

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูล และความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหู คอ จมูก ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์[@]

พรทิวา มีสุวรรณ¹

ชนิษฐา นาคะ²

Perception of severity of the illness, information required, and anxiety among preoperative ENT patients in Songklanagarind Hospital

Mesuwun P, Naka K.

Ear Nose Throat Clinic, Outpatient Ward, Department of Nursing, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand

Songkla Med J 2008;26(2):185-193

Abstract:

This descriptive study aimed firstly to examine the perception of severity of the illness, the information required before an operation, and the anxiety level of the preoperative outpatients. Secondly we investigated the relationships between the perception of severity of the illness, the information required before an operation, and the level of anxiety.

[@]งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹ว.บ. (การพยาบาลและผดุงครรภ์) คลินิกหูคอจมูก หน่วยผู้ป่วยนอก 1 ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

²พ.ด. (พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

รับต้นฉบับวันที่ 22 สิงหาคม 2550 รับลงตีพิมพ์วันที่ 22 พฤศจิกายน 2550

Purposive sampling was used to recruit the sample at the Ear Nose and Throat outpatient clinic (ENT clinic) in Songklanagarind Hospital during November, 2006 – January, 2007. The 126 patient sample used in this study was aged at least 18 years, had been diagnosed and had an appointment for an operation. The questionnaires asked 1) perception of severity of the illness, 2) information required before operation, 3) anxiety trait, and 4) state of anxiety on the illness.

The results of the study gave an average age of 41 years ($SD=14.31$) and 70% were women. The main operations were the thyroid gland and tonsils. The level of perception of severity of the illness was at the medium level but most perceptions of the severity were severe followed by perceived complications of the disease, potential to die, and whether they had an opportunity to be cured from the disease. The levels for the trait and state of anxiety of the patient were at the medium level. The information that is required before an operation was at high level and showed a need to know the results of the operation was at the highest level followed by self-care after surgery, and self-care to prevent the postoperative complications. The relationships between the perception of severity of the illness and trait anxiety was weak ($r=0.26, p<0.01$), or was the perception of severity of the illness and state anxiety ($r=0.25, p<0.01$), while the relationship between having operative experience and the information required before an operation was weakly negative ($r=-0.33, p<0.01$).

The results of this study showed the essential information required by the ENT outpatients before an operation and will help guide the effective nursing care of ENT patients in the future.

Key words: perception of severity of the illness, information required, anxiety

บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูล และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด หู คอ จมูก ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูล และความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด หู คอ จมูก กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยนอกคลินิกหู คอ จมูก ที่ได้รับการแจ้งผลการวินิจฉัยโรคและได้รับการนัดหมายเพื่อรับการผ่าตัดต่อท่อน้ำ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 – มกราคม พ.ศ. 2550 จำนวน 126 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 4 ชุด คือ 1) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย 2) แบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด 3) แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง 4) แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม 0.73, 0.95, 0.83 และ 0.93 ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 41 ปี ($SD=14.3$) ร้อยละ 70 เป็นเพศหญิง โรคที่ผ่าตัดมากที่สุดคือ โรคต่อมไทรอยด์ รongลงมาคือ ทอนซิล ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง โดยรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมากที่สุด รongลงมาคือ รับรู้ภาวะแทรกซ้อนของโรค โอกาสเสียชีวิต และโอกาสหายด้วยการผ่าตัด ความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ความต้องการข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยในระดับมาก โดยพบว่าข้อที่มีความต้องการมากเป็นอันดับหนึ่งคือ ผลการผ่าตัด รongลงมาคือ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลแฝง ($r=.26, p<.01$) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ($r=.25, p<.01$) ความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ($r=.80, p<.01$) นอกจากนี้พบว่าประสบการณ์ผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการข้อมูล ($r=-.33, p<.01$)

การศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด สามารถนำไปวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย, ความต้องการข้อมูล, ความวิตกกังวล

บทนำ

การเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อความปกติสุขด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และภาวะเศรษฐกิจของบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายลดลงและส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและความวิตกกังวล¹ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยซึ่งประเมินจากอาการภาวะแทรกซ้อน พยากรณ์โรคและการรักษา มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ผู้ป่วยที่รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากจะยิ่งรายงานความวิตกกังวลในระดับสูง เช่น การศึกษาในผู้หญิงที่มีปัญหาปวดประจำเดือน² ผู้ป่วยโรคเอสแอลอี (SLE)³ และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁴

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นขณะเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ เป็นความกลัวที่ไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนถึงสาเหตุที่คุกคาม มีความสัมพันธ์กับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และแสดงออกมาในลักษณะความหวาดหวั่น หวาดกลัว ตึงเครียด กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ และเคลื่อนไหวโดยไม่มีเป้าหมาย⁵ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและความเครียด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ ทำให้แผลหายช้า ปฏิกริยาของภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์⁵ นอกจากนี้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดยังมีผลกระตุ้นให้มีความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด มีผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตใจ และการให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด⁵

การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยผู้ป่วยในการปรับตัวต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น⁵ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดมีอาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อย ต้องการยาลดปวดน้อย และอยู่โรงพยาบาลในระยะเวลาสั้น⁶⁻⁷ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วนในเรื่องการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัยและสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ การให้ข้อมูลมี 2 แบบ คือ การพูดอธิบาย และการให้เอกสาร ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดในรูปเอกสารช่วยลดความวิตกกังวล ลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล และฟื้นหายได้เร็ว⁸ การให้ข้อมูลด้วยการพูดอธิบายจะขาดความชัดเจนแม่นยำและไม่เข้มข้น⁹ และเนื่องจากผู้ที่มีความวิตกกังวลจะสามารถเก็บข้อมูลไว้ได้เพียงร้อยละ 30-40 ของทั้งหมดที่ได้รับ¹⁰ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลถูกประเมินว่าไม่เพียงพอและสับสนไม่ชัดเจน⁵ การให้ข้อมูล

แก่ผู้ป่วยจึงต้องสอดคล้องกับความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วยไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และการได้รับข้อมูลข่าวสารยังเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยต้องได้รับจากผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ¹¹

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยไม่ควรจำกัดเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องที่เจ้าหน้าที่คิดว่าผู้ป่วยควรรู้ แต่ต้องรวมข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการรู้ไว้ด้วย ดังนั้นจึงต้องประเมินความต้องการของผู้ป่วยด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์ของชนิษฐา นาคะ¹² พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอยากรู้ในระดับมากคือ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ ความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เรื่องที่ผู้ป่วยต้องการรู้ในระดับรองลงไปคือ โรคและการผ่าตัด และการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และนรีเวชกรรมของเสงี่ยม ชัยนุ้ย และ ชวนพิศ มีสวัสดิ์¹³ พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูงในเรื่องโรคและการผ่าตัด การใช้ยา และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

คลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ให้บริการผู้ป่วยในภาคใต้ 14 จังหวัด ในจำนวนที่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนในระยะเวลา 3 ปีย้อนหลัง คือ ระหว่างปี พ.ศ. 2545-2547 พบว่ามีผู้ป่วยผ่าตัดหู คอ จมูก เพิ่มจากร้อยละ 5.00 เป็นร้อยละ 5.95 เป็นการผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัย รักษา และบรรเทาอาการ โดยการนัดหมายล่วงหน้า เมื่อถึงวันนัดผู้ป่วยบางส่วนจะไม่มาตามนัด การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการรับรู้การผ่าตัดที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง รวมทั้งการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลซึ่งส่งผลต่อการเจ็บป่วยและไม่มารับการผ่าตัด ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังได้รับทราบผลการวินิจฉัยและได้รับการนัดหมายการผ่าตัดล่วงหน้า และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวเพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบและเนื้อหาของข้อมูลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น และลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระดับความต้องการข้อมูล และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด หู คอ จมูก ตามการรับรู้ของผู้ป่วย

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด และความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด หู คอ จมูก

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นผู้ป่วยนอกคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 - มกราคม พ.ศ. 2550 จำนวน 126 ราย มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลโดยพยาบาลประจำคลินิก เก็บวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับการแจ้งผลการวินิจฉัยโรคและได้รับการนัดหมายผ่าตัด โครงการนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและตรวจสอบความเที่ยงด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช่แบบสอบถาม 4 ชุด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัดที่จะได้รับ และประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับ

2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มี 4 ด้าน คือ ความรุนแรงของอาการ ภาวะแทรกซ้อนของโรค โอกาสเสียชีวิต และโอกาสหายด้วยการผ่าตัด จำนวน 4 ข้อ คำตอบเป็นคะแนน 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 10 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

3. แบบสอบถามความต้องการข้อมูล ดัดแปลงจาก ชนิษฐา นาคะ¹² ประกอบด้วยความต้องการข้อมูลเรื่องโรค และการผ่าตัด การใช้ยา การฟื้นฟูสภาพ และอื่นๆ รวม 28 ข้อ คำตอบเป็นคะแนน 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่ต้องการ และ 10 หมายถึง ต้องการมากที่สุด

4. แบบสอบถามความวิตกกังวลของ Spielberger และคณะ¹⁴ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา คชภักดี, สายฤดี วรภิกษโกศาทร และมาลี นิสสัยสุข¹⁵ มี 2 ชุด คือ

4.1 ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 7 ข้อ คำถามเชิงลบ 13 ข้อ คำตอบเป็นมาตราวัดลิเกิร์ต 4 ระดับ คือ 1 = ไม่มีเลย, 2 = บางครั้ง, 3 = บ่อยๆ และ 4 = เสมอ

4.2 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ คำถามเชิงลบ 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราวัดลิเกิร์ต 4 ระดับ คือ 1 = ไม่มีเลย, 2 = มีบ้างเล็กน้อย, 3 = มีปานกลาง และ 4 = มีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบสอบถามความต้องการข้อมูล แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง และแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้ค่าเท่ากับ .73, .95, .83 และ .93 ตามลำดับ

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูล และความวิตกกังวลของผู้ป่วย

3. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความต้องการข้อมูล และความวิตกกังวล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารวม 126 ราย มีอายุเฉลี่ย 41 ปี มีระดับการศึกษาเฉลี่ย 11 ปี (พิสัย 0-22 ปี, SD=5.03) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.64) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.25) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 30.95) มีรายได้พอใช้ (ร้อยละ 76.19) ใช้สิทธิต่างๆ ในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 84.92) ได้แก่ สิทธิข้าราชการ ประกันสุขภาพ 30 บาท และประกันชีวิต จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมีเพียงร้อยละ 15.08 และส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับคอ (ร้อยละ 75.40) และมีประสบการณ์ผ่าตัดเฉลี่ย 1.36 ครั้ง (พิสัย 0-44 ครั้ง, SD=

4.41) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.59 ไม่มีประสบการณ์ผ่าตัดใด ๆ มาก่อน ที่เหลือร้อยละ 48.41 มีประสบการณ์ผ่าตัด โดยร้อยละ 34.13 เป็นการผ่าตัดที่แตกต่างไปจากเดิม และที่เหลือร้อยละ 14.29 เป็นการผ่าตัดชนิดเดิม ได้แก่ การขยายท่อทางเดินหายใจ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=126)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	37 (29.37)
หญิง	89 (70.64)
สถานภาพสมรส	
โสด	29 (23.02)
คู่	86 (68.25)
หม้าย/หย่า/แยก	11 (8.73)
อาชีพ	
เกษตรกร	39 (30.95)
ค้าขาย/ธุรกิจ	12 (9.52)
รับจ้าง	17 (13.49)
รับราชการ	31 (24.60)
นักศึกษา	11 (8.73)
ข้าราชการบำนาญ	3 (2.38)
ไม่มีอาชีพ/แม่บ้าน	13 (10.32)
รายได้	
เหลือเก็บ	10 (7.94)
พอใช้	96 (76.19)
ไม่พอใช้/มีหนี้สิน	20 (15.87)
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล	
ประกันสุขภาพ 30 บาท	34 (26.98)
สิทธิข้าราชการ	61 (48.41)
จ่ายเอง	19 (15.08)
อื่นๆ (ประกันชีวิตฯ)	12 (9.52)
กลุ่มโรค	
โรคคอ	95 (75.40)
โรคหู	8 (6.35)
โรคจมูก	23 (18.25)
ประสบการณ์ผ่าตัด	
ไม่มี	65 (51.60)
มี	61 (48.40)
ผ่าตัดชนิดเดิม	18 (14.29)
ผ่าตัดชนิดใหม่	43 (34.13)

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และความต้องการข้อมูล (ตารางที่ 2)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลางที่ 3.53 โดยรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมากที่สุด) รองลงมาคือรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของโรค โอกาสเสียชีวิต และโอกาสหายด้วยการผ่าตัด

ความวิตกกังวลแฝงของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลางที่ 41.63

ความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลางที่ 41.56

ความต้องการข้อมูลโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุดที่ 240.42 โดยพบว่าข้อที่มีความต้องการมากเป็นอันดับหนึ่งคือผลการผ่าตัด รองลงมาคือ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด (ค่าเฉลี่ย 9.40, 9.33, 9.20, 9.08 และ 9.07 ตามลำดับ) และข้อที่มีความต้องการน้อยที่สุดคือ ความรู้สึกขณะผ่าตัด รองลงมาคือ ค่ารักษาพยาบาล ชื่อโรค วิธีการผ่าตัด และกฎระเบียบของโรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย 7.80, 7.94, 8.02, 8.10 และ 8.28 ตามลำดับ)

3. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัด ความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และความต้องการข้อมูล (ตารางที่ 3) พบว่า

3.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงมีแนวโน้มที่จะรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสูงและมีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงตามไปด้วย

3.2 ความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลขณะเผชิญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลแฝงมากจะมีความวิตกกังวล ขณะเผชิญมากตามไปด้วย

นอกจากนี้พบว่าประสบการณ์ผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ผ่าตัดมากจะมีความต้องการข้อมูลน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ผ่าตัดน้อย

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสูงสุดต่ำสุด ของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และความต้องการข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง (N=126)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าสูงสุด ต่ำสุด	ระดับ
การรับรู้ความรุนแรง ^๑	3.53	2.08	0-10	ปานกลาง
อาการ	4.77	2.96	0-10	ปานกลาง
ภาวะแทรกซ้อน	4.74	3.26	0-10	ปานกลาง
โอกาสเสียชีวิต	2.79	3.29	0-10	น้อย
โอกาสหายด้วยการผ่าตัด	1.83	2.70	0-10	น้อย
ความวิตกกังวลแฝง	41.63	8.72	26-74	ปานกลาง
ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	41.56	10.50	21-76	ปานกลาง
ความต้องการข้อมูล	240.42	40.21	52-280	มาก

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ประสบการณ์ผ่าตัด ความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และความต้องการข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง (N=126)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. การรับรู้ความรุนแรง ^๑	1				
2. ประสบการณ์ผ่าตัด	.02	1			
3. ความวิตกกังวลแฝง	.26**	-.12	1		
4. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	.25**	-.07	.80**	1	
5. ความต้องการข้อมูล	.05	-.33**	.10	.05	1

**P<.01

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการรับรู้อาการเจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางที่เหลือคือ ด้านการรับรู้โอกาสเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยและด้านการรับรู้โอกาสรักษาหายด้วยการผ่าตัดมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ มีอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนน้อย และไม่ทำให้เสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง โดยโรคมะเร็งที่พบมีเพียงร้อยละ 11.11 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของจันทิรา จิตต์วิบูลย์¹⁶ เกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามแนวทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวพบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคร้ายแรงเป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายได้และอยู่ใกล้ชีวิตกับความตาย

และการศึกษาของสุริพร ชุมแดง¹⁷ เรื่องการดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งในระดับมากทั้งอาการของโรค ภาวะแทรกซ้อน การพยากรณ์โรค และการรักษา

ความวิตกกังวลแฝงโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าความวิตกกังวลแฝงของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง^{12, 18} แต่สูงกว่าผลการศึกษาในกลุ่มคนทั่วไปที่ศึกษาในนักศึกษาและผู้ใหญ่วัยทำงาน ซึ่งพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ^{14, 19} จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่าความวิตกกังวลแฝงในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาครั้งนี้และกลุ่มผู้ป่วยอื่นมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกันแต่สูงกว่าค่าเฉลี่ยในคนปกติทั่วไปเล็กน้อย ซึ่งอาจเป็นข้อสังเกตได้ว่าผู้ที่เจ็บป่วยมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลแฝงสูงกว่าคนทั่วไปที่ไม่เจ็บป่วย

ความวิตกกังวลขณะเผชิญโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้

มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยน้อย และมีโอกาสรักษาหายด้วยการผ่าตัดได้มาก จึงทำให้มีความวิตกกังวลขณะเผชิญในระดับปานกลางที่ค่อนข้างต่ำ ดังกล่าว สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญในกลุ่มผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง^{12, 18} แต่สูงกว่าผลการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาและผู้ใหญ่ทำงานซึ่งพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ^{14, 19} แสดงว่าการเจ็บป่วยและการผ่าตัดที่จะได้รับเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามต่อสวัสดิภาพและความมั่นคงปลอดภัยของตนมากกว่าสถานการณ์ปกติทั่วไปจึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงกว่า²⁰

ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เนื่องจากข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นหรือปัจจัยพื้นฐานที่ผู้ป่วยนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจ²¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนในระยะก่อนผ่าตัด ข้อมูลจะช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด และช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น²²⁻²³ นอกจากนี้การเจ็บป่วยและการผ่าตัดเป็นความรู้เฉพาะสาขาการแพทย์ที่คนทั่วไปไม่มีความรู้แต่ต้องเกี่ยวข้องและเป็นผู้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรง ผู้ป่วยที่จะผ่าตัดจึงยังมีความต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษามากยิ่งขึ้น ผลการวิจัยจึงพบว่าข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการมากที่สุด 5 อันดับแรก เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ผลการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดตามลำดับ และพบว่าข้อที่มีความต้องการน้อยที่สุด 5 อันดับสุดท้ายเป็นข้อมูลที่มีผลต่อการเจ็บป่วยหรือการผ่าตัดน้อยมาก ได้แก่ ความรู้สึกขณะผ่าตัด ค่ารักษาพยาบาล ชื่อโรค วิธีการผ่าตัด และกฎระเบียบของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของชนิษฐา นาคะ¹² ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับมาก โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และมีความต้องการน้อยในเรื่องที่ไม่มีผลต่อการเจ็บป่วยและผู้ป่วยไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้สึกขณะผ่าตัด วิธีการผ่าตัด ชนิดและเหตุผลในการใช้ยา และวิธีระงับความรู้สึกที่ได้รับขณะผ่าตัด เป็นต้น

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ เนื่องจากความรุนแรง และไม่แน่นอนของเหตุการณ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล²⁴ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วย

ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพบว่าผู้ป่วยที่รายงานความรุนแรงของการเจ็บป่วยสูงมีระดับความวิตกกังวลสูง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นตัวทำนายระดับความวิตกกังวลที่เฉพาะกับเหตุการณ์อย่างมีนัยสำคัญ⁴ การศึกษาในผู้ป่วย SLE พบว่าความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความโกรธ มีความสัมพันธ์และเป็นตัวกระตุ้นให้อาการเจ็บป่วยในผู้ป่วย SLE รุนแรงขึ้น³ การศึกษาในผู้หญิงที่มีอาการปวดประจำเดือน จำนวน 278 ราย พบว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการรายงานความรุนแรงของอาการปวดประจำเดือนย้อนหลัง (retrospective) โดยผู้ที่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง จะรายงานอาการปวดประจำเดือนสูงด้วย² และการศึกษาของบุษรา ราชรักษ์²⁵ ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้ดีที่สุด

ประสบการณ์ผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ผ่าตัดจะได้รับการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัด มาแล้วตามจำนวนครั้งของการผ่าตัดที่ได้รับ ทั้งข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเฉพาะโรค ทำให้มีความรู้ในเรื่องดังกล่าวมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์ผ่าตัด จึงมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์ผ่าตัดหรือมีประสบการณ์ผ่าตัดน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา นาคะ¹² ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์ผ่าตัดมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ผ่าตัด

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด เนื่องจากข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นหรือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ผู้ป่วยนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจ²¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนสูง เช่น ในระยะก่อนผ่าตัด ดังนั้นไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและมีความวิตกกังวลขณะเผชิญมากหรือน้อยแตกต่างกันก็จะมีความต้องการข้อมูลในระดับมาก ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา นาคะ¹² ในผู้ป่วยผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์ จำนวน 120 ราย โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง และความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberg และคณะ²⁶ และแบบประเมินความต้องการข้อมูลที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากผลการวิจัย

ของ Dodge²⁷ และ Pender²⁸ พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัดในระดับปานกลาง แต่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูง ความวิตกกังวลแฝง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูล ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของวาสนา วงศ์ขันทอง²⁹ ในผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก และข้อมูลที่ให้ควรครอบคลุมข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการในระดับมาก ได้แก่ ผลการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด
2. ควรศึกษาความต้องการข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งทางหู คอ จมูก
3. ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย
4. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการสอนสุขศึกษาในคลินิกโดยใช้การสอนรูปแบบต่างๆ
5. ควรมีการติดตาม หรือเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมสุขอนามัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย หลังจากพยาบาลให้ความรู้ คำแนะนำ

สรุป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความวิตกกังวลในระดับปานกลาง แต่มีความต้องการข้อมูลในระดับมาก โดยพบว่าข้อที่มีความต้องการมาก 5 อันดับแรก เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรงคือ ผลการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลแฝง ($r = .26, p < .01$) และความวิตกกังวลขณะเผชิญ ($r = .25, p < .01$) ความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ($r = .80, p < .01$)

นอกจากนี้พบว่าประสบการณ์ผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการข้อมูล ($r = -.33, p < .01$) การศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดสามารถนำไปวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Dean PR. Personal Perception of Chronic Illness. Home Care Provider 1999;4:54-5.
2. Sigmon ST, Rohan KJ, Boulard NE, Dorhofer DM, Whitcomb SR. Menstrual reactivity: the role of gender-specificity, anxiety sensitivity, and somatic concerns in self-reported menstrual distress. Sex roles [serial on the Internet]. 2000 [cited 2006 May 22];43:[about 21p.]. Available form: <http://www.Springerlink.com>
3. Adams SG, Dammers PM, Saia TL, Brantley PJ, Gaydos GR. Stress, depression, and anxiety predict average symptom severity and daily symptom fluctuation in systematic lupus erythematosus. J Behav Med [serial on the Internet]. 1994 [cited 2006 May 22];17:[about 18 p.]. Available form: <http://www.Springerlink.com>
4. Sutton K, Cooper M, Pimm J, Wallace L. Anxiety in chronic obstructive pulmonary disease: the role of illness specific catastrophic thoughts. Cognit Ther Res [serial on the Internet]. 1999 [cited 2006 May 22];23:[about 13 p.]. Available form: <http://www.Springerