดปกติในการใช้ภาษา หรือในการสื่อสารภาษา เช่น พูดซ้ำ ๆ กัน พูดในเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับสภาพปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงระดับเสียงแบบแผนการพูด และการออกเสียงเปลี่ยนไป
8. ใช้กลไกในการป้องกันตนเอง โดยไม่รู้สึกรู้สีกตัว เช่น มีพฤติกรรมถดถอยหาเหตุผลประกอบเข้าข้างตนเอง โทษผู้อื่น หรือปฏิเสธ เป็นต้น
9. ภาพลักษณ์ของตัวเองเปลี่ยนแปลง ซึ่งแสดงออกโดยพูดบิดเบือนแยกตัวเอง รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่าต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของคนอื่น มีความรู้สึกไม่ปลอดภัย

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ในช่วงหนึ่งของชีวิต บุคคลย่อมหนีไม่พ้นคำว่า “เจ็บป่วย” การเจ็บป่วยเป็นสาเหตุหนึ่ง ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นสิ่งคุกคามต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน ผู้ป่วยจะวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ มากมาย แท้ที่จริงแล้วการรักษาด้วยการผ่าตัดทำได้หลายกรณี แต่ละกรณีมีจุดมุ่งหมายต่างกัน ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยดังนี้ (ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์. 2522 : 8)

1. การผ่าตัดเพื่อการรักษา (Curative or therapeutic surgery) ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองจะหายจากโรคที่เป็นอยู่อย่างเฉียบพลัน และมีสุขภาพดีเหมือนเดิม
2. การผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัยโรค (Diagnostic surgery) ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลล่วงหน้าเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรค และสุขภาพของตนเองในอนาคต
3. การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการและประทุษชีวิต (Palliative surgery) ผู้ป่วยจะรู้สึกพอใจสภาวะที่ร่างกายดีขึ้นชั่วคราว โดยที่ผู้ป่วยคิดว่าตนเองได้รับการรักษาแล้ว
4. การผ่าตัดเพื่อตกแต่งและจัดข้อบกพร่องของร่างกาย (Plastic and reconstructive surgery) ผู้ป่วยอาจจะพอใจหรือไม่พอใจผลของการผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พยาบาลย่อมตระหนักดีว่า ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุด ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยมักจะมีสภาพที่เคร่งเครียด กระวนกระวายใจ มีความคิดฟุ้งซ่าน ดังนั้น พยาบาลจึงต้องสังเกตพฤติกรรม ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นวิกฤตการณ์นั้น ๆ และเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายดังกล่าว พยาบาลจึงต้องทราบความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ว่ามีความวิตกกังวลในเรื่องใดบ้าง มีผู้ที่ได้ทำการศึกษาหลายท่านดังนี้

เลมิตเรอร์ และฟินนีแกน (Lemitre & Finnegan. 1970 : 59) กล่าวว่า ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยมักกลัวว่าแพทย์จะวินิจฉัยโรคผิด กลัวแพทย์ไม่บอกความจริงเกี่ยวกับสภาวะของโรคที่ตนเป็นอยู่ กลัวการสูญเสียคุณค่าในตนเอง และวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในครอบครัว

บีแลนด์ และพาสซอส (Beland & Passos. 1981 : 377) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยบางรายกลัวถูกเปิดเผยร่างกายขณะผ่าตัด และไม่แน่ใจ ผลของการผ่าตัด กลัวผ่าตัดแล้วไม่หายจากความเจ็บป่วย

จูโน (Juneau. 1980 : 543) ได้รวบรวมความกลัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยบางรายเกิดความกลัวโดยไม่สามารถบอกได้ว่า ตนเองกลัวอะไร บางรายกลัวการดมยาสลบ กลัวแพทย์จะทราบสิ่งผิดปกติขณะทำผ่าตัด กลัวตนเองจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องเป็นภาระแก่ครอบครัว กลัวตาย กลัวความเจ็บปวด กลัวตกงาน กลัวเสียสถานภาพทางสังคม

สุพัฒนา เดชาดิวงศ์ ณ อยุรยา (2520 : 466) กล่าวว่า ผู้ป่วยบางรายก่อนได้รับการผ่าตัดจะนอนร้องไห้ เอะอะโวยวาย ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ผู้ป่วยแสดงออกมา เมื่อมีความวิตกกังวล

สรุปความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ที่มีลักษณะตึงเครียด ไม่เป็นสุข หวาดกลัว กระวนกระวายใจ การตอบสนอง ในสถานการณ์ของการผ่าตัด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

1. เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกาย ที่มีผลต่อความวิตกกังวล (สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์. 2526 : 108) โดยเป็นผลจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน เพศหญิงจะมีอารมณ์เศร้า หงุดหงิดกังวลเมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลงมาก ซึ่งมี 3 ระยะคือ ระยะใกล้มีประจำเดือน ระยะหลังคลอด และระยะหมดประจำเดือน (สุพัฒนา เตชาติวงศ์ ณ อยุธยา. 2526 : 19) การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าเพศชาย (วีรา ชิตทรงสวัสดิ์. 2514 : 42) แต่จากการศึกษาของเผธิญ ยืนยง (2514 : 32 – 40) พบว่า เพศที่ต่างกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแตกต่างกัน จึงไม่อาจสรุปได้ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แต่จากการศึกษาของคาร์นาเวลี (Carnaveli. 1966 : 1537) พบว่า ผู้ป่วย 2 ใน 11 รายที่ศึกษาไม่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเลยโดยผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้ป่วยชายสูงอายุ ผู้ป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน รายที่สองเป็นผู้ป่วยที่บอกรอการผ่าตัดมานานมาก จากผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนความวิตกกังวลในความหมายของ ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman. 1984 : 10) กล่าวว่า ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เผชิญและการประเมินของบุคคลนั้น การเป็นโรคพาร์กินสันอาจเป็นเหตุการณ์ที่ร้ายแรงมากกว่าการผ่าตัดที่จะได้รับ และการรอคอย การผ่าตัดเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การผ่าตัดจึงเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานนั้น การผ่าตัดจึงไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

2. อายุเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกาย ซึ่งแบ่งพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่เป็น 3 ระยะ (พยอม อิงคตานุวัฒน์. 2523 : 8, 80, 106) คือ

ผู้ใหญ่วัยต้นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 21 – 40 ปี เป็นวัยที่สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตได้ อย่างไม่หวั่นไหว มองโลกในแง่ดี สุขุมรอบคอบ

ผู้ใหญ่วัยกลางคนหรือผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 41 – 60 ปี เป็นระยะที่สร้างครอบครัวเป็นปีกแผ่น อุทิศร่างกายเพื่องาน

ผู้ใหญ่วัยชราหรือผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 61 – 80 ปี เป็นระยะสูญเสียความเป็นผู้นำหรือคู่สมรส

ผลการศึกษาที่พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ผกผันกับอายุ ได้แก่ จันทรเพ็ญ การีเวท (2514 : 30 – 33) ลูเซ็นเต และเฟล็ค (Lucente & Fleck. 1972 : 308) แต่จากการศึกษาของเกรแฮม และคอนเลย์ (Graham & Conley. 1971 : 121) และโดมาร์ และคณะ (Domar, et al. 1989 : 765) พบว่า อายุที่แตกต่างกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแตกต่างกัน แต่การศึกษาในช่วงอายุที่ต่างกัน เช่น จันทรเพ็ญ การีเวท แบ่งช่วงอายุเป็น 25 – 29, 30 – 44 และ 45 – 49 ปี ในขณะที่เกรแฮมและคอนเลย์ แบ่งช่วงอายุจาก 20 – 80 ปีเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน ลูเซ็นเตและเฟล็ค ศึกษาในผู้ป่วยอายุ 18 – 65 ปี อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผลการศึกษาออกมาต่างกัน

3. การศึกษา เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของบุคคล (Lazarus & Folkman. 1984 : 163) การศึกษาของ จันทรเพ็ญ การีเวท (2514 : 30 – 33) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาเลยมีความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตามลำดับ แต่จากการศึกษาของโดมาร์ และคณะ (Domar, et al. 1989 : 765) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาดำกว่า เนื่องมาจากสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกที่มีอยู่ได้ดีกว่า จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการศึกษาหรือไม่

4. ค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นส่วนหนึ่งของรายได้หรือแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญความเจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่าจึงมีความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้มากกว่า (Lazarus & Folkman. 1984 : 164) เนื่องจากโอกาสที่แหล่งประโยชน์จะถูกดึงมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังมีน้อยกว่า จากการศึกษาของ จันทรเพ็ญ การีเวท (2514 : 30 – 32) พบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล แต่ยังไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้แน่ชัด

5. บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญ ซึ่งจะมีความรุนแรงแตกต่างกันตามความสำคัญของอวัยวะส่วนนั้น ๆ ความรุนแรงหรือระยะของโรคและชนิดของโรคที่เป็น ว่าคุกคามต่อสวัสดิภาพของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด (Lazarus & Folkman. 1984 : 166 – 167) จากการศึกษาที่รวบรวมมาได้ พบว่า บริเวณผ่าตัดมีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้แก่ ผลการศึกษาของ ลูเซ็นเต และเฟล็ค (Lucenta & Fleck. 1972 : 309) พบว่า การผ่าตัดทางนรีเวช และกระดูก ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าการผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป โดมาร์ และคณะ (Domar, et al. 1989 : 101) พบว่า การผ่าตัดอวัยวะที่เป็นสัญญาณลักษณะ หรือเกี่ยวกับภาพลักษณ์ เช่น การผ่าตัดเต้านม มดลูก ฯลฯ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าการผ่าตัดอวัยวะอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เผชิญ ยืนยง (2514 : 32 - 40) พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและปอดมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของจันทร์เพ็ญ การีเวท (2514 : 30 - 32) พบว่า ผู้ป่วยที่ผ่าตัดทรวงอกกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดอวัยวะสืบพันธุ์มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแตกต่างกัน ยกเว้นในรายที่ผ่าตัดทรวงอกและอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นเพศเหมือนกันจึงมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

6. ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้วยสติปัญญา (Cognitive control) ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ หรือความทรงจำในอดีต ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่า เหตุการณ์ที่เผชิญเหมือนเดิม (Leveling) หรือแตกต่างไปจากเดิม (Sharpening) (Lazarus & Folkman. 1984 : 126 - 127) จากการศึกษาของโดมาร์ และคณะ (Domar, et al. 1989 : 765) พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อน กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก มีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชนิดเดียวกับที่เคยผ่าตัดมาก่อนกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคนละชนิดกับที่เคยผ่าตัดมาก่อน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเจตคติ

ความหมายของเจตคติ

เจตคติเป็นสิ่งที่ซับซ้อน มีนักการศึกษาและนักจิตวิทยาได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ แอลพอร์ท (Allport. 1935 : 418) ให้ความหมายเกี่ยวกับเจตคติว่าเป็นสภาวะความพร้อมทางจิตใจซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้จะกำหนดทิศทางปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้อง คนสร้างเจตคติให้แก่เด็กนั้นการเรียนมีส่วนช่วยได้มากเพราะเจตคติของเด็กได้มาจากประสบการณ์ต่าง ๆ และเมื่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้รับความสำเร็จ เจตคติจะค่อย ๆ ก่อตัวขึ้น

ฮิลการ์ด (Hilgard. 1962 : 214) กล่าวว่า เจตคติคือพฤติกรรมหรือความรู้สึกครั้งแรกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แต่แนวความคิดหรือสภาวะการณ์ในการเข้าหาหรือออกห่างเป็นความพร้อมที่จุดตอบสนองในครั้งต่อ ๆ ไป ในการเอนเอียงไปในลักษณะอย่างเดิม เมื่อพบสิ่งดังกล่าวนั้นซ้ำอีก

อนาสตาซิ (Anastasi. 1967 : 541) ให้ความหมายว่า เจตคติ หมายถึง ความโน้มเอียงที่จะแสดงออกว่าชอบหรือไม่ชอบ ชอบต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียม ประเพณี หรือสถาบันต่าง ๆ

เดโซ สวานานนท์ (2512 : 28) กล่าวว่า เจตคติเป็นคุณลักษณะหนึ่งของบุคลิกภาพที่สร้างขึ้น เปลี่ยนแปลงได้ และเป็นแรงจูงใจที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ

เชดคัทดี้ โฆวาสิษฐ์ (2520 : 38) กล่าวว่า เจตคติหมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือแนวโน้มที่จะตอบสนองสิ่งเร้า นั้น ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง อาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 1) กล่าวว่า เจตคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคลหรือสิ่งของ การกระทำ สถานการณ์อื่น ๆ รวมทั้งท่าทีแสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด

อรวิทย์ ผอบทอง (2535 : 72) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึง สภาพของจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ท่าที ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อบุคคลหรือสถานการณ์ หรือต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปในทางบวกคือ เห็นชอบด้วย หรือสนับสนุน หรือเป็นไปในลักษณะทางลบคือไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย ไม่สนับสนุน ไม่พอใจ คัดค้าน และเจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนี้สามารถสร้างขึ้นและเปลี่ยนได้

สรุปได้ว่าเจตคติ หมายถึง สิ่ง que แสดงว่าบุคคลนั้นมีความรู้สึกทางด้านดี หรือไม่ดีเกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ มากน้อยเพียงใด มีความรู้สึกชอบ หรือไม่ชอบ และเจตคติของบุคคลต่อสิ่งนั้น ๆ เป็นตัวทำนายได้ว่าบุคคลจะกระทำสิ่งนั้นไปในแนวใด ดังนั้นการทราบเจตคติของบุคคลจะช่วยให้สามารถคาดการณ์หรือทำนายการกระทำของบุคคลผู้นั้นได้

สาเหตุของการเกิดและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ

อัลพอร์ท (Allport. 1935 : 180) ได้กล่าวถึง สาเหตุของการเกิดและการเปลี่ยนแปลงเจตคติดังต่อไปนี้

1. การเรียนรู้ถึงวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ของสังคมและนำเอาสิ่งที่เรียนรู้เหล่านั้นมาเป็นรากฐานของเจตคติ
2. การแบ่งแยกความรู้ที่ได้มาจากประสบการณ์ของตนเอง เช่น เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูมาดี มักมองโลกในแง่ดี
3. ประสบการณ์ที่ได้รับมาจากเดิมแต่รุนแรงในด้านดีหรือไม่ดี เช่น บุคคลที่ทำให้เกลียดมากมีลักษณะอย่างไร ก็มักจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อบุคคลที่มีรูปร่างลักษณะเช่นนั้นด้วย
4. การเลียนแบบ เช่น การที่บุตรเลียนแบบบิดามารดาของตน เมื่อบิดามารดามีเจตคติต่อบุคคลหรือสถาบันใดสถาบันหนึ่งเช่นใด บุตรก็มีเจตคติเช่นนั้นด้วย

เนื่องจากเจตคติมิได้ติดตัวมาแต่กำเนิด แต่ได้จากประสบการณ์และการเรียนรู้
 ชัยนาท นาคบุปผา (2513 : 14) กล่าวถึง การเกิดเจตคติไว้ว่า

1. เกิดจากการรวบรวมแนวความคิด จากประสบการณ์หลาย ๆ อย่างสะสมเป็นเวลานาน เก็บไว้ในแต่ละบุคคลแล้วมาแสดงออกต่อสิ่งนั้น ๆ
2. เกิดจากสภาพทางจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับเหตุการณ์อย่างรุนแรงในชีวิต
3. เกิดจากการยอมรับเจตคติจากผู้อื่นที่ตนรักและไว้วางใจ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเจตคติจึงเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ และการเปลี่ยนแปลงเจตคตินี้ ไทรแอนดิส (Triandis. 1971 : 3) ได้กล่าวถึง สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงเจตคติไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงเจตคตินั้นเป็นเพราะ

1. ได้รับข้อมูลใหม่จากบุคคลหรือสื่อมวลชน
2. ได้รับประสบการณ์ตรงหรือการกระทบกระเทือนใจ
3. ถูกบังคับให้ปฏิบัติไม่ตรงกับเจตคติของตน
4. การศึกษาทางจิตใจเพื่อให้เข้าใจเหตุผลที่ถูกต้องขึ้น

พิสมัย วิบูลสวัสดิ์ (2522 : 42 – 43) ได้อธิบายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงเจตคติว่าประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอนคือ

1. การเอาใจใส่ (Attention) เป็นความสนใจ ความใส่ใจในการรับฟัง ถ้าบุคคลไม่ให้ความสนใจที่จะฟังแล้ว กระบวนการขั้นตอนต่อไปก็จะไม่เกิดขึ้นและไม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ สาเหตุที่ทำให้คนสนใจฟังเอาใจใส่ ได้แก่ ผู้ส่งความและเนื้อหาสาระนั้น ๆ

2. ความเข้าใจ (Comprehension) ความเข้าใจนี้จะเกิดขึ้นได้ เมื่อบุคคลเอาใจใส่ต่อการสื่อสาร ซึ่งควรใช้ข้อความชักจูงให้ผู้รับเกิดความเข้าใจได้โดยง่าย มีความน่าเชื่อถือ

3. การยอมรับ (Acceptance) ซึ่งเป็นผลมาจากข้อ 1 และ 2 หากบุคคลตั้งใจฟังเกิดความเข้าใจแจ่มแจ้งก็จะทำให้เกิดการยอมรับ การยอมรับมี 3 แบบ คือ

3.1 การยอมทำตาม (Compliance) บุคคลยอมรับการชักจูง เพราะหวังที่จะทำให้ตนได้รับการยอมรับ

3.2 การเทียบเคียง (Identification) บุคคลยอมรับการชักจูง เพราะหวังที่จะทำตนให้คล้ายคลึงกับผู้ชักจูงซึ่งเป็นสิ่งที่ตนพอใจ และอยากเลียนแบบ

3.3 การยอมรับเข้าเป็นส่วนตน (Internalization) บุคคลยอมรับการชักจูงเพราะผู้ชักจูงชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับและเข้าใจมากขึ้น

4. การเก็บเอาไว้ (Retention) เป็นความคงทนหรือความจำเก็บไว้ ถ้าเป็นเรื่องราวที่มีความสำคัญต่อบุคคลจะทำให้จำได้นาน วิธีการสื่อสารที่ดึงดูดความสนใจแก่ผู้รับโดยการเสนอบ่อย ๆ จะช่วยให้จำได้นาน

5. การกระทำ (Action) เป็นกระบวนการขั้นสุดท้ายของการเปลี่ยนเจตคติคือการแสดงพฤติกรรมเพื่อแสดงถึงการมีเจตคตินั้น ๆ

องค์ประกอบของเจตคติ มีหลายประการเช่น

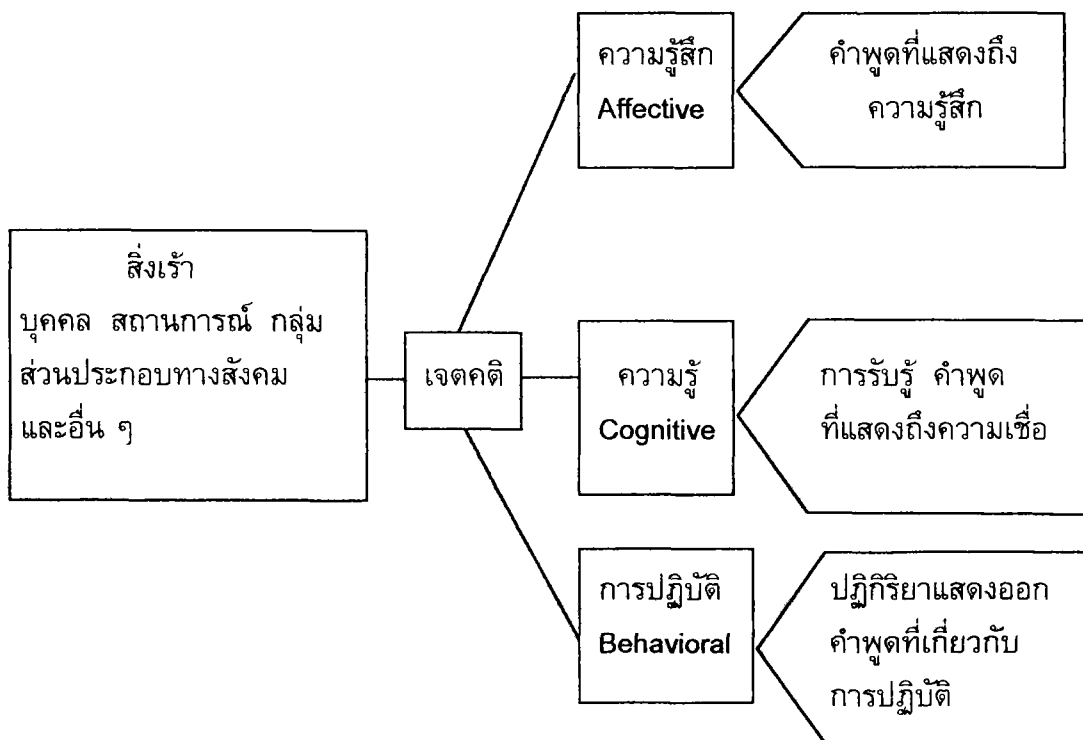
ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 3 – 4) ได้แบ่งองค์ประกอบของเจตคติเป็น 3 แบบดังนี้

1. องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive component) ได้แก่ ความคิดซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิด ความคิดนี้อาจจะอยู่ในรูปใดรูปหนึ่ง แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า

2. องค์ประกอบทางด้านท่าทีความรู้สึก (Affective component) เป็นส่วนประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกซึ่งเป็นตัวเร้า “ความคิด” อีกต่อหนึ่ง ถ้าบุคคลมีสภาวะความรู้สึกดีหรือไม่ดีขณะที่คิดถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะออกมาในรูปลักษณะที่แตกต่างกัน (ดีหรือไม่ดี) แสดงว่าบุคคลนั้นมีความรู้สึกในด้านบวก (Positive) และมีความรู้สึกในด้านลบ (Negative) ตามลำดับต่อสิ่งนั้น

3. องค์ประกอบทางด้านปฏิบัติ (Behavioral component) เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าเหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง

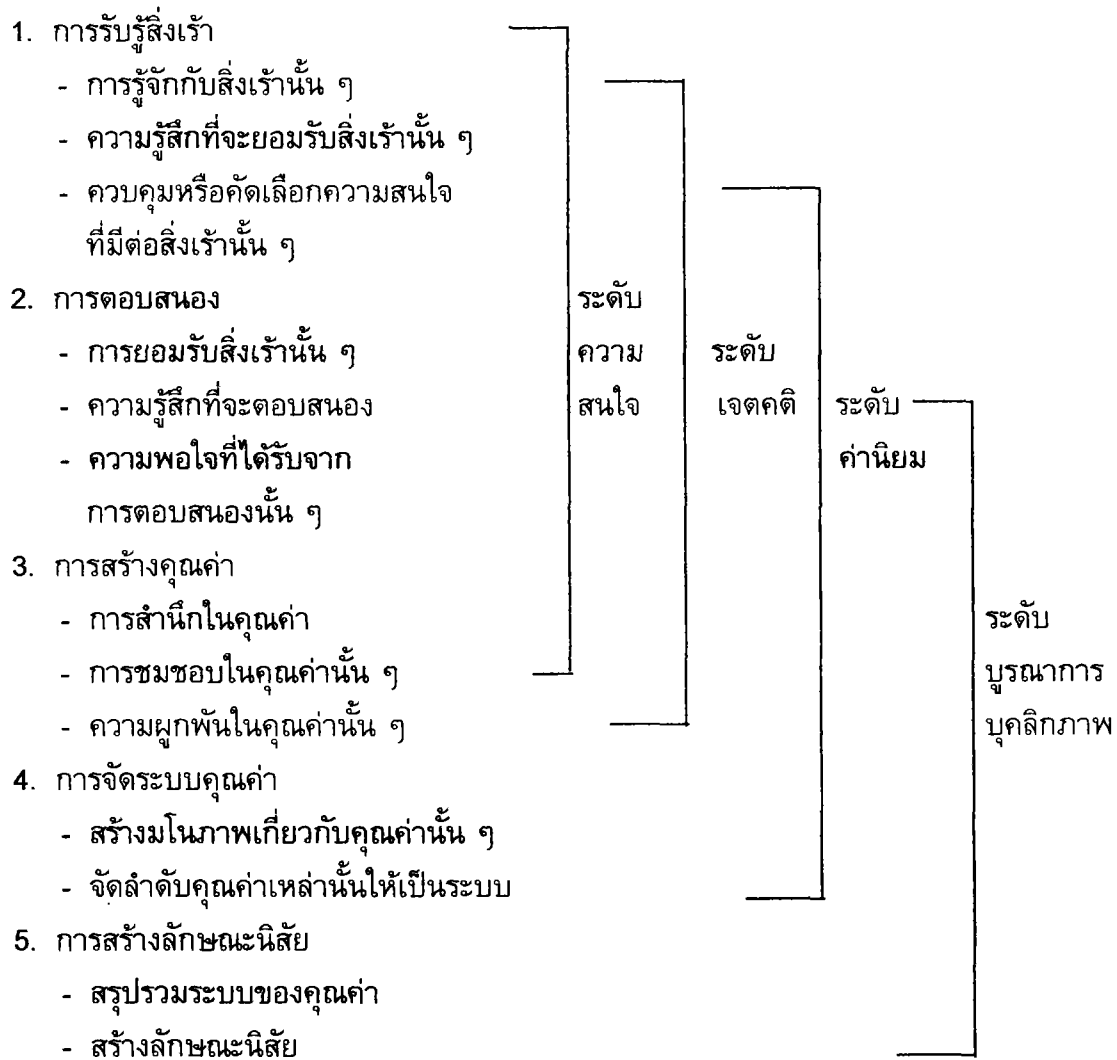
องค์ประกอบของเจตคติทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ต่างมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันโดยองค์ประกอบด้านพุทธิปัญญาหรือความรู้ความเข้าใจ เป็นพื้นฐานของเจตคติเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคล และความรู้สึกจะมีผลกระทบต่อการแสดงออกของบุคคล หรืออาจกล่าวได้ว่าเจตคติเป็นสิ่งที่กำหนดแนวทางของพฤติกรรม รายละเอียดดังปรากฏตามภาพประกอบ 4 (Triandis. 1971 : 3) และภาพประกอบ 5 (เชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์. 2520 : 39)



ภาพประกอบ 4 แสดงองค์ประกอบของเจตคติ

พัฒนาการของเจตคติ

เชดศักดิ์ โฆวสินธุ์ (2520 : 39) ได้นำแนวความคิดของบลูมและคณะในเรื่องพัฒนาการของเจตคตินั้น ควรมีรูปแบบตามลำดับดังนี้



ภาพประกอบ 5 รูปแบบของการพัฒนาการทางด้านความรู้สึกตามแนวคิดของบลูมและคณะ

ประโยชน์ของเจตคติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 4 - 5) ได้กล่าวถึง ประโยชน์ของเจตคติดังนี้

1. ช่วยให้เข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวโดยการจัดรูปหรือจัดระบบสิ่งของต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเราได้เหมาะสม
2. ช่วยให้มีค่านิยมในตนเอง (Self – esteem) โดยช่วยให้บุคคลหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ดี หรือปกปิดความจริงบางอย่างซึ่งนำความไม่พอใจมาสู่ตน
3. ช่วยในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่สลับซับซ้อน ซึ่งการมีปฏิริยาโต้ตอบหรือการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดออกไปนั้น ส่วนมากจะทำในสิ่งที่นำความพอใจมาให้หรือเป็นบำเหน็จรางวัลจากสิ่งแวดล้อม
4. ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงออกถึงค่านิยมของตน ซึ่งแสดงว่า เจตคตินั้นนำความพอใจมาให้บุคคลนั้น

เจตคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด

เจตคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้

1. การตัดสินใจแก้ปัญหาของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ประเมินได้โดยการตั้งคำถาม และพยายามให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา พร้อมกับบอกถึงวิธีการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในอดีตที่ผ่านมาของผู้ป่วยเอง ซึ่งจะทำให้ทราบถึงลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคนในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น
2. วัฒนธรรมและประเพณีเดิมของผู้ป่วยแต่ละคน ตลอดจนทัศนคติต่อการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ในชุมชนที่มีทัศนคติไม่ดีต่อการผ่าตัด ผู้ป่วยก็อาจจะปฏิเสธต่อการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยเปลี่ยนแนวทางการรักษาไปรักษากับพระหรือทางไสยศาสตร์
3. ศาสนา ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อในศาสนาหรือบุคคลที่ประกอบพิธีทางศาสนาก็อาจจะให้เขาเหล่านั้นเข้ามาร่วมให้กำลังใจ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการรักษามากขึ้น
4. ฐานะเศรษฐกิจ เนื่องจากการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายต้องใช้อุปกรณ์ที่มีราคาแพง ต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก ดังนั้นจะต้องทราบถึงอาชีพ รายได้ของครอบครัว ถ้ามีปัญหาก็ควรจะส่งผู้ป่วยให้อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานหรือมูลนิธิที่มีหน้าที่ด้านสังคมสงเคราะห์ต่าง ๆ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว ปัญหาในครอบครัวตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ฐานะทางครอบครัว ตลอดจนต้องทราบด้วยว่าญาติมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นและการรักษาที่ได้รับมาน้อยเพียงใด

6. การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ต้องทราบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่และการรักษาที่ได้รับมาน้อยเพียงใด ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความคาดหวังจากการรักษา

7. ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์แห่งตน (Body image) เนื่องจากการรักษาด้วยการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับลักษณะของอวัยวะนั้น การตัดสินใจและความสามารถของแพทย์ ราคาวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น การตัดขาสามารถใส่ขาเทียม ตัดเต้านมเสริมเต้านมเทียม ตัดมดลูกสามารถผ่าตัด ตกแต่งช่องคลอดให้เหมือนเดิมหรือใกล้เคียงได้ จึงจำเป็นต้องประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อร่างกายหรืออวัยวะของตนว่าเป็นอย่างไร และผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อส่วนของร่างกายเพียงใด

ภาพลักษณ์แห่งตน (Body image) เป็นความรู้สึกหรือเจตคติที่บุคคลมีต่อรูปร่างลักษณะของตน ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นจากการมองรูปร่างของตนเอง จากประสบการณ์ในอดีต จากสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ภาพที่เขารู้สึกต่อตนเองอาจจะเหมือนหรือแตกต่างกับสภาพที่เป็นจริงของร่างกายของเขาได้ การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์แห่งตนมีสาเหตุเกิดได้หลายอย่าง เช่น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้ไม่สวยงามเช่นที่เคยเป็น การเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง และส่วนของร่างกาย ตลอดจนการสูญเสียอวัยวะ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ อาจเป็นผลเนื่องมาจากการรักษา ทำให้บุคคลต้องปรับตัว การปรับตัวจะเป็นไปได้ดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ สิ่งที่คุณคิดว่ามีผลต่อบุคคลนั้นเช่นใด ความสามารถในการปรับตัวเป็นอย่างไร การตอบสนองจากบุคคลสำคัญ ตลอดจนการช่วยเหลือจากครอบครัวภายหลังเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างไร

จะเห็นได้ว่าความเจ็บป่วยตลอดจนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจากการผ่าตัดมีอิทธิพลที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์แห่งตนได้ ในรายที่ยอมรับความเป็นจริง ปัญหาทางจิตใจจะมีไม่มาก ทำให้สามารถเผชิญและแก้ปัญหาได้ ยอมรับภาพลักษณ์ใหม่ของตนเอง ทั้งนี้สังคมรอบ ๆ ข้างผู้ป่วยมีความสำคัญเป็นอย่างมากในการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาได้ด้วยดี ในรายที่ไม่สามารถเผชิญกับภาพลักษณ์ใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไป ก็จะทำให้เกิดความเครียด ทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายตนเองผิดไป ความภาคภูมิใจลดลง ทำให้การยอมรับในคุณค่าของตนเองลดลง ในรายเช่นนี้จำเป็นต้องให้พยาบาลจะต้องให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยมีความสุขสบาย

การวัดเจตคติ

ซูซีฟ อ่อนโคกสูง (2522 : 111 – 113) ได้เสนอวิธีการที่จะทราบถึงเจตคติของใครคนหนึ่งที่มีค่าต่อคน วัตถุ สิ่งกับหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ว่า ทำได้โดยวิธีการดังต่อไปนี้

1. ใช้แบบสอบถาม

2. สังเกต สัมภาษณ์ และบันทึก

3. ใช้สังคมมิติ

4. การใช้วิธีสร้างจินตนาการ

การสร้างเครื่องมือวัดเจตคติมีหลายวิธีสำหรับวิธีการสร้างแบบสอบถามตามแนวของ
ลิเคิร์ท ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 28 – 29) ได้อธิบายขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1. พิจารณาว่าต้องการจะวัดเจตคติของใคร มีต่ออะไร แล้วให้ความหมายของ
เจตคติและสิ่งที่วัดนั้นให้แน่นอน

2. เมื่อตีความหมายของสิ่งที่วัดแน่นอนแล้วให้สร้างข้อความในแต่ละหัวข้อนั้น ๆ
โดยให้ครอบคลุมเนื้อหาในหัวข้อเหล่านั้น ซึ่งข้อความเหล่านั้นจะมีลักษณะที่ถามเกี่ยวกับความ
รู้สึกของผู้ตอบ ผู้สร้างเครื่องมืออาจเขียนขึ้นเอง หรือจากผู้ทรงคุณวุฒิในด้านนั้น ๆ ก็ได้ แต่
ต้องมีลักษณะดังนี้

2.1 ต้องเป็นข้อความที่ถามในแง่ความรู้สึก ความเชื่อหรือความตั้งใจที่จะทำสิ่งใด
สิ่งหนึ่ง ไม่ใช่ข้อเท็จจริง (Fact)

2.2 ข้อความที่บรรจุลงในมาตราวัด (Scale) จะต้องประกอบด้วยข้อความที่เป็น
ทางบวก (Positive) และทางลบ (Negative) ควบกัน

2.3 แต่ละข้อความต้องสั้น เข้าใจง่าย ชัดเจน ไม่กำกวม จำนวนข้อความที่
สร้างขึ้นครั้งแรกควรมีประมาณ 30 ข้อความขึ้นไป เพราะจะต้องคัดเลือกข้อความให้เหลือ
20 – 25 ข้อความ ในแต่ละหัวข้อของสิ่งที่ต้องการจะวัด

3. เมื่อได้ข้อความเพียงพอกับบรรจุในมาตราวัด โดยให้มีข้อเลือก 5 ข้อ คือ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. กำหนดน้ำหนักในการตอบข้อเลือกต่าง ๆ ของแต่ละข้อความ ซึ่งในการกำหนด
น้ำหนักเท่าใดนั้น มีวิธีการอยู่ 3 วิธี แต่ที่นิยมใช้กันมากที่สุด คือ วิธีกำหนดให้แต่ละข้อ
เลือกมีน้ำหนัก 3 2, 1 หรือ 1 2, 3 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อความว่า เป็นทางบวกหรือทางลบ

ไพศาล หวังพานิช (2526 : 147 – 148) ได้เสนอหลักของการวัดเจตคติไว้ดังนี้
การวัดเจตคตินับว่าเป็นสิ่งที่มีความยุ่งยากพอสมควร เพราะเป็นการวัดคุณลักษณะทางจิตใจ
คุณลักษณะดังกล่าวมีการแปรเปลี่ยนได้ง่าย แต่อย่างไรก็ตามเจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใด
สิ่งหนึ่งก็ยังสามารถวัดได้ ซึ่งต้องอาศัยหลักสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ต้องยอมรับข้อตกลงเบื้องต้น เกี่ยวกับการวัดเจตคติ คือ

1.1 ความคิดเห็น ความรู้สึกหรือเจตคติของบุคคลนั้นจะคงที่ในช่วงหนึ่งนั้นคือ
ความรู้สึกนึกคิดของคนเราไม่ได้เปลี่ยนแปลงหรือแปรผันตลอดเวลา อย่างน้อยจะต้องมีช่วง
เวลาใดช่วงเวลาที่ความรู้สึกของคนเรามีความคงที่เพื่อให้สามารถวัดได้

1.2 เจตคติของบุคคลไม่สามารถวัดหรือสังเกตเห็นได้โดยตรง การวัดจะเป็นแบบวัดทางอ้อม โดยวัดแนวโน้มที่บุคคลแสดงออกหรือประพฤติอยู่เสมอ

1.3 เจตคตินอกจากแสดงออกในรูปทิศทางของความรู้สึกนึกคิด เช่น สนับสนุนหรือคัดค้าน ยังมีขนาดหรือปริมาณของความคิด ความรู้สึกนั้นอีกครั้ง ดังนั้นในการวัดเจตคตินอกจากจะทำให้ทราบลักษณะหรือทิศทางแล้ว ยังสามารถบอกระดับความมากน้อย หรือความเข้มข้นของเจตคติได้ด้วย

2. การวัดเจตคติด้วยวิธีใดก็ตาม จะต้องวัดสิ่งประกอบ 3 อย่าง คือ ตัวบุคคลที่จะถูกวัดมีสิ่งเร้า เช่น การกระทำ เรื่องราวที่บุคคลแสดงเจตคติตอบสนองและสุดท้าย ต้องมีการตอบสนอง ซึ่งจะออกมาในระดับ สูง - ต่ำ มาก - น้อย

3. สิ่งเร้าที่จะนำไปใช้ คือ ข้อความจิตเจตคติ (Attitude statements) ซึ่งเป็นสิ่งเร้าทางภาษาที่ใช้อธิบายคุณค่า คุณลักษณะของสิ่งนั้นเพื่อให้บุคคลตอบสนองออกมาเป็นระดับความรู้สึก (Attitude continuum or scale) เช่น มาก ปานกลาง น้อย เป็นต้น

4. การวัดเจตคติต้องคำนึงถึงความเที่ยงตรง (Validity) ของการวัดเป็นพิเศษต้องพยายามให้ผลของการวัดที่ได้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของบุคคลทั้งในแง่ทิศทางและระดับความรู้สึกนึกคิด

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีบทบาทต่อพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ การป้องกันส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ ความคิดที่ว่าพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วย และบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้ชี้ให้เห็นคุณค่าของบุคคลผู้ซึ่งให้ความสนใจ ใส่ใจกับความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ ช่วยเตือนให้ความช่วยเหลือ การสนับสนุนอย่างทันทีทันใดแก่ผู้ป่วยในการที่จะช่วยเปลี่ยนความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมให้ไปสู่พฤติกรรมเพื่อที่จะพิจารณาว่าวิธีการนี้มีความเป็นไปได้หรือมีคุณค่าหรือไม่นั้น ควรจะได้ทำความเข้าใจถึงความหมาย และสภาวะการณ์ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้อง

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn. 1979 : 85) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งรวมเอาสิ่งต่อไปนี้หนึ่งอย่างหรือมากกว่า คือ

1. การแสดงออกถึงความพึงพอใจของบุคคลหนึ่งต่อบุคคลหนึ่ง
2. การยืนยันรับรองพฤติกรรมของบุคคล อาจโดยการรับรู้หรือการแสดงออกถึงการยอมรับนั้น
3. การให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรืออื่น ๆ

ฮับบาร์ด มูเลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp and Brown. 1984 : 266) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ (Multidimensional) ซึ่ง ประกอบด้วยการติดต่อสื่อสารในแง่ดี ทำให้มีความรู้สึกผูกพัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของ สังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาด้วย

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 171) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม มีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการซึ่ง หมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงสรุปได้ว่าหมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือบริการ ต่าง ๆ จากการที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือกลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิก เป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ กลุ่มชนิดนี้มีอิทธิพล เป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic)

แหล่งการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ (อุบล นิวัติชัย. 2527 : 285) คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural supportive system) ประกอบด้วย บุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทแรกเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัว สายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน ซึ่งให้ความผูกพันทางจิต

อารมณ์มีความรักกันอย่างแน่นแฟ้น และให้ความช่วยเหลือกันอย่างจริงใจ ประเภทที่สอง ได้แก่ ครอบครัวใกล้ชิด (Kinth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดขึ้นโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือ การประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่ให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพประชาชน

บราวน์ (Brown. 1986 : 4) ให้ความเห็นสอดคล้องกันว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด โดยเฉพาะการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากคู่สมรส รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติ พี่น้อง และกลุ่มเพื่อน แต่อย่างไรก็ตามความต้องการสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ จะมีมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล เช่น ในระยะเจ็บป่วยขั้นวิกฤต ย่อมต้องการแพทย์และพยาบาล แต่การสูญเสียภาพลักษณ์ของบุคคลนั้น คู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุด

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การให้การสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็นหลายรูปแบบ

เฮาส์ (House. 1981 : 15 - 26) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับ นบถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนโดยการให้ประเมิน (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา (Affirmation) ซึ่งอาจจะเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา การให้ข่าวสาร

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300 - 301) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่า บุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่าในด้วย

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially supporter network) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ทิลเดน (Tilden. 1985 : 201) กล่าวถึง เชฟเฟอร์และคณะ ที่ได้แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกใกล้ชิด ผูกพัน รักใคร่ และความรู้สึกเป็นเจ้าของ ตลอดจนความรู้สึกไว้นับถือและไว้วางใจผู้อื่น

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อมูลในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

ไวล์ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 6 ชนิด คือ (Dimon & Johnes. 1983 : 146 – 147 ; citting Weiss. 1974. Chronic illness across the life span : 17 - 26)

1. การเข้าร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) การสนับสนุนชนิดนี้ จะได้จากการที่บุคคลเข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยน หรือมีการรวมพลังในด้านความคิด กำลังทรัพย์ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควร นอกจากนี้ยังมีความห่วงใยและความเข้าใจต่อกันด้วย ได้แก่ ความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน หุ่นส่วน หรือผู้มีกิจกรรมร่วมกันทางสังคมต่าง ๆ ถ้าขาดความสัมพันธ์อันนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ถูกแยกจากสังคม และเป็นผลทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิต

2. การตระหนักถึงความเป็นมิตรที่ดี (A sense of reliable alliance) สัมพันธภาพอันดับแรกที่จะทำให้เกิดความรู้สึกเช่นนี้คือ สัมพันธภาพของครอบครัวสายตรง กล่าวคือ สมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่าจะได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกันและกันอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเคยมีเยื่อใยที่ดีต่อกันหรือไม่ หรือไม่ว่าจะเคยได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลกันมาก่อนหรือไม่ก็ตาม ถ้าขาดคุณสมบัติเช่นนี้ บุคคลจะรู้สึกว่าขาดแหล่งช่วยเหลือ โดยเฉพาะในภาวะเสี่ยงอันตราย บุคคลจะเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้งไร้ที่พึ่ง

3. ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment or intimacy) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจใส่ ความสัมพันธ์ชนิดนี้จะได้จากความสัมพันธ์ของกลุ่มสมรส ความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตร ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ซึ่งความสัมพันธ์ชนิดที่จะส่งผลโดยรวมคือ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกถูกแยก หรือถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว

4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม (Social role) เช่น การแสดงความสามารถเป็นเพื่อนร่วมงานในที่ทำงาน ความสามารถในการช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัว บทบาทเหล่านี้จะได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อนได้ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับ ก็ย่อมทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5. การได้รับคำแนะนำชี้แนะ (The obtaining of guidance) เป็นความสัมพันธ์ในช่วงที่บุคคลตกอยู่ในภาวะตึงเครียด เกิดวิกฤตการณ์ทางอารมณ์และจิตใจ ทำให้บุคคลต้องการคำปลอบใจ กำลังใจ คำแนะนำ คำชี้แจง หรือการแนะนำให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่บุคคลประสบอยู่ ความสัมพันธ์ชนิดนี้มักได้จากบุคคลที่เราารู้สึกว่าสำคัญ มีคุณค่าเป็นที่ศรัทธา หรือมีอะไรที่เหนือกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง

6. โอกาสที่จะได้โอ้อุ้มเลี้ยงดูผู้น้อย (Opportunity for nurturance) เป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบต่อบุคคลอื่น การที่ผู้ใหญ่มีความรับผิดชอบต่อความเจริญเติบโตและความสุขสบายของผู้น้อยนั้นจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ว่างเปล่า และไม่มีจุดหมาย

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2528 : 594) ประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ผู้รับ เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ ผู้รับ ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของ ก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบให้ผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นกายกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันโดยสิ้นเชิงได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างยิ่ง

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

กอททีบ (Gothieb. 1985 : 5 – 22) แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมเป็น

3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาค (Macro level) คือการวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วม และมี ส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลาง (Mezzo level) คือการวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่ม บุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

3. ระดับจุลภาค (Micro level) คือการวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม มาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต

คาสเซล (Cassel. 1976 : 109) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมทาง สังคมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น สามารถเปลี่ยนแปลงความต้านทานต่อการเจ็บป่วยของคนเราได้ จากการศึกษาทั้งในมนุษย์และสัตว์ พบว่าการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมทางสังคมอาจ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรค โดยการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมจะ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาท (Neuroendocrine system) ทำให้ไวต่อการเกิดโรค

โกเฮน และวิลส์ (Cohen & Wills, 1985 : 310 – 357) อธิบายภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจไว้ 2 ประการ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and immune systems) ทำงานดีขึ้น หรืออาจส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นการส่งผลโดยตรง นอกจากนั้น การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดียิ่งขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง

2. การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤติ ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนเรามีความรู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรค และขณะเดียวกันก็จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เสี่ยง และเกิดความล้มเหลวในการสนใจสุขภาพตนเอง

วอทแมน (Wortman, 1984 : 2354) ได้สรุปแนวคิดที่นักวิชาการทั้งหลายได้ให้ไว้จากการศึกษาไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอาจจะส่งเสริมบุคคลในการเผชิญภาวะเครียดโดยการกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญภาวะเครียด
3. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้สามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้นจากการที่ได้รับข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น
4. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญภาวะเครียดแบบใหม่ ซึ่งบุคคลนั้นไม่เคยรู้จักมาก่อน
5. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ดังนั้นจากที่นักวิชาการทั้งหลายได้พยายามศึกษาและอธิบายกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยนั้น พอสรุปได้เป็น 2 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ

1. การมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The direct effect on health) เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นผลที่เกิดขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งพาความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลกระทบโดยตรงกับสุขภาพของมนุษย์ โดยอิสระ โดยการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยในการคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าใน

ตัวเอง และการที่บุคคลมีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวข้องกับสังคม จะเป็นการกระตุ้นหรือการส่งเสริมภาวะปกติสุขได้ จากการได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องหรือสิ่งที่มีประโยชน์ รวมทั้งการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมด้วย

2. การมีผลในการปรับผลร้ายที่เกิดจากภาวะเครียดหรือการดูดซับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Modifying the deleterious effect of stress or the buffering hypothesis) ซึ่งผลการสนับสนุนทางสังคมอาจจะลดความเครียดด้วยตัวมันเอง หรือช่วยทำให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็ง ซึ่งจะส่งผลบั่นปลายถึงภาวะสุขภาพ

บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมในการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดนั้น เป็นบทบาทในการป้องกันภาวะสุขภาพไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยผ่านกระบวนการเผชิญภาวะเครียด (Coping process) เนื่องจากความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจตีความหมายว่าเป็นสิ่งที่มาคุกคามชีวิตเป็นอันตรายหรือเป็นสิ่งที่มาทำลายให้บุคคลต้องปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล โดยการใช้พฤติกรรมหรือกลไกเผชิญภาวะเครียด ในการใช้พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดนั้น ถ้าเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ก็เกิดการปรับตัวที่ปกติ แต่ถ้าวการปรับตัว ล้มเหลว หรือไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้เกิดความผิดปกติเกิดขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นขุมพลังที่มีอยู่ในสังคม ก็จะทำหน้าที่เสมือนกับตัวช่วยเหลือ ในการเผชิญภาวะเครียดนั่นเอง (Coping assistance) (Thotlis. 1986 : 417) ซึ่งอาจโดยการช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์หรือเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์นั้น ๆ หรืออาจเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 อย่าง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับออร์โธปิดิกส์

ความหมายของออร์โธปิดิกส์

คำว่า Orthopedics หรือ Orthopaedics มาจากภาษากรีก (Orthos = ตรง, + Pais, (Paid -) = เด็ก) หมายถึง สาขาหนึ่งของศัลยศาสตร์ที่รักษาโรคของข้อและกระดูกสันหลัง ตลอดจนแก้ไขการ विकฤรูป (Deformity) ของกระดูกและข้อ แพทย์ที่ทำหน้าที่ดังกล่าวเรียกว่า Orthopedist ในปัจจุบัน วิทยาการทางด้านศัลยศาสตร์กระดูกและข้อได้ขยายขอบเขตออกไปกว้างขวางมากจนเริ่มแบ่งเป็นอนุสาขาย่อยต่าง ๆ เช่น แบ่งตามกลุ่มโรค ได้แก่ กระดูกหักและข้อเคลื่อน (Trauma), โรคกระดูกในเด็ก (Pediatric orthopaedics) หรือแบ่งตามกายวิภาค เช่น spine, hand, knee, hip, foot แบ่งตามลักษณะของการผ่าตัด เช่น Joint replacement, microsurgery, arthroscopic surgery

การประเมินผู้ป่วยกระดูกและข้อ

จุดประสงค์ในการรักษาผู้ป่วยกระดูกและข้อ ได้แก่ การจัดการให้ผู้ป่วยหายจากโรค และสามารถประกอบภารกิจประจำวันได้ปกติโดยปราศจากอาการปวด แต่ในหลาย ๆ กรณีสาเหตุของโรคอาจจะยังคงอยู่ เช่น โรคเนื่องจากชราภาพ ข้อเสื่อม หรือข้ออักเสบ รูมาตอยด์ แต่ผู้ป่วยก็ยังคงประกอบภารกิจประจำวันได้ปกติโดยปราศจากอาการปวด จึงพอเห็นได้ว่าหน้าที่สำคัญของแพทย์ผู้รักษาคือการทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย นอกจากจะมีจุดมุ่งหมายเพื่อหาสาเหตุของโรคแล้ว ยังมีเป้าหมายต้องการทราบถึงคุณภาพของชีวิตของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังจากเกิดโรคแล้ว เพื่อเป็นแนวทางประเมินศักยภาพด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ถึงแม้ทราบแน่นอนว่าผู้ป่วยรายหนึ่งป่วยด้วยข้ออักเสบ รูมาตอยด์ ข้อมูลที่สำคัญในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา คือ ระยะของโรค (เจ็บบวมหรือเรื้อรัง มีอาการอักเสบอยู่หรือไม่) จำนวนข้อที่อักเสบ (ใช้แขนหรือขาได้ดีเพียงใด) การประกอบกิจวัตรประจำวันปกติได้หรือไม่เพียงใด (ทำงาน, แต่งตัว หรือช่วยตัวเองไม่ได้เลย) อาชีพ, สภาพแวดล้อมทางบ้าน, เศรษฐฐานะ เหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาทั้งสิ้น หลังจากนั้นจึงตรวจสอบสภาพการเคลื่อนไหว (การเดิน, การใช้มือ) สภาพของข้อ (การอักเสบ, มุมการเคลื่อนไหว) และการตรวจทางรังสีและห้องปฏิบัติการต่อไป เพื่อทราบถึงระยะและสภาพของข้อต่าง ๆ ต่อไป (วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ. 2535 : 1 – 2)

การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกาย แบ่งเป็นส่วน ๆ ตามอวัยวะที่สำคัญโดยมีหลักการ 4 ข้อคือ

1. การดู (Inspection)
2. การคลำ (Palpation)
3. การขยับและการวัด (Manipulation and measurement)
4. การตรวจพิเศษต่าง ๆ (Special test) (เอกซัย จุลเสวก. 2542 : 12)

วิธีการรักษา

วิธีการรักษาโรคกระดูกและข้อมีค่อนข้างหลากหลาย ได้แก่

1. การจัดและยึดตรึงกระดูกภายนอก (Reduction and External Immobilization)

ในกรณีของกระดูกหักและข้อเคลื่อน มีคำสอนสืบต่อกันมาว่ามีการรักษาเป็น 4 ขั้นตอน (4R = Recognition, Reduction, Retention และ Rehabilitation) การจัดกระดูกเข้าที่อาจใช้วิธีดังตรง ๆ ตามแนวของกระดูกยาว หรือใช้วิธีให้แรงกระทำตรงข้ามย้อนแรงที่กระทำให้กระดูกหัก โดยเริ่มจากดึงตามแนวที่ विकูลรูป (Increase deformity) แล้วจึงออกแรง

ย้อนแนววิกลรูป (Reverse deformity) ส่วนวิธีการยึดตรึงกระดูกภายนอกที่ใช้บ่อยที่สุดได้แก่
เฟืองชนิดต่าง ๆ เครื่องพยุง (Braces), และเหล็กยึดตรึงกระดูกภายนอก (External fixators)

2. การใช้ยา

ยาที่ใช้บ่อยได้แก่ กลุ่ม NSAIDS (Non steroidal antiinflammatory drugs)
นอกจากนี้ ได้แก่ ยาแก้ปวด หรือยาเฉพาะโรค เช่น ยาด้านจุลชีพ ยาด้านมะเร็ง เป็นต้น

3. การให้การศึกษา

เนื่องจากโรคในกลุ่มกระดูกและข้อหลาย ๆ โรค เป็นโรคเรื้อรังและเกี่ยวข้องกับ
อิริยาบถหรือการใช้ข้อต่าง ๆ ที่ไม่ถูกต้อง ผู้รักษาจึงต้องอธิบายแก่ผู้ป่วยเป็นส่วนตัวหรือจัด
เป็นกลุ่ม เป้าหมายส่วนใหญ่เพื่อรักษาข้อต่าง ๆ ให้คงสภาพที่ปกติและหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่
อาจทำให้เกิดอาการปวด เช่น กรณีของข้อเข่าเสื่อม หรืออาการปวดหลัง หลาย ๆ กรณี
หากสามารถชักจูงให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง จะสามารถลดอาการปวดได้มากจนอาจไม่
จำเป็นต้องพึ่งยาแก้ปวด

4. การแนะนำบริหาร

ส่วนใหญ่ใช้หลังจากพื้นระยะเฉียบพลันแล้ว เพื่อให้กล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ
ฟื้นคืนสภาพปกติโดยเร็วที่สุด

5. การใช้เครื่องมือทางฟิสิกส์

เครื่องมือทางฟิสิกส์ อาจใช้ลดอาการปวดโดยให้ความร้อนในรูปแบบต่าง ๆ เช่น
Superficial หรือ Deep heat หรือโดยการกระตุ้นปลายประสาทสัมผัส (Transcutaneous
electrical stimulation) การนวดเฟ้น (Massage) และการใช้แรงดึงภายนอก (Traction)
เพื่อลดอาการปวดของอวัยวะบางส่วน เช่น คอ และบั้นเอว

6. กิจกรรมและอาชีวบำบัด

หลังจากการรักษาผ่านพ้นถึงที่สุดแล้ว บางกรณีผู้ป่วยยังไม่สามารถกลับไป
ประกอบอาชีพหรือกิจวัตรประจำวันได้ดังก่อนการเจ็บป่วย ในกรณีเช่นนี้อาจให้ผู้ป่วยเข้ารับ
การฝึกฝนด้านอาชีวหรือกิจกรรมบำบัด เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพร่างกายได้

ในหัวข้อ 4, 5 และ 6 ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากแพทย์ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู
(Physiatrist) เพื่อช่วยประเมินและวางแผนการรักษาในระยะยาว

7. การผ่าตัด

ในกรณีที่พยาธิสภาพไม่อาจบำบัดโดยวิธีอื่น ๆ Orthopaedist จะเลือกวิธีการผ่าตัด
ซึ่งมีจุดประสงค์ในการผ่าตัดต่างกัน ในบางกรณีอาจต้องผ่าตัดร่วมกับศัลยแพทย์สาขาอื่นด้วย
โดยเฉพาะในกรณีของอุบัติเหตุซึ่งอาจต้องซ่อมอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บหลาย ๆ อย่างในเวลา
เดียวกัน การผ่าตัดทาง Orthopaedics ที่พบบ่อย ได้แก่

การยึดตรึงกระดูกหัก (Internal fixation of fractures) อาจใช้แผ่นเหล็กตาม (Plate, screws) หรือเหล็กแกนตามกระดูก (Intramedullary nail)

การผ่าตัดกระดูกสันหลัง เพื่อปลดปล่อยพยาธิสภาพที่กดรากประสาท (Decompression) และหรือยึดตรึงปล้องกระดูกสันหลังที่หลวมให้มั่นคง (Spinal stabilization) หรือการผ่าตัดแก้ไขหลังคดและผิดรูปต่าง ๆ

การผ่าตัดรักษาโรคข้อต่าง ๆ เช่น การตัดเย็บข้อออกเพื่อลดการอักเสบ (Synovectomy) การผ่าตัดซ่อมเอ็นกระดูก (ligamentous repair and reconstruction) การผ่าตัดข้อให้ตรงเพื่อหยุดยั้งข้อเสื่อม (Osteotomy) การใส่ข้อเทียม ในกรณีที่ผิวข้อสึกกร่อนหมดแล้วเพื่อคงสภาพการเคลื่อนไหวของข้อโดยปราศจากการเจ็บปวด (Arthroplasty) และการเชื่อมให้ข้อติดแข็ง (Arthrodesis) เป็นต้น

การผ่าตัดแก้ไขวิกลรูปต่าง ๆ เช่น เท้าปุก (Club foot) ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน (Limb lengthening)

การผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องข้อ (Arthroscopic surgery) เพื่อให้เกิดรอยแผลและพังผืดจากการผ่าตัดน้อยที่สุด และการใช้กล้องส่องผ่าตัดอาจทำให้สามารถผ่าตัดบริเวณที่ผ่าตัดโดยวิธีปกติไม่สะดวก เช่น การเย็บซ่อม Meniscus ของข้อเข่า

การผ่าตัดโดยใช้กล้องขยาย (Microsurgery) เพื่อผ่าตัดหรือซ่อมเนื้อเยื่อขนาดเล็กมาก ๆ เช่น การต่อเส้นเลือดและเส้นประสาทนิ้วมือ เป็นต้น (วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ. 2535 : 3 – 4)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

เฟลด์ฮูเซน และเทอร์สโตน (Feldhuson & Thurstone. 1964 : 265 – 267) ได้ศึกษาบุคลิกภาพและการปรับตัวเอง เด็กที่มีความวิตกกังวลสูงและความวิตกกังวลต่ำ กลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูงเป็นชาย 11 คน หญิง 21 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีความวิตกกังวลต่ำ มีการปรับตัวทางอารมณ์ และความคิดเกี่ยวกับตนเองดีกว่าพวกที่มีความวิตกกังวลสูง

เทลเลอร์ (Taylor. 1964 : 76 – 82) ได้ศึกษาสาเหตุของความไม่สอดคล้องระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับระดับสติปัญญาของนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์สูงและต่ำกว่าระดับความสามารถเพื่อต้องการทราบลักษณะบุคลิกภาพบางด้านที่จะสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางด้านบุคลิกภาพของนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์สูงและต่ำกว่าระดับความสามารถ ผลการเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพ ผลการศึกษาพบว่า

นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าระดับความสามารถมีความวิตกกังวลน้อยกว่า และสามารถควบคุมตนเองได้ดีกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ต่ำกว่าระดับความสามารถ

คาร์นีวาลี (Camevali. 1966 : 1538) ได้ศึกษาถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. กลัวโดยไม่ทราบสาเหตุ อาจเกิดเนื่องจาก ต้องแยกจากบ้านมาเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ในโรงพยาบาล และความแปลกหน้าของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ถูกจำกัดสิทธิจากกฎระเบียบของโรงพยาบาล

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

3. กลัวความเจ็บปวดที่จะได้รับการผ่าตัด ทั้งขณะที่ทำผ่าตัด และหลังการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว กลัวการช่วยเหลือตนเองไม่ได้หลังผ่าตัด ต้องพึ่งพาผู้อื่น

4. กลัวความพิการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ความรู้สึกเสียภาพลักษณ์ (Body image) สมรรถภาพของร่างกายที่ต้องเปลี่ยนแปลง การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ การทำงานไม่ได้ตามปกติ

5. กลัวตาย จากการผ่าตัด และการดมยาสลบ

6. กลัวเนื่องจากประสบการณ์ที่เคยพบมาก่อนทั้งของตนและญาติ จากสื่อวิทยุโทรทัศน์ หรือหนังสือ

7. วิตกกังวลในปัญหาเศรษฐกิจ และเป็นห่วงบุคคลในครอบครัว

เกรแฮม และคอนเลย์ (Graham & Conley. 1971 : 121) ได้ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า อายุที่แตกต่างกันไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

ลูเช็นเต และเฟล็ค (Lucenta & Fleck. 1972 : 308) ได้ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมและผู้ป่วยอายุรกรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมาก มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

แรมเซย์ (Ramsay. 1972 : 397) ได้ศึกษาความกลัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 24 ชั่วโมง โดยการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยจำนวน 382 คน เป็นผู้ชาย 163 คน ผู้หญิง 199 คน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 73 ของผู้ป่วยทั้งหมด กลัวการผ่าตัด ร้อยละ 62 ของผู้ป่วยทั้งหมด กลัวการดมยาสลบ

ซมิท และวูลดริจ (Schmith & Wooldridge. 1973 : 109 – 115) ได้ศึกษาผล การเตรียมทางด้านจิตใจในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อการลดภาวะเครียด ซึ่งวัดได้จากการตอบสนอง ทางสรีรวิทยาภายหลังผ่าตัดต่อความเครียดในผู้ป่วย 2 กลุ่ม ที่แบ่งโดยวิธีจับคู่ โดยไม่มี ความแตกต่างกันในอายุ อาชีพ ฐานะทางกรงาน ศาสนา และวิธีการที่จะผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่ม ทดลองจะได้เข้ากลุ่มย่อยเพื่ออภิปรายปัญหา ความรู้สึกนึกคิด ความวิตกกังวล และความกลัว โดยมีพยาบาลคอยให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสอนวิธีการปฏิบัติตนระยะหลังผ่าตัด โดยในการ อภิปรายจะมีผู้ป่วยทำผ่าตัดแล้วได้ผลดี มีสภาพจิตดีมาร่วมแสดงความคิดเห็น และเล่า ประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดใช้เวลาเข้ากลุ่ม 60 นาที และผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยเป็นราย บุคคลในเช้าวันผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยบรรยายความวิตกกังวลโดยผู้วิจัยคอยให้ข้อมูลบางอย่าง เพิ่มเติม ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามกิจวัตรประจำวันจากพยาบาลประจำการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนจะมีความวิตกกังวล และมีความต้องการยาแก้ปวด น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถรับประทานอาหารทางปากได้เร็วกว่า และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุม

โดมาร์ และคณะ (Domar, et al. 1989 : 765) ได้ศึกษาเรื่อง ความวิตกกังวล ของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลก่อน ผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง มีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มี ระดับการศึกษาต่ำกว่า

ส่วนดัลลันีย์ และคณะ (Dulaney, et al. 1990 : 319 – 324) ได้ศึกษา เปรียบเทียบการสอนและการให้โปรแกรมสนับสนุนในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก ผลการศึกษาพบว่า การใช้วิธีผสมผสานระหว่างการให้ความรู้และการสนับสนุน เพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่รับ การผ่าตัดมดลูกนั้น จากการสังเกตและศึกษาผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด มีสภาพร่างกายทั่วไป หลังผ่าตัดดี แต่มีพฤติกรรมซึมเศร้าและร้องไห้ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาดังกล่าวมักมาจากการขาดข้อมูล และการได้รับข้อมูลที่ผิดพลาด

งานวิจัยในประเทศไทย

จันทร์เพ็ญ การิเวท (2514 : 30 – 33) ได้ศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของ ผู้ป่วยระบบอวัยวะสืบพันธุ์และศัลยกรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน และ ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลและความกลัวแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 15 – 19 ปี จะมีความวิตกกังวลและกลัวมากที่สุด รองลงมาอายุระหว่าง 45 – 59 ปี ส่วน ผู้ป่วยที่อายุระหว่าง 30 – 40 ปี มีความวิตกกังวลและความกลัวน้อยที่สุด ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ การศึกษาจะมีความวิตกกังวลและกลัวสูงที่สุด รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา และระดับ มัธยมศึกษา จะมีความวิตกกังวลและกลัวน้อยที่สุด

เผชิญ ยืนยง (2514 : 32 – 40) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาตัดทางศัลยกรรมทรวงอก ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีทั้งสิ้น 90 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยชายและหญิงมีความวิตกกังวลและกลัวไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาตัดหัวใจ มีความวิตกกังวลและกลัวมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปอด

วีรา ชิตทรงสวัสดิ์ (2514 : 42) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาตัดทางศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดศัลยกรรมทรวงอก มีความวิตกกังวลและกลัวมากกว่าผู้ป่วยที่ทำศัลยกรรมทั่วไป เพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย

ศิริกาญจน์ เมือกเทศ (2527 : ข – ค) ได้ศึกษาผลการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อน และการผ่าตัดเลาะหลอดเลือดขดในถุงอัณฑะ ซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศชาย จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลทางด้านจิตใจ ใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลในวันก่อนการผ่าตัด 1 วัน แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลทางด้านจิตใจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อนงค์ ลีละชัยกุล (2533 : 24 – 42) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงครรภ์แรกที่มีอายุ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงมีครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่า หญิงครรภ์แรกที่มีอายุ ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแบบสเตท (State anxiety) ไม่แตกต่างกัน แต่หญิงครรภ์แรกที่มีอายุ และระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait anxiety) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหญิงมีครรภ์ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait anxiety) ไม่แตกต่างกัน

กานดา พิพัฒน์เลิตมมงคล (2534 : 76) ได้ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาตัดทางศัลยกรรมในโรงพยาบาลกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิงทั้งหมด 60 คน เป็นชาย 30 คน หญิง 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับใกล้เคียง เกี่ยวกับครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยชายและหญิงอยู่ในระดับเดียวกัน เกี่ยวกับบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ชายและหญิงอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน และเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยชายและหญิงมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน

ละมัย อมรินทร์ และมาลี แนนหนา (2535 : 32 – 40) ได้ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยนรีเวชกรรมก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ในโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยนรีเวชกรรมมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ที่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านอายุ ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

วชิราภรณ์ สุนทวงศ์ (2536 : 14) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 136 คน ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในระดับต่ำ

สำเร็จ แสงชื่อ และสมชัย จิรโรจน์วัฒน์ (2537 : 68) ได้ศึกษาภาวะความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ทั้งเพศชายและหญิงมีความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน

ประไพ มากลั่น และคณะ (2539 : 3438) ได้ศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด แขนงท้องผ่าตัด โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก โดยศึกษาผู้ป่วยที่แพทย์ Set ผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด ตลอดจนค่าใช้จ่ายและวิธีการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยเร็วที่สุด ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์และพร้อมจะร่วมมือในการปฏิบัติหากได้ข้อมูล

ศิริพร สถิตยัถาวร (2540 : 86) ได้ศึกษาผลของการใช้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมที่มารอรับการรักษาที่โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพฯ ผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูล และการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ให้ข้อมูล กลุ่มที่ไม่สนับสนุนทางอารมณ์และความเชื่ออำนาจภายนอกตนมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูงสุด และสูงกว่ากลุ่มสนับสนุนทางอารมณ์ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน

ศิริพร ศิริวัฒนไพศาล (2541 : 120) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลพุทธชินราช โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความเครียดปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด ตลอดจนความเชื่อเกี่ยวกับการผ่าตัด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางและสำรวจตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 619 คน (ปีงบประมาณ 2542)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 242 คน (ปีงบประมาณ 2542) ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสุ่มของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan. 1970 : 608)

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า จากตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตามตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด ประสบการณ์ในการผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จริงทั้งหมด จริงเป็นบางส่วน ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นบางส่วน ไม่จริงทั้งหมด ข้อความที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อความแสดงลักษณะทางบวกและทางลบ จำนวนใกล้เคียงกัน

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวิจัยตามลำดับขั้นต่อไปนี้

1. ศึกษาเอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการออกแบบสอบถามตามความมุ่งหมายของการศึกษา
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำราและเอกสารต่าง ๆ

3. สร้างแบบสอบถามความวิตกกังวล จำนวน 50 ข้อ เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด จำนวน 50 ข้อ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด จำนวน 50 ข้อ แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยศึกษาจากแบบสอบถามต่าง ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียง

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อขอคำแนะนำแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเมื่อแก้ไขแล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านพิจารณาตรวจสอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามข้อ 4 ไปลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 50 คน ที่ไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง และนำมาทำการวิเคราะห์เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือต่อไป

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย

1. แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด โดยกำหนดให้คะแนนของแบบสอบถามเป็นรายข้อดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ ให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	2
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

ประเมินค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 :

9)

ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมาก

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อย

2. แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด โดยกำหนดให้คะแนนของแบบสอบถามเป็นรายข้อดังนี้

ข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

ข้อคำถามที่มีลักษณะทางลบ ให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	2
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

ประเมินค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 :

9)

ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดดี

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดไม่ดี

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคทางออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด โดยกำหนดให้คะแนนของแบบสอบถามเป็นรายข้อดังนี้

คำตอบที่มีลักษณะทางบวก

จริงทั้งหมด	ได้	5	คะแนน
จริงเป็นบางส่วน	ได้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	3	คะแนน
ไม่จริงเป็นบางส่วน	ได้	2	คะแนน
ไม่จริงทั้งหมด	ได้	1	คะแนน

คำตอบที่มีลักษณะทางลบ

จริงทั้งหมด	ได้	1	คะแนน
จริงเป็นบางส่วน	ได้	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	3	คะแนน
ไม่จริงเป็นบางส่วน	ได้	4	คะแนน
ไม่จริงทั้งหมด	ได้	5	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

3.67 – 5.00 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

2.34 – 3.66 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

1.00 – 2.33 หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. หาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) หมายถึง เครื่องมือนั้นสามารถวัดได้ตามสิ่งที่ต้องการจะวัดหรือวัดได้ตรงตามจุดมุ่งหมายที่จะวัดใช้การวัดความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face validity) โดยสร้างแบบสอบถามความวิตกกังวล เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และทำการปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรง ตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาเพื่อนำมาหาดัชนีของข้อคำถามโดยหาค่า IC ได้แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด จำนวน 50 ข้อ เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด จำนวน 50 ข้อ และการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 50 ข้อ

2. วิเคราะห์หาอำนาจจำแนก (Discrimination) ของแบบสอบถาม กระทำโดยนำแบบทดสอบที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วมาทดลองกับผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 50 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) และเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป ได้แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด จำนวน 32 ข้อ เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด จำนวน 22 ข้อ และการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ

3. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามความวิตกกังวล เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโรปิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยหาจากสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) โดยใช้สูตรของครอนบาค (Cronbach) และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .95, .69 และ .70 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือไปยังกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่แผนกศัลยกรรมออโรโรปิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามใช้เวลาทำคนละ 1 ชั่วโมง และเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2543 – กุมภาพันธ์ 2544 รวมใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 80 วัน ได้แบบสอบถามจำนวน 242 ชุด
3. นำข้อมูลที่ได้เก็บมาได้จำนวน 242 ชุด ไปดำเนินการวิเคราะห์ต่อไป

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้จัดการกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 4 ตอน มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for Social Science for Window) และการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับจากกลุ่มตัวอย่างและคัดเลือกเฉพาะที่สมบูรณ์ไว้สำหรับนำมาวิเคราะห์ต่อไป

2. นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ แจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

3. นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ โดยหาคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยทดสอบด้วยค่าที (t – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และ 8

5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One way analysis of variance) โดยทดสอบค่าเอฟ (F – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 และ 10 ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman – kuels method)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้มีดังนี้

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.1 หาค่าร้อยละใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 118)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 173)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

ΣX แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคน

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนโดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.

2540 : 143)

$$S = \sqrt{\frac{N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

X^2 แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\Sigma X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนคน (กลุ่มตัวอย่าง)

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและตามโครงสร้างโดยอาศัยดุลพินิจของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเรียกการทดสอบเชิงพินิจ (Face validity) สามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลขดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมโดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาจำนวน 5 ท่าน แล้วให้แต่ละท่านพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนนดังนี้

+ 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับลักษณะพฤติกรรม

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับลักษณะพฤติกรรมหรือไม่

- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับลักษณะพฤติกรรมแล้วนำ

คะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

$$IC = \frac{\Sigma R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม

ΣR แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้าน
เนื้อหาทั้งหมด
N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการ
ผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม โดยหาค่าความสัมพันธ์ระหว่าง
คะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (สุณี
รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r = \frac{N \Sigma xy - \Sigma x \Sigma y}{\sqrt{[N \Sigma x^2 - (\Sigma x)^2][N \Sigma y^2 - (\Sigma y)^2]}}$$

เมื่อ r แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับ y

Σx แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง

Σy แทน ผลรวมของคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่าง $(\Sigma x)^2$

$(\Sigma x)^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x

$(\Sigma y)^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y

Σxy แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ y

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตร
สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัค (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\Sigma S_i^2}{S_t^2} \right\}$$

เมื่อ α แทน ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n แทน จำนวนของข้อแบบสอบถาม

S_i^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนเป็นรายข้อ

ΣS_i^2 แทน ผลรวมของความแปรปรวนเป็นรายข้อ

S_t^2 แทน คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามในกลุ่มตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบค่าที (t – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และ 8 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 173 – 174)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

โดยที่

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution

$\bar{X}_1, \bar{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 2

S_1^2, S_2^2 แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 2

n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และ 2

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบในกลุ่มตัวแปร 3 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยใช้แบบทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One – way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 และ 10 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2538 : 236)

$$F = \frac{MS_b}{MS_w}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณา F - distribution

MS_b แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองระหว่างกลุ่ม

MS_w แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน – คูลล์ (Newman – keuls method)
โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 251 – 252)

$$q = \sqrt{\frac{MS_w}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ q แทน q - statistic ที่ได้จากตาราง

MS_w แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

ถ้า n ในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มไม่เท่ากันใช้สูตร

$$q = \sqrt{\frac{MS_w}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ

$$\tilde{n} = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \frac{1}{n_3} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$n_1, n_2, n_3, \dots, n_k$ แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคน
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา t – Distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา F – Distribution
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of square)
df	แทน	ค่าของขั้นแห่งความอิสระ (degree of freedom)
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
*	แทน	มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การสนทนผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลความหมาย ผู้วิจัยแบ่งได้เป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ผู้ป่วยออร์โรปิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โรปิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ และเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความวิตกกังวล เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยออร์โรปิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โรปิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตามขั้นตอนแสดงคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยออร์โรปิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนก ศัลยกรรมออร์โรปิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยออร์โรปิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนก ศัลยกรรมออร์โรปิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	n	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	153	63.20
หญิง	89	36.80
รวม	242	100.00
2. อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 20	49	20.20
21 – 30	63	26.00
31 – 40	61	25.20
41 – 50	40	16.50
50 ปีขึ้นไป	29	12.00
รวม	242	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	91	37.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	57	23.60
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	43	17.80
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	26	10.70
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	25	10.30
รวม	242	100.00
4. อาชีพ		
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	28	11.60
ค้าขาย	33	13.60
เกษตรกรรม	29	12.00
รับจ้าง	99	40.90
ข้าราชการบำนาญ	3	1.20
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	3.30
นักเรียน นักศึกษา	42	17.40
รวม	242	100.00
5. รายได้ / เดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	172	52.50
5,000 – 10,000 บาท	82	33.90
10,001 – 15,000 บาท	21	8.70
มากกว่า 15,000 บาท	12	5.00
รวม	242	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
6. สถานภาพสมรส		
โสด	104	43.00
คู่	124	5.800
หม้าย / หย่า / แยก	14	5.80
รวม	242	100.00
7. บริเวณที่เคยได้รับการผ่าตัด		
หลัง	9	3.70
ไหล่	21	8.70
ต้นแขน	12	5.00
ปลายแขน	30	12.40
ต้นขา	33	13.60
ปลายขา (น่อง)	42	17.40
มือ	9	3.70
เท้า	7	2.90
นิ้วมือ	30	12.40
นิ้วเท้า	9	3.70
ข้อมือ	10	4.10
ข้อเท้า	5	2.10
ตะโพก	6	2.50
ศอก	3	1.20
เข่า	16	6.60
รวม	242	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
8. ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด		
เคย	109	45.00
ไม่เคย	133	55.00
รวม	242	100.00
9. เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด		
ดี	194	80.20
ปานกลาง	48	19.80
ไม่ดี	-	-
รวม	242	100.00
10. การสนับสนุนทางสังคม		
มาก	178	73.50
ปานกลาง	64	26.40
ไม่ดี	-	-
รวม	242	100.00

จากตาราง 4 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนก ศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 242 คน พบว่า

1. ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 63.20 และหญิงคิดเป็นร้อยละ 36.20
2. อายุ เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ อายุ 21 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.00 อายุ 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.20 อายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.20 อายุ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.50 และ อายุ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.00 ตามลำดับ
3. ระดับการศึกษา เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.60 มัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 23.60 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า คิดเป็น

ร้อยละ 17.80 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 10.70 และ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 10.30 ตามลำดับ

4. อาชีพ เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40.90 นักเรียน / นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 17.40 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 13.60 เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 12.00 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 11.60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 3.30 และ ข้าราชการบำนาญหรือบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 1.20 ตามลำดับ

5. รายได้ / เดือน เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.50 5,000 – 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 33.90 10,001 - 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 8.70 และรายได้มากกว่า 1,500 บาท คิดเป็นร้อยละ 5.00 ตามลำดับ

6. สถานภาพสมรส เรียงจากมากไปน้อยได้แก่ คู่ คิดเป็นร้อยละ 51.20 โสด คิดเป็นร้อยละ 43.00 และหม้าย / หย่า / แยก คิดเป็นร้อยละ 5.80 ตามลำดับ

7. บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ปลายขา (น่อง) คิดเป็นร้อยละ 17.40 ต้นขา คิดเป็นร้อยละ 13.60 ปลายแขนคิดเป็นร้อยละ 12.40 นิ้วมือ คิดเป็นร้อยละ 12.40 ไหล่ คิดเป็นร้อยละ 8.70 เข่า คิดเป็นร้อยละ 6.60 ต้นแขนคิดเป็นร้อยละ 5.00 ข้อมือ คิดเป็นร้อยละ 4.10 หลัง คิดเป็นร้อยละ 3.70 นิ้วเท้า คิดเป็นร้อยละ 3.70 มือ คิดเป็นร้อยละ 3.70 เท้า คิดเป็นร้อยละ 2.90 ตะโพก คิดเป็นร้อยละ 2.50 ข้อเท้า คิดเป็นร้อยละ 2.10 และศอก คิดเป็นร้อยละ 1.20 ตามลำดับ

8. ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัดเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ไม่เคยได้รับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 55.00 และเคยได้รับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 45.00 ตามลำดับ

9. เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ มีเจตคติดีเกี่ยวกับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 80.20 และเจตคติปานกลางเกี่ยวกับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 19.80

10. การสนับสนุนทางสังคม เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มาก คิดเป็นร้อยละ 73.50 และการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.40

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความวิตกกังวล เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วย ออร์โรพิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โรพิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตามขั้นตอนโดยแสดงคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ออร์โรพิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โรพิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (n = 242)

ความวิตกกังวล	$\bar{X}$	S	ระดับ
1. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจที่จะต้องออกจากบ้านมา นอนรับการรักษาในโรงพยาบาล	2.75	1.25	ปานกลาง
2. ข้าพเจ้ากลัวผลการตรวจวินิจฉัยว่าไม่ดี	2.46	1.20	ปานกลาง
3. ข้าพเจ้ากลัวไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล	2.93	1.50	ปานกลาง
4. ข้าพเจ้าวิตกกังวลกลัวถูกเปิดเผยร่างกาย	4.38	1.18	มาก
5. ข้าพเจ้าทำใจไม่ได้จิตกังวลก่อนการผ่าตัด	2.87	1.42	ปานกลาง
6. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัว เมื่อเห็นผู้ป่วยคนอื่นมีอุปกรณ์ ที่ล่าตัวมากมาย เช่น เหล็กถ่วงขา ท่อระบาย เลือดจากแผล	3.30	1.50	ปานกลาง
7. ข้าพเจ้าสามารถระงับความวิตกกังวลของตนเองได้ เมื่อทราบว่าต้องได้รับการผ่าตัด	3.27	1.66	ปานกลาง
8. ข้าพเจ้ารู้สึก หิว กล้ายจะเป็นลม เมื่อทราบว่า จะต้องได้รับการผ่าตัด	3.36	1.60	ปานกลาง
9. เมื่อเห็นพนักงานเปลมารับผู้ป่วยที่อยู่อ่างเตียงของ ข้าพเจ้าไปห้องผ่าตัด ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวล และ กลัว	3.42	1.39	ปานกลาง
10. ข้าพเจ้าต้องการรักษาโดยการผ่าตัด	3.47	1.64	ปานกลาง

ตาราง 5 (ต่อ)

ความวิตกกังวล	$\bar{X}$	S	ระดับ
11. ข้าพเจ้ารู้สึกใจสั่น หัวใจเต้นแรงและแขน – ขาสั่น ก่อนได้รับการผ่าตัด	3.95	1.41	มาก
12. ข้าพเจ้ากลัวเสียชีวิต ภายหลังได้รับการผ่าตัด	3.87	1.36	มาก
13. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจว่าแพทย์และพยาบาลจะไม่ให้ความช่วยเหลือเท่าที่ควร	3.85	1.30	มาก
14. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นใจ ผลการรักษาของแพทย์	4.55	0.91	มาก
15. ข้าพเจ้ามักลังเลใจ ที่ต้องได้รับการผ่าตัดเพราะไม่แน่ใจผลที่จะเกิดขึ้นว่าจะเป็นอย่างไ	3.61	1.27	ปานกลาง
16. ข้าพเจ้าเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์เป็นอย่างดี	2.79	1.69	ปานกลาง
17. ข้าพเจ้าให้ความร่วมมือในการรักษาและพยาบาลเป็นอย่างดี	4.88	0.50	มาก
18. ข้าพเจ้าวิตกกังวลถ้าหากต้องเลื่อนการผ่าตัด	3.23	1.37	ปานกลาง
19. ข้าพเจ้าเป็นห่วงสามี หรือภรรยา บุตร บิดา หรือมารดา ที่กังวลแทนข้าพเจ้า	2.71	1.35	ปานกลาง
20. ก่อนได้รับการผ่าตัด ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ	2.12	1.53	น้อย
21. ก่อนได้รับการผ่าตัด ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด รำคาญ และอารมณ์เสียบ่อย	4.64	0.84	มาก
22. ก่อนได้รับการผ่าตัด ข้าพเจ้ามักนึกถึงเหตุการณ์ที่เลวร้ายหรือฝันร้ายเสมอ	4.38	1.07	มาก
23. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลมาก ทั้ง ๆ ที่ได้รับการอธิบายเรื่องการผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่แล้ว	3.24	1.29	ปานกลาง
24. ข้าพเจ้าไม่วิตกกังวล เพราะได้รับการอธิบายเรื่องการผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่แล้ว	2.56	1.65	ปานกลาง
25. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจกลัวเจ็บปวดขณะผ่าตัด	2.29	1.31	น้อย
26. ข้าพเจ้ากลัวการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด	2.68	1.43	ปานกลาง

ตาราง 5 (ต่อ)

ความวิตกกังวล	$\bar{X}$	S	ระดับ
27. ข้าพเจ้าไม่กลัวได้รับอันตรายระหว่างการผ่าตัด	2.30	1.51	น้อย
28. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกกลัวบรรยากาศในห้องผ่าตัด	2.62	1.56	ปานกลาง
29. ข้าพเจ้ากลัวดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น	3.38	1.52	ปานกลาง
30. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลว่าจะไม่มีใครช่วยเหลือ หลังการผ่าตัด	3.88	1.34	มาก
31. ข้าพเจ้ากังวลใจว่าภายหลังการผ่าตัดจะพิการ	3.34	1.49	ปานกลาง
32. ข้าพเจ้ากังวลว่าจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หลังการผ่าตัด	3.55	1.36	ปานกลาง
รวม	3.33	1.36	ปานกลาง

จากตาราง 5 แสดงว่าผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.33$, $S = 1.36$)

ตาราง 6 จำนวนคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
สถานภาพสมรส บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด เจตคติ
เกี่ยวกับการผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
1. เพศ			
ชาย	153	3.37	.81
หญิง	89	3.27	.71
รวม	242	3.32	.76
2. อายุ (ปี)			
ต่ำกว่า 20	49	3.13	.79
21 – 30	63	3.30	.78
31 – 40	61	3.43	.72
41 – 50	40	3.40	.80
50 ปีขึ้นไป	29	3.48	.82
รวม	242	3.33	.78
3. ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	91	3.39	.84
มัธยมศึกษาตอนต้น	67	3.15	.66
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ เทียบเท่า	43	3.24	.87
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	26	3.57	.66
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	25	3.46	.64
รวม	242	3.33	.78

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
4. อาชีพ			
รับราชการหรือพนักงาน รัฐวิสาหกิจ	28	3.60	.68
ค้าขาย	33	3.26	.73
เกษตรกรรม	29	3.27	.78
รับจ้าง	99	3.42	.78
ข้าราชการบำเหน็จบำนาญ	3	2.93	.36
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	3.04	.80
นักเรียน / นักศึกษา	42	3.04	.80
รวม	242	3.33	.78
5. รายได้ / เดือน			
น้อยกว่า 5,000 บาท	127	3.30	.80
5,000 – 10,000 บาท	82	3.36	.78
10,001 – 15,000 บาท	21	3.38	.79
มากกว่า 15,000 บาท	12	3.40	.44
รวม	242	3.33	.78
6. สถานภาพสมรส			
โสด	104	3.24	.74
คู่	124	3.40	.80
หม้าย / หย่า / แยก	14	3.43	.78
รวม	242	3.33	.78

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
7. บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด			
หลัง	9	2.82	.55
ไหล่	21	3.54	.86
ต้นแขน	12	3.72	.56
ปลายแขน	30	3.06	.77
ต้นขา	33	3.04	.74
ปลายขา (น่อง)	42	3.16	.86
มือ	9	3.65	.45
เท้า	7	3.59	.59
นิ้วมือ	30	3.71	.52
นิ้วเท้า	9	3.25	.46
ข้อมือ	10	3.56	.64
ข้อเท้า	5	3.59	.77
ตะโพก	6	2.85	.48
ศอก	3	3.77	1.38
เข่า	16	3.33	.99
รวม	242	3.33	.78
8. ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด			
เคย	109	3.58	.75
ไม่เคย	133	3.13	.74
รวม	242	3.36	.75

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S
9. เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด			
ดี	194	3.45	.77
ปานกลาง	48	2.85	.60
รวม	242	3.15	.69
10. การสนับสนุนทางสังคม			
มาก	178	3.24	.83
ปานกลาง	64	3.59	.54
รวม	242	3.42	.69

จากตาราง 6 แสดงว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดแผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า

1. เพศชาย มีคะแนนเฉลี่ย 3.37 (S = 81) และหญิง 3.27 (S = 71)
2. อายุ ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป 3.48 (S = .82) 31 – 40 ปี 3.43 (S = .72) 41 – 50 ปี 3.40 (S = .80) 21 – 30 ปี 3.30 (S = .78) และอายุต่ำกว่า 20 ปี 3.13 (S = .79) ตามลำดับ
3. ระดับการศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ อนุปริญญาหรือเทียบเท่า 3.57 (S = .66) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า 3.46 (S = .64) ประถมศึกษา 3.39 (S = .84) มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า 3.24 (S = .87) และมัธยมศึกษาตอนต้น 3.15 (S = .66) ตามลำดับ
4. อาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ 3.60 (S = .68) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 3.54 (S = .90) รับจ้าง 3.42 (S = .78) เกษตรกรรม 3.27 (S = .78) ค้าขาย 3.26 (S = .73) นักเรียน นักศึกษา 3.04 (S = .80) และข้าราชการบำนาญ 2.93 (S = .36) ตามลำดับ

5. รายได้ / เดือน มีคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ มากกว่า 15,000 บาท 3.40 (S = .44) 10,001 – 15,000 บาท 3.38 (S = .79) 5,000 – 10,000 บาท 3.36 (S = .78) และน้อยกว่า 5,000 บาท 3.30 (S = .80) ตามลำดับ

6. สถานภาพสมรส มีคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ หม้าย / หย่า / แยก 3.43 (S = .78) คู่ 3.40 (S = .80) และโสด 3.24 (S = .74) ตามลำดับ

7. บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ ศอก 3.77 (S = 1.38) ต้นแขน 3.72 (S = .56) นิ้วมือ 3.71 (S = .52) มือ 3.65 (S = .45) เท้า 3.59 (S = .59) ข้อเท้า 3.59 (S = .77) ข้อมือ 3.56 (S = .64) ไหล่ 3.54 (S = .86) เข่า 3.33 (S = .99) นิ้วเท้า 3.25 (S = .46) ปลายขา 3.16 (S = .86) ปลายแขน 3.06 (S = .77) ต้นขา 3.04 (S = .74) ตะโพก 2.85 (S = .48) และหลัง 2.82 (S = .55) ตามลำดับ

8. ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ เคยได้รับการผ่าตัด 3.58 (S = .75) และไม่เคยได้รับการผ่าตัด 3.13 (S = .74)

9. เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ มีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการผ่าตัด 3.45 (S = .77) และมีเจตคติปานกลางเกี่ยวกับการผ่าตัด 2.85 (S = .60)

10. การสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง 3.59 (S = .51) และ การสนับสนุนทางสังคมมาก 3.24 (S = .83)

จากข้อมูลตามตาราง 6 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แขนกตัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม เพศ ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัย จึงนำไปทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย โดยการทดสอบค่าที (t – test) ดังปรากฏตามตาราง 7 และความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ / เดือน สถานภาพสมรส และบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด โดย วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตาม ตาราง 8

ตาราง 7 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามเพศ ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	t	p
1. เพศ					
ชาย	153	3.37	.81	.95	.34
หญิง	89	3.27	.71		
2. ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด					
เคย	109	3.58	.75	4.64*	.00
ไม่เคย	133	3.13	.74		
3. เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด					
ดี	194	3.45	.77	- 5.84*	.00
ปานกลาง	48	2.85	.60		
4. การสนับสนุนทางสังคม					
มาก	178	3.24	.83	3.84*	.00
ปานกลาง	64	3.59	.54		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีเพศต่างกันมี

ความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยออโรโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีเพศแตกต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน ส่วนประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดและการสนับสนุนทางสังคม มีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8, 9 และ 10 โดยผู้ป่วยออโรโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่ไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด มีความวิตกกังวลน้อยกว่าที่เคยมีประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยออโรโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดปานกลาง มีความวิตกกังวลน้อยกว่า ที่มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดดี และผู้ป่วยออโรโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก มีความวิตกกังวลน้อยกว่าที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยออโรโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโรโปติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. อายุ	ระหว่างกลุ่ม	4	3.46	.87	1.45	.22
	ภายในกลุ่ม	237	141.83	.60		
	รวม	241	145.30			
2. ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	4	4.44	1.11	1.87	.12
	ภายในกลุ่ม	237	140.85	.59		
	รวม	241	145.30			

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
3. อาชีพ						
	ระหว่างกลุ่ม	6	7.57	1.26	2.15*	.05
	ภายในกลุ่ม	235	137.72	.59		
	รวม	241	145.30			
4. รายได้						
	ระหว่างกลุ่ม	3	.30	.10	.16	.92
	ภายในกลุ่ม	238	145.00	.61		
	รวม	241	145.30			
5. สถานภาพสมรส						
	ระหว่างกลุ่ม	2	1.47	.73	1.22	.30
	ภายในกลุ่ม	239	143.83	.60		
	รวม	241	145.30			
6. บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด						
	ระหว่างกลุ่ม	14	20.80	1.49	2.71*	.00
	ภายในกลุ่ม	227	124.00	.55		
	รวม	241	145.30			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดแผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีดังนี้

1. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

2. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีอาชีพแตกต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman – Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 9

4. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

5. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดแตกต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman – Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 9 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลเป็นรายคู่ของผู้ป่วย

ออโรโรปิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโรปิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม อาชีพ

		ข้าราชการ	นักเรียน	ค้าขาย	เกษตรกร	รับจ้าง	ไม่ได้	รับราชการ
อาชีพ		บำเหน็จ	นักศึกษา		กรรม		ประกอบ	หรือพนักงาน
		บำนาญ					อาชีพ	รัฐวิสาหกิจ
	$\bar{X}$	2.93	3.04	3.26	3.27	3.42	3.54	3.60
ข้าราชการบำเหน็จ								
บำนาญ	2.93	-	0.11	0.33	0.34	0.49	0.61	0.67
นักเรียน/นักศึกษา	3.04		-	0.22	0.23	0.38*	0.50	0.56*
ค้าขาย	3.26			-	0.01	0.16	0.28	0.37
เกษตรกรกรรม	3.27				-	0.15	0.27	0.33
รับจ้าง	3.42					-	0.12	0.18
ไม่ได้ประกอบ								
อาชีพ	3.54						-	0.06
รับราชการหรือ								
พนักงานรัฐ								
วิสาหกิจ	3.60							-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด ที่มีอาชีพรับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจกับนักเรียน / นักศึกษา และรับจ้าง กับนักเรียน / นักศึกษา มีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีอาชีพรับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความวิตกกังวลมากกว่านักเรียน / นักศึกษา และผู้ที่มีอาชีพรับจ้าง มีความวิตกกังวลมากกว่า นักเรียน / นักศึกษา ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 10 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ความวิตกกังวลเป็นรายคู่ ของผู้ป่วยออโรบิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรบิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
 จำแนกตามบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด

บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด	หลัง	ตะโพก	ต้นขา	ปลายแขน	ปลายขา	นิ้วเท้า	ไหล่	เข่า	ข้อมือ	เท้า	ข้อเท้า	มือ	นิ้วมือ	ต้นแขน	ศอก
$\bar{X}$	2.82	2.85	3.04	3.06	3.16	3.25	3.54	3.55	3.56	3.59	3.59	3.65	3.71	3.72	3.77
หลัง	-	0.03	0.22	0.24	0.34	0.43	0.72	0.73	0.74	0.77	0.77	0.83	0.89	0.90	0.95
ตะโพก		-	0.19	0.21	0.31	0.40	0.69	0.70	0.71	0.74	0.74	0.80	0.86	0.87	0.92
ต้นขา			-	0.02	0.12	0.21	0.50	0.51	0.52	0.55	0.55	0.61	0.67*	0.68	0.78
ปลายแขน				-	0.10	0.19	0.48	0.49	0.50	0.53	0.53	0.59	0.65*	0.66	0.71
ปลายขา					-	0.09	0.38	0.39	0.40	0.43	0.43	0.49	0.55*	0.56	0.61
นิ้วเท้า						-	0.29	0.30	0.31	0.34	0.34	0.40	0.46	0.47	0.52
ไหล่							-	0.01	0.02	0.05	0.05	0.11	0.17	0.18	0.23
เข่า								-	0.01	0.04	0.04	0.10	0.16	0.17	0.22
ข้อมือ									-	0.03	0.03	0.09	0.15	0.16	0.21
เท้า										-	-	0.06	0.12	0.13	0.18
ข้อเท้า											-	0.06	0.12	0.13	0.18
มือ												-	0.06	0.07	0.12
นิ้วมือ													-	0.01	0.06
ต้นแขน														-	0.05
ศอก															-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด ที่นิ้วมือกับต้นขา นิ้วมือกับปลายแขน และนิ้วมือกับปลายขา มีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่นิ้วมือมีความวิตกกังวลมากกว่าการผ่าตัดที่ต้นขา ปลายแขน และปลายขา ตามลำดับ ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดแผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดแผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตามตัวแปร คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด เจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด ที่มีเพศต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีอายุต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีอาชีพต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีรายได้ต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัดต่างกันจะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

9. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดต่างกันจะมี ความวิตกกังวลแตกต่างกัน

10. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันจะมี ความวิตกกังวลแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนก ศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2542 จำนวน 619 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2542 จำนวน 242 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสุ่มของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan. 1970 : 608)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยแบ่งแบบ สอบถามออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็น แบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับ การผ่าตัด มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 32 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเจตคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด มีลักษณะคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 22 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ จริงทั้งหมด จริงเป็นบางส่วน ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นบางส่วน ไม่จริงทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for Social Science for Window) โดยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
2. วิเคราะห์คำตอบจากแบบสอบถามโดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยทดสอบด้วยค่าที (t - test) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One way analysis of variance) โดยทดสอบค่าเอฟ (F - test) หากพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman - Kuels method) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.20 มีเพศหญิงร้อยละ 36.20 อายุของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.00 ระดับการศึกษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.60 อาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40.90 รายได้ / เดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.50 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.20 บริเวณที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมากที่สุดบริเวณปลายขา (น่อง) คิดเป็นร้อยละ 17.40 ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.00 เจตคติดีเกี่ยวกับการผ่าตัดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.20 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คิดเป็นร้อยละ 73.50

2. ผู้ป่วยออร์โรพิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โรพิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง
3. ผู้ป่วยออร์โรพิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โรพิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีเพศต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยออร์โรพิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โรพิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยออร์โรพิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โรพิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยออร์โรพิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โรพิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน มีความวิตกกังวลแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และ
รับจ้างมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้เป็นนักเรียนนักศึกษา
7. ผู้ป่วยออร์โรพิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โรพิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีรายได้ต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยออร์โรพิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โรพิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีความวิตกกังวลไม่
แตกต่างกัน
9. ผู้ป่วยออร์โรพิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โรพิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดต่างกัน มีความ
วิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่ได้รับการผ่าตัดที่นิ้วมือมี
ความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่ได้รับการผ่าตัดที่ต้นขา ปลายแขน และปลายขา ตามลำดับ
10. ผู้ป่วยออร์โรพิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โรพิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัดต่างกัน มีความ
วิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่เคยมีประสบการณ์ได้รับ
การผ่าตัด มีความวิตกกังวลมากกว่า ผู้ไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด
11. ผู้ป่วยออร์โรพิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โรพิดิกส์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดต่างกัน มีความ
วิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด
ดี มีความวิตกกังวลมากกว่า ผู้ที่มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดปานกลาง

12. ผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโรปิติกส์

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีความวิตกกังวลมากกว่า ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี

อภิปรายผล

จากการศึกษาค้นคว้า เรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโรปิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโรปิติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง สอดคล้องกับ ศิริพร ศิริวัฒน์ไพศาล (2541 : 120) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด มีความเครียดระดับปานกลาง และสอดคล้องกับ ศิริกาญจน์ เผือกเทศ (2527 : ข – ค) ที่ได้ศึกษาเรื่องผลการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลด้านจิตใจ มีระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับคำกล่าวของ เยอร์คส์ และดอดสัน (Yerkes & Dodson. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*. V.18. p. 459 – 482) ที่ว่า ความวิตกกังวลจะสัมพันธ์กับการเรียนรู้ ในลักษณะเป็นเส้นโค้ง (Curvilinear) แสดงว่าความวิตกกังวลในระดับต่ำ จะส่งผลต่อการเรียนรู้้น้อยมาก เพราะแรงจูงใจที่เกิดขึ้น ไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดผลในการกระทำใด ๆ ความวิตกกังวลในระดับสูงเกินไป จะไปขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ ทำให้ผลการเรียนรู้้อยู่ในระดับต่ำหรืออาจเลวกว่า สำหรับความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ช่วยให้การเรียนรู้ดีขึ้น และพร้อมที่จะรับรู้ สิ่งที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ทั้งนี้ อภิปรายได้ว่า ความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมเป็นพลังที่ช่วยกระตุ้นให้บุคคลเกิดการพัฒนา และรู้จักหาแนวทางในการต่อสู้ เพื่อดำรงชีวิต (อำไพพรรณ พงศ์ศรีประเสริฐ. 2541 : 138) การที่ผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด ขณะรอรับการรักษาที่หอผู้ป่วยได้พบเห็นได้พูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียงที่มีความเจ็บป่วยเหมือนกันซึ่งอาจจะยังไม่ได้รับการผ่าตัด หรือได้รับการผ่าตัดแล้ว อาจจะทำให้ผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ ได้มีเวลาในการคิด ไตร่ตรอง เพื่อปรับสภาพจิตใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถยอมรับสภาพของตน สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยจึงลดลงจากที่มีความวิตกกังวลมาก จึงมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางตรงกับคำกล่าวของ ลัคแมน และซอเรนเซน (Luckmann & Sorensen. 1974 : 112) ที่ว่าระดับความวิตกกังวล จะมีผลต่อกระบวนการที่สำคัญต่าง ๆ คือ การเรียนรู้

การรับรู้ ความรู้สึกตัวและความนึกคิด ถึงแม้สาเหตุเดียวกัน แต่ความรุนแรงอาจไม่เท่ากัน ขึ้นกับการยอมรับและการปรับตัวของแต่ละคน ซึ่งเชื่อมโยงกับสภาพสังคม วัฒนธรรม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมของแต่ละคน นอกจากนี้ ปัจจุบันโรงพยาบาลต่าง ๆ มีเครื่องมือที่ทันสมัยมากขึ้น แพทย์มีการศึกษาเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น พยาบาลผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการทำงานมากขึ้น สามารถนำเครื่องมือที่ทันสมัยมาใช้งานได้ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มารักษาผู้ป่วย มีผลให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยและพิการ สามารถกลับบ้านได้ในเวลาที่รวดเร็ว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยจึงลดลงจากที่เคยมีความวิตกกังวลในระดับสูง จึงทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง

2. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แขนกัลยกรรม ออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีเพศต่างกัน จะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด ที่มีเพศต่างกัน จะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน สอดคล้องกับ เชนิณ ยืนยง (2514 : 32 – 40) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมทรวงอก พบว่า เพศที่ต่างกัน ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดแตกต่างกัน สอดคล้องกับ กานดา พิพัฒน์เลิศมงคล (2534 : 76) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดทางศัลยกรรมในโรงพยาบาลกลาง พบว่า ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ สำเริง แสงซื่อ และสมชัย จิรโรจน์วัฒน์ (2537 : 68) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ภาวะความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ที่เมืองพัทยา พบว่า ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ วีรา ชิตทรงสวัสดิ์ (2514 : 42) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดมากกว่าเพศชาย และไม่สอดคล้องกับ ศิริพร ศิริวัฒน์ไพศาล (2541 : 124) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลพุทธชินราช พบว่า เพศหญิงมีความเครียดมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด ที่มีเพศต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ก็ปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด ย่อมทำให้เกิดความกลัว เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์ในการได้รับการผ่าตัดมาก่อน ถึงแม้จะมีประสบการณ์ก็ตาม แต่บริเวณที่ได้รับการผ่าตัดในครั้งนี้ อาจเป็นบริเวณที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่ใจว่าหลังผ่าตัดแล้ว ตนเองจะอยู่ในสภาพเดิมหรือไม่หรือตนเองจะเสียชีวิตในระหว่างการผ่าตัดหรือไม่ ซึ่งความวิตกกังวลนี้จะสะสมภายในจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดความวิตกกังวลต่าง ๆ นานา ซึ่งตรงกับคำกล่าวของ ลาซารัส และ ฟอล์คแมน (Lazarus &

Folkmann. 1984 : 10) ที่ว่า ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เผชิญ และการประเมินของบุคคลนั้น เช่นเดียวกับคำกล่าวของ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger. 1976 : 487 – 288) ที่ว่า ความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ (State anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น จากการตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะอย่าง โดยจะเกิดขึ้นทันทีทันใด เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น ให้เกิดความไม่พอใจ หรือทำให้เกิดอันตราย มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น ซึ่งจะเกิดทั้งเพศหญิงและเพศชายจึงทำให้ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

3. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยออโรโปดิคส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโปดิคส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีอายุต่างกัน จะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยออโรโปดิคส์ก่อน ได้รับการผ่าตัด ที่มีอายุต่างกัน จะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ เกรแฮม และคอนลีย์ (Graham & Conley. 1971 : 121) ที่ได้ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า อายุที่แตกต่างกัน ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน สอดคล้องกับ โดมาร์ และคณะ (Domar, et al. 1989 : 765) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ อนงค์ ลิละชัยกุล (2533 : 24 – 42) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์แรกที่มีอายุ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน พบว่า หญิงครรภ์แรกที่มีอายุแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแบบสเตรท (State anxiety) ไม่แตกต่างกัน แต่หญิงครรภ์แรกที่มีอายุแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait anxiety) แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ ละมัย อมรินทร์ และมาลี แนนหนา (2535 : 32 – 40) ที่ได้ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยนรีเวชกรรมก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ จันท์เพ็ญ การิเวท (2514 : 30 – 33) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้สึกก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยระบบอวัยวะสืบพันธุ์ และศัลยกรรม พบว่า ความวิตกกังวลมีความผกผันกับอายุ และไม่สอดคล้องกับ ลูเช็นเต และเฟล็ค (Lucente & Fleck. 1972 : 308) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรม และผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมาก มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ก็อาจได้ว่า การผ่าตัดของผู้ป่วยนั้น ไม่ว่าผู้ป่วยจะต้องผ่าตัดใหญ่หรือผ่าตัดเล็กก็ตาม ผู้ป่วยทุกอายุย่อมมีความวิตกกังวลในการผ่าตัดทั้งสิ้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัดว่าจะดำเนินการอย่างไร มีอันตรายมากแค่ไหน ข้อสำคัญทุกคนกังวลใจว่า ตนจะเจ็บปวดหรือไม่ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดแล้วตนจะกลับมาใช้ชีวิตอยู่ได้ตามปกติหรือไม่ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

4. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยออโรโรฟิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโรฟิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยออโรโรฟิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน สอดคล้องกับ อนงค์ ลีละชัยกุล (2533 : 24 – 42) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงครรภ์แรกที่มีอายุ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ แตกต่างกัน พบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait anxiety) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่สอดคล้องกับ จันทรเพ็ญ การิเวท (2514 : 30 – 33) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้สึกก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยระบบอวัยวะสืบพันธุ์และศัลยกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษามีความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ตามลำดับ ไม่ได้สอดคล้องกับ โดมาร์ และคณะ (Domar, et al. 1989 : 765) ที่ได้ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง มีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และไม่สอดคล้องกับ ละมัย อมรินทร์ และมาลี แนนหนา (2530 : 32 – 40) ที่ได้ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยนรีเวชกรรมก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ก็เพราะได้ว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลใจว่าการผ่าตัด เป็นการเสี่ยงอันตราย ที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกราย ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด บางครั้งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัวความเจ็บป่วย กลัวความพิการที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง จนทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการหม่นหมอง เศร้าซึม เกร็งเครียด หงุดหงิด อารมณ์เสียได้ง่าย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาดีจะมีโอกาสในการหาความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ที่เกิดขึ้นกับตนเองก็ตาม แต่เมื่อตนจะต้องพบกับภาวะดังกล่าว ซึ่งบางครั้งก็อาจไม่เคยชินกับเครื่องมือห้องผ่าตัด บรรยากาศในห้องผ่าตัด ก็อาจทำให้คนที่รู้มากกับคนที่รู้น้อยมีความกลัวไม่แตกต่างกัน จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

5. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยออโรโรฟิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโรฟิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน มีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยออโรโรฟิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีอาชีพต่างกัน จะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า นักเรียน/นักศึกษา มีความวิตกกังวลน้อยกว่า รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และรับจ้าง สอดคล้องกับ ถนิมวงษ์ ทับทิมประดับ (2528 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลระหว่างหญิงครรภ์แรกและครรภ์หลัง ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

พบว่า หนึ่งครั้งแรกที่มีอาชีพต่างกัน มีความวิตกกังวลแตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ อนงค์ ลีละชัยกุล (2533 : 24 – 42) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของหนึ่งครั้งแรกที่มีอาชีพ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันพบว่า หนึ่งครั้งแรกที่มีอาชีพต่างกัน มีความวิตกกังวลแบบสเตรท (State anxiety) และแบบเทรท (Trait anxiety) ไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความวิตกกังวลมากกว่านักเรียนนักศึกษา และผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้าง มีความวิตกกังวลมากกว่านักเรียน/นักศึกษา ทั้งนี้ก็ปรายได้ว่า นักเรียนนักศึกษาเป็นวัยที่มีความเป็นอิสระชอบเที่ยว ชอบสนุกสนาน ยังไม่คิดถึงอนาคตมากนัก การที่จะต้องได้รับการผ่าตัด นักเรียน/นักศึกษา อาจจะยังไม่เคยรู้ ไม่เคยได้ยินว่ามีอันตราย อาจจะต้องสูญเสียอวัยวะ อาจคิดว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย จึงทำให้ไม่เกิดความวิตกกังวลมากนัก ส่วนอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และอาชีพรับจ้าง ส่วนใหญ่มีครอบครัว หากจะต้องสูญเสียอวัยวะ จะทำให้ไม่สามารถเลี้ยงครอบครัว ไม่สามารถประกอบอาชีพได้สะดวก หรืออาจเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร คำบอกเล่าจากเพื่อนหรือคนใกล้ชิดว่า การผ่าตัดอันตราย เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ขณะดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาภายในครอบครัวของตนเองได้ จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ตลอดจนอาชีพรับจ้าง มีความวิตกกังวลมากกว่านักเรียน/นักศึกษา

6. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีรายได้ต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด ที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน สอดคล้องกับ อนงค์ ลีละชัยกุล (2533 : 24 – 42) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของหนึ่งครั้งแรกที่มีอายุ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน พบว่า หนึ่งครั้งแรกที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแบบสเตรท (State anxiety) และแบบเทรท (Trait anxiety) ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ กานดา พิพัฒน์เลิศมงคล (2534 : 87) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดทางศัลยกรรม ในโรงพยาบาลกลาง พบว่า ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงมีความวิตกกังวลเรื่องรายได้ไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับละมัย อมรินทร์ และมาลี แนนหนา (2535 : 32 – 40) ที่ได้ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยนรีเวชก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย ในการเจ็บป่วยมีความวิตกกังวลมากกว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่าย ในการเจ็บป่วยมาก ไม่สอดคล้องกับ ศิริพร ศิริวัฒน์ไพศาล (2541 : 124) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลพุทธชินราช พบว่า รายได้มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยผู้ที่มีรายได้น้อย จะมีความเครียดมากกว่าผู้ที่มีรายได้มาก และไม่สอดคล้องกับ คำกล่าวของ

ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkmann, 1984 : 164) ที่ว่า รายได้หรือ แหล่ง ประโยชน์ด้านวัตถุ เป็นสิ่งที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญความเจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยที่มี รายได้มากกว่าจึงมีความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้มากกว่า ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ปัจจุบันได้มีพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากการจลาจล (พ.ร.บ.) ให้ผู้ประสบอุบัติเหตุได้รับ การรักษา ในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการจำหน่ายบัตรสุขภาพเสีย 500 บาท ได้รับ การรักษาฟรี 1 ปี ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไม่ต้องกังวลใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดที่ ตนจะต้องเสีย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้าง มีประกันสังคม ซึ่งเป็นกองทุนทดแทนเนื่องจาก เป็นโรคที่เกิดจากการทำงาน รวมทั้งข้าราชการสามารถเบิกจ่ายค่าผ่าตัดได้ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มี รายได้แตกต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

7. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรม ออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความ วิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้ รับการผ่าตัด ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับ ศิริพร ศิริวัฒน์ไพศาล (2541 : 124) ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลพุทธชินราช พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความเครียดน้อยกว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส โสด ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดส่วนใหญ่ มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเพชรบุรี หรือจังหวัดใกล้เคียง การติดต่อ และการ เดินทางสะดวก ญาติพี่น้อง สามารถมาเฝ้า และคอยดูแลผู้ป่วยได้ เกือบตลอดเวลา ยกเว้น ช่วงเช้าที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งญาติจะต้องออกไปนั่งรอ ที่หน้าหอผู้ป่วย ดังนั้นถึงแม้จะอยู่ในสถานภาพสมรสแบบใด ผู้ป่วยก็สามารถเดินทางมาเพื่อ รอรับการรักษาได้ไม่ลำบาก โดยไม่ต้องพึ่งพาญาติสมรส และเมื่อผ่าตัดเสร็จแล้วก็สามารถเดินทาง กลับบ้านตนเองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลไม่แตก ต่างกัน

8. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรม ออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดต่างกัน มีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดต่างกัน จะมี ความวิตกกังวลแตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดบริเวณนิ้วมือ มีความวิตก กังวลมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ต้นขา ปลายแขน และปลายขา ตามลำดับ ทั้งนี้อภิปราย ได้ว่า ผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณนิ้วมือ เห็นความสำคัญของนิ้วมือที่สามารถประกอบอาชีพ หากจะ ต้องสูญเสียนิ้วมือไปเพียงนิ้วใด นิ้วหนึ่ง ทำให้ประกอบอาชีพได้ลำบาก หรืออาจประกอบอาชีพ ไม่ได้ นอกจากนี้นิ้วมือเป็นอวัยวะที่เปิดเผย มีผู้พบเห็นได้ง่าย ทำให้เกิดปมด้อยที่ไม่มีนิ้วมือ

หรือนิวผิตรูป จึงทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ส่วนต้นขา ปลายแขน และปลายขา เป็นส่วนที่ปกปิดได้ ถึงแม้จะเป็นการผ่าตัดที่ร้ายแรงและสูญเสียเลือดมากภายหลังผ่าตัดแล้วสามารถหาสิ่งมาทดแทนได้ เช่น แขน – ขาเทียม หรือกลัวจะเป็นแผลเป็นน่าเกลียด ผู้ป่วยก็สามารถใส่เสื้อปกคลุมได้ สามารถเดินและใช้แขน – ขาได้ตามปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดต่างกัน มีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

9. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัดต่างกัน มีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด ที่มีประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัดต่างกัน จะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ กนกพร สุคำวัง (2527 : 40) ที่ว่า การตอบสนองต่อภาวะที่เคยได้รับในอดีต ความทุกข์ทรมานที่บุคคลเคยได้รับในอดีต ยังคงแฝงอยู่ เมื่อเหตุการณ์ที่มีเพียงบางส่วนคล้ายคลึงกับความทุกข์ที่เคยได้รับ ก็อาจกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้อีกได้ ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน จะมีประสบการณ์ในการผ่าตัดว่ามีความยุ่งยาก น่ากลัว และเจ็บปวดหลังจากผ่าตัด เมื่อจำต้องผ่าตัดอีก จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวว่าตนจะต้องอยู่ในเหตุการณ์ที่ตนไม่พึงประสงค์อีก ถึงแม้หลังผ่าตัดแล้วจะทำให้ตนมีสภาพและอวัยวะเป็นปกติก็ตาม แต่ความกลัว ความวิตกกังวลก็ยังคงมีอยู่ ส่วนผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน ย่อมจะไม่เคยรับรู้ว่า ในการผ่าตัดนั้นผู้ป่วยจะต้องมีการเตรียมตัวอย่างไร จะไปพบอะไรในห้องผ่าตัด และขณะผ่าตัดตนจะมีความรู้สึกเจ็บปวดหรือไม่ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการผ่าตัดต่างกัน มีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

10. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดต่างกัน จะมีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัดที่มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดต่างกัน มีความวิตกกังวลแตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีเจตคติปานกลางเกี่ยวกับการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับ กันยา ออประเสริฐ (2530 : 48) ที่ได้ศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ พบว่า การที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมออกมาลักษณะต่าง ๆ จนกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการผ่าตัดได้ เนื่องจากเจตคติ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม หรือ

แนวโน้มนที่จะตอบสนองสิ่งเร้านั้นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง อาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้ (เชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์. 2526 : 1) และสุวทนา อารีพรรค (2524 : 82) ได้กล่าวถึงความวิตกกังวลว่าเป็นความรู้สึกไม่สบาย อึดอัด ตึงเครียด หรือกลัวอันตราย ดังนั้นทั้งเจตคติและความวิตกกังวล ต่างเป็นความรู้สึก ซึ่งระดับความรู้สึกทั้ง 2 แบบจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ในลักษณะเป็นเส้นโค้ง (Curvilinear) ตามคำกล่าวของ เยอร์ค และดอดสัน (Levitt. 1967 : 116 – 120 ; citting Yerks & Dodson. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*. V. 18. P. 459 – 482) ที่กล่าวไว้ว่า ความคิดความรู้สึกในระดับต่ำ จะส่งผลต่อการเรียนรู้น้อยมาก เพราะมีแรงจูงใจไม่เพียงพอ ถ้าความคิด ความรู้สึกในระดับสูง จะขัดขวางการเรียนรู้ ดังนั้น ความคิด ความรู้สึกในระดับกลางย่อมช่วยให้การเรียนรู้ดีขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยออโรโปติกส์ ที่มีเจตคติดีเกี่ยวกับการผ่าตัด มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยออโรโปติกส์ที่มีเจตคติปานกลางเกี่ยวกับการผ่าตัด ทั้งนี้ก็ปรากฏได้ว่าความแปรปรวนทางด้านจิตใจ (Psychological disturbance) เกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีความผิดปกติของร่างกาย ก่อนที่จะมาพบแพทย์ ความแปรปรวนของจิตใจที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด (เรณู อาจาสาลี. 2533 : 102) การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง ตามความต้องการของผู้ป่วยเป็นการสร้างเจตคติระดับปานกลาง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดหวังเหตุการณ์ได้ ตรงกับความเป็นจริง ช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้สติปัญญา ในการประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น (Auerbach, et al. 1983 : 1290) หากผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการผ่าตัด มีความคาดหวังผลการรักษาที่สูงเกินความเป็นจริง แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยอาจจะกลัวว่าถ้าผลการผ่าตัดออกมาไม่ดี ก็จะทำให้เกิดการสูญเสียอวัยวะไปหรือไม่เหมือนเดิม ก่อให้เกิดความกลัวว่าจะไม่ได้ตามที่ตนคาดหวัง จึงทำให้มีความวิตกกังวลมากในทางกลับกันหากผู้ป่วยมีเจตติน้อยเกี่ยวกับการผ่าตัด คือมองการผ่าตัดเป็นทางลบ ถ้าผลการผ่าตัดออกมาดี ผู้ป่วยจะมีเจตคติที่ดีต่อการผ่าตัดเพิ่มขึ้น แต่ถ้าผลการผ่าตัดไม่ดี ผู้ป่วยจะยังมีความวิตกกังวลมากขึ้นอีก

11. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยออโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออโรโปติกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่า ผู้ป่วยออโรโปติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน จะมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง สอดคล้องกับ ศิริพร สติธยธาวาร (2540 : 86) ที่ได้ศึกษาเรื่องผลของการใช้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน แตกต่างกัน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล

และไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ทั้งนี้ก็ปรายได้ว่า ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัด ถ้าหากได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากญาติพี่น้อง บุตร สามี/ภรรยา บิดา/มารดา และเพื่อน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพอใจโดยอยู่กับผู้ป่วย พุดคุย แสดงความห่วงใย ให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ชี้แนะแนวทางดำเนินชีวิตภายหลังผ่าตัด แสดงการยอมรับผู้ป่วยว่ามีค่าสำหรับทุกคน ให้ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ เป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยต้องการ พร้อมทั้งช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยอบอุ่นใจ เกิดความมั่นใจในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ที่จะอดทนต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยก็จะลดน้อยลง ในทางกลับกันเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ไม่มีใครอยู่เป็นเพื่อน คอยดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดหรืออาจพูดซ้ำเติมผู้ป่วย จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีที่พึ่งทางใจ จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงขึ้น ทั้งทางร่างกายที่เจ็บป่วย และมีจิตใจที่บอบช้ำ เนื่องจากไม่มีใครเหลียวแล จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

การที่ได้ทราบว่าผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ช่วยให้เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้ทราบว่า แท้จริงแล้ว ผู้ป่วยพร้อมที่จะได้รับคำแนะนำ และยินดีให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลกับเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้องในการดูแลพวกเขา เพื่อให้เขาได้หายจากความเจ็บป่วย หรือความพิการที่เป็นอยู่โดยเร็ว และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด
2. ควรทำการศึกษาค้นคว้าเชิงทดลอง เพื่อหาทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้คลายความวิตกกังวล เช่น การทดลองให้ผู้ป่วยฟังเพลงก่อนได้รับการผ่าตัด การให้ข้อมูลก่อนได้รับการผ่าตัด การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนได้รับการผ่าตัด
3. ควรศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กานดา พิพัฒน์เลิศมงคล. (2534, มีนาคม – เมษายน). “การศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาลกลาง,” *นิตยสารโรงพยาบาลกลาง*. 28(2) : 75 – 76.
- กนกพร สุคำวัง. (2527). *ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวลและ พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน I.C.U. ของผู้ป่วยที่รับบริการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ*. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต) สาขาพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กองบริการสาธารณสุข. (2539). *แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544)*. กรุงเทพฯ : กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กันยา ออประเสริฐ. (2530). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ*. ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ การ์เวท. (2514). *ความรู้สึกก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยระบบอวัยวะสืบพันธุ์และ ศัลยกรรม*. ปรินญาณิพนธ์ ค.บ. (ครุศาสตร์บัณฑิต). สาขาพยาบาลศึกษา. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- เจริญ สมวงศ์ศิริ. (2523). *การใช้ยาระงับความวิตกกังวล*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ สารีภาการพิมพ์.
- ฉวีวรรณ สุตะบุตร. (2524). “มโนทัศน์สำคัญทางการพยาบาลจิตเวช : ความวิตกกังวล,” ใน *ประมวลรายงานการประชุมวิชาการพยาบาลจิตเวช*. คณะกรรมการชมรมพยาบาล จิตเวชแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย.
- ชมชื่น สมประเสริฐ. (2526). *ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล*. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). สาขาพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชัยนาถ นาคบุผา. (2513). *โลกของวัยรุ่น*. เชียงใหม่ : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

- ช่อราตรี สิริวัฒนันต์ และสาคร ภูธานี. (2530). *การพยาบาลทางออร์โธปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- ชูชีพ อ่อนโคกสูง. (2522). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทพเนรมิตการพิมพ์.
- เชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์. (2520). *การวัดทัศนคติและบุคลิกภาพ*. กรุงเทพฯ : สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- เดโช สวานานนท์. (2512). *ปทานุกรมจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ถนิมวงษ์ ทับทิมประดับ. (2528). *การศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลระหว่างหญิงมีครรภ์แรกและครรภ์หลังในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- นวลละอ อสุภาผล. (2523). *จิตวิทยาปกติ*. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- บ้งอร เกรียดชัยเจริญ. (2533). *ผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด*. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). “นวัตกรรมการให้สุขศึกษาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับ,” ในการประชุมวิชาการเรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับ บริโภคนิสัย กับแนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล และสาธารณสุข.
- ประไพ มากลิ่น และคณะ. (2539, 4 – 6 กันยายน). “การศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด แขนก้องผ่าตัด,” เอกสารการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 2. 34 – 38.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ปาหนัน บุญหลง. (2528). *การพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ป๋อง.

- ปิยะรัตน์ ภัทรภูวตล. (2532). *เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลและเจตคติต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจ ระหว่างความคิดเห็นของผู้ป่วยกับพยาบาล*. ปริญญาโท วท.ม. (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เผชญิ ยืนยง. (2514). *ความรู้สึกก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก*. ปริญญาโท ค.บ. (ครุศาสตร์บัณฑิต). สาขาพยาบาลศึกษา. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- พจนานุกรม. (2526). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- พยอม อิงคตานุวัฒน์. (2523). *จิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ไพศาล หวังพานิช. (2526). *การวัดผลการศึกษา*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์. (2522). *วิธีการพยาบาลทางศัลยกรรม*. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช. (2535). *การพยาบาลมารดา ทารก และจิตเวช*. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช.
- มาร์ค ไอแซก เอ็ม. (2538). *วิธีจัดการความกลัว = Fear สเปญ อุ่นองงค์ แบล และเรียบเรียง*. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- มยุรา กาญจนางกูร. (2527). "มโนคติทางการพยาบาล," ในเอกสารการสอนชุดวิชามโนคติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-7 หน้า 43. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์หนึ่งเจ็ดการพิมพ์.
- เรณู อาจสาธิต. (2533). "Psychological Disturbance," เอกสารประชุมวิชาการพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ละมัย อมรินทร์ และมาลี แนนหนา. (2535, กรกฎาคม - ธันวาคม). "ความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยนรีเวชกรรมก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลชลบุรี," *วารสาร วิทยาลัยชลบุรี*. 5(2) : 32 – 40.
- ล้วน และอังคณา สายยศ. (2538). *เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สุวิริยาสาน.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). "ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาด," *ข่าวสารการวิจัยการศึกษา*. 18(3) : 8 – 11.
- วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ. (2535). "Introduction," ใน *ออร์โธปิดิกส์*. สมชัย ปรีชาสุข และ คณะ. หน้า 1 – 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไพศาล.
- วีรา ชิตทรงสวัสดิ์. (2514). *ความรู้สึของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป*. ปรินูญานินพนธ์ ค.บ. (เศรษฐศาสตร์บัณฑิต). สาขาพยาบาลศึกษา. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริกาญจน์ เฟือกเทศ. (2527). *ผลการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะ ผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อนและการผ่าตัดเลาะหลอดเลือด ขอดในถุงอัณฑะซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง*. ปรินูญานินพนธ์ วท.ม. (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). สาขาพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร ศิริวัฒน์ไพศาล. (2541, มีนาคม - เมษายน). "ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด ระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลพุทธชินราช," *พุทธชินราชเวชสาร*. 15(2) : 120.
- ศิริพร สถิตย์ถาวร. (2540). *ผลของการใช้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วย ที่มีความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกคนแตกต่างกัน*. ปรินูญานินพนธ์ กศ.ม. (การศึกษามหาบัณฑิต). วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สมคิด รักษาสัตย์. (2531). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สาโรจน์ ประปักษ์ราม, สุนทร ตันชนันท์ และชวลิต ปรียาสมบัติ. (2518). *Endocrinology*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุคนธ์ คอนดี และเกศินี เห็นพิทักษ์. (2526). *กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- สุชา จันทรเอม. (2524). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2531). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุพัฒนา เดชาติวงศ์ และคณะ. (2520). "ตำราจิตเวชศาสตร์," *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย.
- _____. (2526). *จิตวิทยาของสตรี*. กรุงเทพฯ : บรรณกิจ.
- สุณีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2527). *แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ปอ.
- สุณีย์ ดันดีพัฒนานันท์. (2522). *การพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สุวทนา อารีพรรค. (2524). *ความผิดปกติทางจิต*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2542). *สมุดสถิติรายปีประเทศไทย 2541*. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯ.
- สำเร็จ แสงชื่อ และสมชัย จิรโรจน์วัฒน์. (2537). *ภาวะความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี*. เอกสารการวิจัย. ชลบุรี : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- อนงค์ ลีละชัยกุล. (2533, ตุลาคม – มกราคม). "การศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงครรภ์แรกที่มีอายุ ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน," *วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาธิบดี*. 10(1) : 24 – 42.
- อรวินท์ ผอบทอง. (2535). *เจตคติและความสามารถในการแก้ปัญหา "เอดส์" โดยใช้วิธีทัศน์กับสารนิเทศแก่นักศึกษาโรงเรียนฝึกอาชีพกรุงเทพ*. ปรินูญานันท์ กศ.ม. (การศึกษามหาบัณฑิต). วิชาเอกสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

เอกชัย จุลเสวก และคณะ. (2542). *Orthopaedics for medical students*. นนทบุรี : โรงพิมพ์ เอส. อาร์. พรินติ้ง.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ วี. เจ. พรินติ้ง.

อุบล นิวัติชัย. (2527). *หลักการพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Alexander, C. J. & Parson, A. (1987). "Collection Psychological Data," In *Perioperation Patient Care : The Nursing Perspective*. 2nd ed. p. 67 – 84. Boston : Black Well Scientific Publications.

Allport, G. W. (1935). "Reading in," in *Attitude Theory and Measurement*. New York : John Wiley and Son.

Anastasi, A. (1967). *Psychological Testing*. 2nd ed. New York : The Mc Millan.

Auerbach, S. M. & Martelli, M. F. (1983, June). "Anxiety, Information, Interpersonal Impacts and Adjustment to a Stressful Health Care Situation," *Journal of Personality and Psychology*. 44(6) : 1284 – 1296.

Beak, A. T. (1972). "Cognition, Anxiety and Psychological Disorder," In C. D. *Speillberger Anxiety Current Trenals in Theory and Research*. V. 2. P. 343 – 357. New York : Academic.

Beland, I. L. & Passos, J. Y. (1981). *Clinical Nursing : Pathophysiological and Psychosocial Approaches*. 4th ed. New York : Maemillon Publishing.

Bird, B. (1973). *Talking with Patients*. Philadelphia : J. B. Lippincott Company. P. 8.

Brown, M. A. (1986, January). "Social Support During Pregnancy," *Nursin Research*. 30(1) : 4 – 9.

Bysshe, J. E. (1988, October). *The Effect of Giving Information to Patients before Surgery*. *Nursing*. 3(10) : 36 – 39.

- Carnevali, D. L. (1966, July). "Preoperative Anxiety," *American Journal of Nursing*. 66(7) : 1536 – 1538.
- Cassel, J. (1976, August). "The Contribution of the Social Environment of Host Resistance," *American Journal of Epidemiology*. 104(8) : 109.
- Cattell, R. B. (1965). "The Nature and Measurement of Anxiety," *In Contemporary Reading in General Psychology*. 2nd ed. Boston : Noughton Mifflin Company.
- Clark S. (1987, November). "Nursing Diagnosis : Ineffective Coping I A Theoretical Framework," *Heart and Lung*. 16(11) : 670 – 674.
- Close, A. (1988, March). "Patient Education : A Literature Deview," *Journal of Advanced Nursing*. 13(3) : 203 – 212.
- Cobb, S. (1976, September - October). "Social Support as a Moderator of Life Stress," *Psychosomatics Medicine*. 38(5) : 300 – 313.
- Cohen, S. & T. A. Wills. (1985, February). "Stress Social support and the Buffering Hypothesis," *Psychological Bullentin*. 98(2) : 310 – 357.
- Dimon, M. & Johnes, S. L. (1985). *Chronic Illness Across the Life Span*. Connecticut : Appleton – Century crofts.
- Dodge, J. S. (1972, October). "What Patients should be told : Patients and Nurses Belief," *American Journal of Nursing*. 72(10) : 1852 – 1854.
- Domar, A. D., et al. (1989, December). "Preoperative Anxiety : Is It a Predictable Entily?," *Anesthesia and Analgesia*. 69(11) : 763 – 767.
- Dulaney, P. E., et al. (1990, July - August). "A Comprehensive Education and Support Program for Woman Experiencing Hysterectomies," *Journal of Gynecology Nursing*. 19(4) : 319 – 324.
- English & English. (1958). *Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms*. London : Longnans Green and Co.

- Epstein, S. (1972). "The nature of anxiety," in C. D. Spielberger *current trends in theory and research*. 2nd ed. New York : Academic Press.
- Feldhusen, J. F. & J. R. Thurstone. (1964, May - June). "Personality and Adjustment of High and Low Anxious Children," *Journal of Education Research*. 57(3) : 265 – 267.
- Goldin, M. D. (1981). *Intensive Care of the Surgical Patient*. 2nd ed. Chicago : Year Medicine Publishers.
- Gothieb, B. (1985, Spring). "Social Network and Social Support," *An Over View of Research Practice and Policy Implication Health Education Quarterly*. 12 : 5 – 22.
- Graham, L. E. & Conley, E. M. (1971, March – April). "Evaluation of Anxiety and Fear in Adult Surgical Patients," *Nursing Research*. 20(2) : 113 – 122.
- Groen, J. J. (1975). "The Measurement of Emotion and Arousal in The Clinical Physiological Laboratory and medical Practice," *Emotion Theory and Measurement*. New York : Raven Press.
- Haber, J. et al. (1982). *Comprehensive Psychiatric Nursing*. New York : McGraw – Hill.
- Hilgard, E. R. (1962). *Introduction to Psychology*. New York : Harcont Brance.
- Hubbard, P., Muhlenkamp & Brown, N. (1984, November). "The Relationship Between Social Support and Self – Care Practice," *Nursing Research*. 33(11) : 266 – 269.
- Johnson, J. E. et al. (1970, January - February). "Psychosocial Factors in the Welfare of Surgical Patients," *Nursing Research*. 19(1) : 18 – 29.
- Johnson, J. E. (1973, February). "Effects of Accurate Expectation about Senoation an the Sensory and Distress Components of Pain," *Journal of Personality and Psychology*. 27(2) : 261 – 275.

- Johnson, B. S. (1986). *Psychiatric Mental Health Nursing : Adaptation and Growth*. Philadelphia : J. B. Lippincott Company.
- Juneau, P. S. (1980). *Medical Surgical Nursing*. New York : Macmillan Publishing.
- Kahn, R. L. (1979). "Aging and Social Support," *In Aging form Birth to Death : Interdisciplinary Perspectire*. Corolado : Westview Press.
- Krejcie, R. V. & Daeyle, N. M. (1970). *Determining Sample Size for Research Activity*.
- Lader, M. & Marks I. (1971). *Clinical Anxiety*. New York : Grune and Stratton.
- Lazarus, R. S. & Cohen, F. (1983). "Coping and Adaptation in Health and Illness," in *Hand Book of Health, Health Care and The Health Professions*. New York : Free Press. P. 608 – 628.
- Lazarus, R. S. & Folkman S. (1984). *Stress Adaplation and Coping*. New York : Springer Publishing.
- Lemitre, G. D. & Finnergan, J. A. (1970). *The Patient in Surgery*. Philadelphia : W. B. Saunders.
- Levitt, E. E. (1967). *The Psychology of Anxiety*. New York : Bobbs - Merrill Company.
- Lipkin, G. B. & Cohen, R. G. (1980). *Effective Approaches to Patient's Behavior*. 2nd ed. New York : Springer Publishing.
- Long, B. C. (1987). "Preoperative Nursing," in *Medical – Surgical Nursing : Concepts and Chimeal Practice*. 3rd ed, St. louis : The C. V. Mosby comp. P. 443 – 451.
- Lucente, F. E. & Fleck, S. (1972, July - August). "A Study of Hospitalization Anxiety in 408 Medical and Surgical Patients," *Psychosomatic Medicine*. 34(4) : 304 – 311.

- Luckmann, J. & Sorensen, K. (1974). "A Psychophysiological Approach," *Medical Surgical Nursing*. Philadelphia : W. B. Saunders.
- Meissner W. W. (1980). "Theories of Personality and Psychopathology Classical Psychoanalysis," *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 3rd ed. Baltimore : William and Wilkins.
- Ramsay, M. A. B. (1972, October). "A Survey of pre – operation fear," *Anesthesia*. 27(10) : 390 – 401.
- Redman, B. K. (1976). *The Process of Patient Teaching and Nursing*. Saint Louis : The C. V. Mosby Company.
- Rouhani Graeme C. (1978, March). "Understanding Anxiety," *Nursing Mirror*. 1(3) : 25 - 27.
- Rycroft, C. (1971). *Anxiety and Neurosis*. London : Allen – lane the Penquin Press.
- Spielberger, C. D. (1976). *Anxiety and Behavior*. New York : Academic Press.
- Schmith, F. E. & P. J. Wooldridge. (1973, March - April). "Psychological Preparation of Surgical Patients," *Nursing Research*. 22(2) : 108 – 115.
- Taylor, R. G. (1964, December). "personality Traits and Discrepancy Achievement : A Review," *Journal of Counseling Psychology*. 11(12) : 76 – 82.
- Taylor, S. (1977). *Principle of Surgery : Surgical Nursing*. 3rd ed. London : The English Language Book Society, Hodder Stoughton.
- Thotis, P. A (1986, March - April). "Social Support as Coping Assistance," *Journal of Conselting and Clinical Psychology*. 54(2) : 416 – 423.
- Tilden, V. P. (1985, June). "Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory," *Research in Nursing and Health*. 8(6) : 199 - 206.

- Triandis, H. C. (1971). *Attitude and Attitude Change*. New York : John Wiley and Sons.
- Tringali, C. A. (1986, July - August). "The needs of Family Member of Cancer Patient," *Oncology Nursing Forum*. 13(4) : 65 – 69.
- Vanderhorst, E. R. (1980). "Anxiety," *Introduction to Nursing Practice*. New York : McGraw Hill.
- Volicer, B. J. (1974, May - June). "Patient's Perceptions of Stressfull Event Associatal with Hospitalization," *Nursing Research*. 23(3) : 235 – 238.
- Wortman, C. B. (1984, September – October). "Social Support and the cancer Patient : Conceptual and Methologic Issue ; Supplement to Cancer," *Journal of the American Cancer Society*. 53(5) : 2339 – 2360.
- Zung, W. K. (1971, November – December). "A Rating Instrument for Anxiety Disorders," *Psychosomatics*. 12(6) : 371 – 379.

ภาคผนวก



ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๓๕๔๗

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๑๐ ตุลาคม ๒๕๔๑

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน รองศาสตราจารย์ทวีสิทธิ์ สัทธกร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวธีรภา ประสิทธิ์เวช นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวธีรภา ประสิทธิ์เวช ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. ๕๗๒๖, ๕๖๔๖

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๖๕๕๕

วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๓

เรื่อง ขออนุญาตเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวธีรภา ประสิทธิ์เวช นิติระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารถ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมามกุล เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วริยา สุขวงศ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวธีรภา ประสิทธิ์เวช ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๓๕๕๖

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวธีราภา ประสิทธิ์เวช นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ และ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์ชาญชัย ปวงนิยม นายแพทย์ 8 (วิชาการ) นายแพทย์สมบัติ สธนเสาวภาคย์ นายแพทย์ 7 (วิชาการ) และ นางนฤมล ศรีสม พยาบาลวิชาชีพ 6 วิชาการ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวธีราภา ประสิทธิ์เวช ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๔๔๓



บัณฑิตวิทยาลัย

123

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๔ ธันวาคม ๒๕๔๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวธีรภา ประสิทธิ์เวช นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามรณ และ รองศาสตราจารย์ณภาพร มัชฌิมานุกร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด จำนวน ๕๐ คน เป็นกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวธีรภา ประสิทธิ์เวช ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๖๒๖, ๕๖๔๖

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕



ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๔๔๐ ๓

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๑๙ ธันวาคม ๒๕๔๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวธีรภา ประสิทธิ์เวช นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารถ และ รองศาสตราจารย์ณภาพร มัชฌิมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด จำนวน ๒๔๒ คน กรอบแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวธีรภา ประสิทธิ์เวช ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

แบบสอบถาม

เรื่อง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปก่อนได้รับการผ่าตัดของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์

ในแบบสอบถามแต่ละส่วนมีข้อความให้ท่านอ่านเพื่อพิจารณา : ตามความเป็นจริงตามความรู้สึก และความคิดเห็นว่าตรงกับข้อความแต่ละข้อความมาก-น้อย เพียงใด ดังนั้นคำตอบจึงไม่มีถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนรวม เพราะจะนำไปปรับปรุงการพยาบาล

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงและความรู้สึกของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบถือเกณฑ์ ดังนี้

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านน้อย

ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านปานกลาง

มาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านมาก

มากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
0. ก่อนได้รับการผ่าตัดข้าพเจ้านอนไม่หลับ				/	

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปก่อนได้รับการผ่าตัดของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัวของท่านและข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด กรุณาเติมคำหรือทำเครื่องหมาย (/) ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง

1. ชื่อ.....นามสกุล.....

2. เพศ

() ชาย

() หญิง

3. อายุ

() ต่ำกว่า 20 ปี

() 21 – 30 ปี

() 31 – 40 ปี

() 41 – 50 ปี

() 50 ปีขึ้นไป

4. ระดับการศึกษา

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษาตอนต้น

() มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า

() อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

() ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

5. อาชีพ

() รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ

() ค้าขาย

() เกษตรกรรม

() รับจ้าง

() ข้าราชการบำนาญ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ

() นักเรียน นักศึกษา

() อื่น ๆ

6. รายได้

- ☐ น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน
- ☐ 5,000 – 10,000 บาท/เดือน
- ☐ 10,001 – 15,000 บาท/เดือน
- ☐ มากกว่า 15,000 บาท/เดือน

7. สถานภาพ

- ☐ โสด
- ☐ คู่
- ☐ ม่าย / หย่า / แยก

8. ประสบการณ์ที่ได้รับการผ่าตัด

- ☐ เคยได้รับการผ่าตัด.....จำนวน.....ครั้ง
- ☐ ไม่เคยได้รับการผ่าตัด

9. บริเวณที่ได้รับการผ่าตัด

- ☐ หลัง
- ☐ ไหล่
- ☐ ต้นแขน
- ☐ ปลายแขน
- ☐ ต้นขา
- ☐ ปลายขา (น่อง)
- ☐ มือ
- ☐ เท้า
- ☐ นิ้วมือ
- ☐ นิ้วเท้า
- ☐ ข้อมือ
- ☐ ข้อเท้า
- ☐ ตะโพก
- ☐ ศอก
- ☐ เข่า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด โปรต
อ่านข้อความอย่างรอบคอบแล้วทำเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึก
ของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจที่จะต้องออกจากบ้านมานอนรับการรักษาในโรงพยาบาล					
2. ข้าพเจ้ากลัวผลการตรวจวินิจฉัยว่าไม่ดี					
3. ข้าพเจ้ากลัวไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล					
4. ข้าพเจ้าวิตกกังวลกลัวถูกเปิดเผยร่างกาย					
5. ข้าพเจ้าทำใจไม่ได้จิตกังวลก่อนการผ่าตัด					
6. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัว เมื่อเห็นผู้ป่วยคนอื่นมีอุปกรณ์ที่ล้าตัวมากมายเช่น เหล็กถ่วงขา ท่อนบายเลือดออกจากแผล					
7. ข้าพเจ้าสามารถระงับความวิตกกังวลของตนเองได้เมื่อทราบว่าจะต้องได้รับการผ่าตัด					
8. ข้าพเจ้ารู้สึก หิว คล้ายจะเป็นลมเมื่อทราบว่าจะต้องได้รับการผ่าตัด					
9. เมื่อเห็นพนักงานเปลมารับผู้ป่วยที่อยู่ข้างเตียงของข้าพเจ้าไปห้องผ่าตัด ข้าพเจ้ารู้สึก วิตกกังวลและกลัว					
10. ข้าพเจ้าต้องการรักษาโดยการผ่าตัด					
11. ข้าพเจ้ารู้สึกใจสั่น หัวใจเต้นแรงและแขน - ขาสั่นก่อนได้รับการผ่าตัด					
12. ข้าพเจ้ากลัวเสียชีวิต ภายหลังได้รับการผ่าตัด					
13. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจว่าแพทย์และพยาบาล จะไม่ให้ความช่วยเหลือเท่าที่ควร					

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
14. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นใจ ผลการรักษาของแพทย์					
15. ข้าพเจ้ามักลังเลใจเมื่อจะต้องได้รับการ ผ่าตัด เพราะไม่แน่ใจผลที่จะเกิดขึ้นว่าจะ เป็นอย่างไร					
16. ข้าพเจ้าเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์เป็น อย่างดี					
17. ข้าพเจ้าให้ความร่วมมือในการรักษาและ พยาบาลเป็นอย่างดี					
18. ข้าพเจ้าวิตกกังวลถ้าหากต้องเลื่อนการ ผ่าตัด					
19. ข้าพเจ้าเป็นห่วงสามี หรือภรรยา บุตร บิดา หรือมารดาที่กังวลแทนข้าพเจ้า					
20. ก่อนได้รับการผ่าตัดข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ					
21. ก่อนได้รับการผ่าตัดข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด รำคาญและอารมณ์เสียบ่อย					
22. ก่อนได้รับการผ่าตัด ข้าพเจ้ามักนึกถึงเหตุ การณ์ที่เลวร้ายหรือฝันร้ายเสมอ					
23. ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลมากทั้ง ๆ ที่ได้รับการ อธิบายเรื่องการผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่แล้ว					
24. ข้าพเจ้าไม่วิตกกังวล เพราะได้รับการ อธิบายเรื่องการผ่าตัดจากเจ้าหน้าที่แล้ว					
25. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจกลัวเจ็บปวดขณะ ผ่าตัด					
26. ข้าพเจ้ากลัวการเสียเลือดในระหว่างการ ผ่าตัด					
27. ข้าพเจ้าไม่กลัวได้รับอันตรายระหว่างการ ผ่าตัด					
28. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกกลัวบรรยากาศในห้องผ่าตัด					

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
29. ข้าพเจ้ากลัวดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น					
30. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลว่าจะไม่มีใครช่วยเหลือ หลังการผ่าตัด					
31. ข้าพเจ้ากังวลใจว่าภายหลังการผ่าตัดจะ พิการ					
32. ข้าพเจ้ากังวลว่าจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หลังการผ่าตัด					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติที่เกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ โปรดอ่านข้อความอย่างรอบคอบแล้วทำเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิด เห็นหรือความมั่นใจต่อการผ่าตัดของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. ข้าพเจ้าคิดว่าสิ่งที่ต้องรับการผ่าตัดเป็น เรื่องของดวงชะตา					
2. ถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และ พยาบาลจะทำให้หายเร็วขึ้น					
3. ความยากจนเป็นอุปสรรคในการผ่าตัด					
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียดายอวัยวะที่จะต้องผ่าตัด					
5. การเจ็บป่วยครั้งนี้จำเป็นต้องได้รับการ ผ่าตัดจึงจะหาย					
6. การผ่าตัดกับแพทย์ที่คุ้นเคยไม่เสี่ยง อันตราย					
7. การผ่าตัดอวัยวะส่วนใดของร่างกายก็เป็น อันตรายทั้งนั้น					
8. การผ่าตัดจะทำให้ร่างกายเป็นปกติเร็วกว่า รักษาทางไสยศาสตร์					
9. การผ่าตัดไม่ได้ทำให้โรคร้ายเสมอไป					
10. การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับ ข้าพเจ้า					
11. ถ้ามีความผิดพลาดในการผ่าตัดอาจทำให้ ข้าพเจ้าพิการได้					
12. แพทย์ผู้ทำผ่าตัดควรมีความชำนาญเฉพาะ สาขา					
13. โรงพยาบาลเอกชน จะมีความพร้อมในการ ผ่าตัดกว่าโรงพยาบาลของรัฐบาล					

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
14. โรงพยาบาลของรัฐบาลมีแพทย์เชี่ยวชาญในการผ่าตัดดีกว่าโรงพยาบาลเอกชน					
15. ข้าพเจ้าคิดว่า การที่แพทย์ทำผ่าตัดให้ข้าพเจ้าทันทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาลทำให้ไม่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต					
16. การผ่าตัดทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิต					
17. จะได้รับการผ่าตัดช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย					
18. การทำการผ่าตัดในโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกอบอุ่นที่ได้อยู่ใกล้ญาติ พี่น้อง					
19. การทราบผลก่อนการผ่าตัดทำให้ข้าพเจ้าทำใจได้ต่อผลที่จะเกิดขึ้น					
20. การรอผ่าตัดที่โรงพยาบาลก่อน 2 – 3 วัน เป็นการเตรียมตัวเตรียมใจ					
21. หลังการผ่าตัดจะมีพยาบาลดูแลอย่างดี					
22. การผ่าตัดทำให้ไม่สามารถทำงานหนักเหมือนเดิมได้					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ โปรดอ่านข้อความ
อย่างรอบคอบแล้วทำเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
มากที่สุด เพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ไม่จริง ทั้ง หมด	ไม่จริง เป็น บาง ส่วน	ไม่แน่ ใจ	จริง เป็น บาง ส่วน	จริงทั้ง หมด
1. เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วย พ่อ แม่ ญาติ พี่น้อง เป็นผู้ดูแลเอาใจใส่					
2. เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยไม่มีผู้ใดดูแล					
3. เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยจนต้องเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาลไม่มีใครมาเยี่ยมเลย					
4. ญาติผู้ป่วยที่อยู่เคียงติดกับข้าพเจ้ามีน้ำใจ ให้การช่วยเหลือเสมอ					
5. ข้าพเจ้ามีเพื่อนที่ไว้วางใจได้ และสามารถ พูด-คุยปัญหาต่าง ๆ ได้					
6. เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวทำ ให้รู้สึกอบอุ่นมั่นใจและปลอดภัย					
7. การเจ็บป่วยครั้งนี้ข้าพเจ้าไม่ได้รับการดูแล เอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่เท่าที่ควร					
8. พยาบาลเป็นผู้กระตุ้นเตือนข้าพเจ้าให้ บริหารร่างกายอยู่เสมอ					
9. ผู้ป่วยที่อยู่เคียงติดกับข้าพเจ้าให้คำแนะนำ อย่างดีกับข้าพเจ้า					
10. ญาติของผู้ป่วยที่อยู่เคียงติดกับข้าพเจ้าให้ คำแนะนำเป็นอย่างดี					
11. ครอบครัวมีส่วนให้คำแนะนำ และเสนอแนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ของข้าพเจ้า					

ข้อความ	ไม่จริง ทั้ง หมด	ไม่จริง เป็น บาง ส่วน	ไม่แน่ ใจ	จริง เป็น บาง ส่วน	จริงทั้ง หมด
12. รายการสุขภาพในโทรทัศน์มีส่วนทำให้ ข้าพเจ้าเปลี่ยนใจจากการรักษาทางไสย ศาสตร์มารักษาแผนปัจจุบัน					
13. บทความจากหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับสุขภาพมี ส่วนทำให้ข้าพเจ้าเปลี่ยนใจ จากการรักษา ทางไสยศาสตร์มารักษาแผนปัจจุบัน					
14. รายการวิทยุเกี่ยวกับสุขภาพมีส่วนทำให้ ข้าพเจ้านิยมรักษาแผนปัจจุบันมากกว่าไสย ศาสตร์					
15. การเรียนศึกษาในโรงเรียนทำให้ข้าพเจ้า ทราบว่าการผ่าตัดเป็นการรักษาวิธีหนึ่ง					
16. แพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด แก่ข้าพเจ้า					
17. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดใจที่จะต้องทำตามคำแนะนำ ของแพทย์และพยาบาล					
18. ทางครอบครัวไม่ได้สนับสนุนให้ข้าพเจ้ามา รับการรักษาที่โรงพยาบาล					
19. เมื่อข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัว เจ็บป่วย เพื่อนบ้านมีส่วนช่วยเหลือ เช่น เฝ้าบ้าน ฯลฯ					
20. ข้าพเจ้าเป็นที่พึ่งของบุคคลในครอบครัว					

ตาราง 11 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบสอบถามความวิตกกังวล ของผู้ป่วย
ออโรโรปิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	.59	17	.47
2	.54	18	.52
3	.65	19	.53
4	.75	20	.60
5	.62	21	.75
6	.72	22	.46
7	.76	23	.61
8	.75	24	.65
9	.61	25	.79
10	.62	26	.80
11	.56	27	.63
12	.64	28	.62
13	.47	29	.74
14	.68	30	.61
15	.79	31	.54
16	.59	32	.60

ตาราง 12 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัด ของ
ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	.27	12	.37
2	.21	13	.42
3	.19	14	.30
4	.45	15	.35
5	.66	16	.32
6	.53	17	.34
7	.39	18	.33
8	.38	19	.29
9	.55	20	.27
10	.28	21	.59
11	.29	22	.42

ตาราง 13 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วย
ออร์โรพิติกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	.52	11	.29
2	.21	12	.20
3	.22	13	.22
4	.24	14	.26
5	.21	15	.21
6	.30	16	.44
7	.22	17	.29
8	.25	18	.47
9	.56	19	.24
10	.33	20	.36

ตาราง 14 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติเกี่ยวกับการผ่าตัดของ
ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นรายข้อ (n = 242)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับ
1. ข้าพเจ้าคิดว่าการที่ต้องรับการผ่าตัดเป็นเรื่องของดวงชะตา	3.88	1.23	มาก
2. ถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลจะทำให้หายเร็วขึ้น	4.90	.44	มาก
3. ความยากจนเป็นอุปสรรคในการผ่าตัด	2.33	1.12	ปานกลาง
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียดายอวัยวะที่จะต้องผ่าตัด	3.10	1.44	ปานกลาง
5. การเจ็บป่วยครั้งนี้จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดจึงจะหาย	4.68	.78	มาก
6. การผ่าตัดกับแพทย์ที่คุ้นเคยไม่เสี่ยงอันตราย	3.72	1.40	มาก
7. การผ่าตัดอวัยวะส่วนใดของร่างกายก็เป็นอันตรายเท่านั้น	2.33	.80	น้อย
8. การผ่าตัดจะทำให้ร่างกายเป็นปกติเร็วกว่ารักษาทางไสยศาสตร์	4.99	.44	มาก
9. การผ่าตัดไม่ได้ทำให้โรคหายเสมอไป	3.17	.93	ปานกลาง
10. การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับข้าพเจ้า	4.55	.93	มาก
11. ถ้ามีความผิดพลาดในการผ่าตัดอาจทำให้ข้าพเจ้าพิการได้	2.74	1.43	น้อย
12. แพทย์ผู้ทำผ่าตัดควรมีความชำนาญเฉพาะสาขา	4.91	.52	มาก
13. โรงพยาบาลเอกชนจะมีความพร้อมในการผ่าตัดกว่าโรงพยาบาลของรัฐบาล	2.66	.82	ปานกลาง
14. โรงพยาบาลของรัฐบาลมีแพทย์เชี่ยวชาญในการผ่าตัดดีกว่าโรงพยาบาลเอกชน	4.54	.92	มาก
15. ข้าพเจ้าคิดว่า การที่แพทย์ทำผ่าตัดให้ข้าพเจ้านั้นที่ เมื่อมาถึงโรงพยาบาลทำให้ไม่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต	3.73	1.50	มาก

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับ
16. การผ่าตัดทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิต	3.02	.99	ปานกลาง
17. จะได้รับการผ่าตัดช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย	4.64	.85	มาก
18. การทำการผ่าตัดในโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกอบอุ่นที่ได้อยู่ใกล้ญาติ พี่น้อง	4.62	.85	มาก
19. การทราบผลก่อนการผ่าตัดทำให้ข้าพเจ้าพอใจได้ต่อผลที่จะเกิดขึ้น	4.50	.99	มาก
20. การรอผ่าตัดที่โรงพยาบาลก่อน 2 – 3 วัน เป็นการเตรียมตัวเตรียมใจ	4.26	1.24	มาก
21. หลังการผ่าตัดจะมีพยาบาลดูแลอย่างดี	4.59	.83	มาก
22. การผ่าตัดทำให้ไม่สามารถทำงานหนักเหมือนเดิมได้	3.17	1.39	ปานกลาง
รวม	3.86	.28	มาก

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีเจตคติต่อการผ่าตัดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.86$, $S = .28$)

ตาราง 15 คะแนนเฉลี่ย ความเป็ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของ
ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นรายข้อ (n = 242)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับ
1. เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วย พ่อ แม่ ญาติ พี่น้อง เป็น ผู้ดูแลเอาใจใส่	4.40	1.10	มาก
2. เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยไม่มีผู้ใดดูแล	4.46	.87	มาก
3. เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยจนต้องเข้าพักรักษาใน โรงพยาบาลไม่มีใครมาเยี่ยมเลย	4.61	.88	มาก
4. ญาติผู้ป่วยที่อยู่เคียงติดกับข้าพเจ้ามีน้ำใจให้การ ช่วยเหลือเสมอ	3.15	1.48	ปานกลาง
5. ข้าพเจ้ามีเพื่อนที่ไว้วางใจได้ และสามารถพูด - คุยปัญหาต่าง ๆ ได้	3.76	1.16	มาก
6. เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัว ทำให้ รู้สึกอบอุ่นมั่นใจและปลอดภัย	4.69	.89	มาก
7. การเจ็บป่วยครั้งนี้ข้าพเจ้าไม่ได้รับการดูแล เอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่เท่าที่ควร	4.38	1.04	มาก
8. พยาบาลเป็นผู้กระตุ้นเตือนข้าพเจ้าให้บริหาร ร่างกายอยู่เสมอ	3.98	1.17	มาก
9. ผู้ป่วยที่อยู่เคียงติดกับข้าพเจ้าให้คำแนะนำอย่าง ดีกับข้าพเจ้า	2.20	1.39	น้อย
10. ญาติของผู้ป่วยที่อยู่เคียงติดกับข้าพเจ้าให้ คำแนะนำเป็นอย่างดี	2.77	1.64	ปานกลาง
11. ครอบครัวมีส่วนให้คำแนะนำและเสนอแนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของ ข้าพเจ้า	4.56	.98	มาก
12. รายการสุขภาพในโทรทัศน์มีส่วนทำให้ข้าพเจ้า เปลี่ยนใจจากการรักษาทางไสยศาสตร์มารักษา แผนปัจจุบัน	4.50	1.01	มาก

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S	ระดับ
13. บทความจากหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับสุขภาพมีส่วนทำให้ข้าพเจ้าเปลี่ยนใจ จากการรักษาทางไสยศาสตร์มารักษาแผนปัจจุบัน	3.98	1.38	มาก
14. รายการวิทยุเกี่ยวกับสุขภาพมีส่วนทำให้ข้าพเจ้านิยมรักษาแผนปัจจุบันมากกว่าไสยศาสตร์	4.21	1.21	มาก
15. การเรียนสุขศึกษาในโรงเรียนทำให้ข้าพเจ้าทราบว่าการผ่าตัดเป็นการรักษาวิธีหนึ่ง	3.69	1.62	มาก
16. แพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัดแก่ข้าพเจ้า	4.40	1.16	มาก
17. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดใจที่จะต้องทำตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล	4.45	1.02	มาก
18. ทางครอบครัวไม่ได้สนับสนุนให้ข้าพเจ้ามากรับการรักษาที่โรงพยาบาล	4.69	.77	มาก
19. เมื่อข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยเพื่อนบ้านมีส่วนช่วยเหลือ เช่น ฝากบ้าน ฯลฯ	2.98	1.58	ปานกลาง
20. ข้าพเจ้าเป็นที่พึ่งของบุคคลในครอบครัว	3.66	1.49	ปานกลาง
รวม	3.99	.51	มาก

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ก่อนได้รับการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการผ่าตัดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.99$, $S = .51$)

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวธีรามา ประสิทธิ์เวช
วันเดือนปีเกิด	5 กุมภาพันธ์ 2509
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	2 ซอย 1 (วัดแก่นเหล็ก) ถนนศรีธรรมอินทร์ ตำบลคลองกระแชง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	แผนกผ่าตัด โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 76000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2527	มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนพรหมานุสรณ์ จังหวัดเพชรบุรี
พ.ศ. 2529	ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลสุราษฎร์ธานี
พ.ศ. 2536	พย.บ. (พยาบาลศาสตร์) จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2544	กศ.ม. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร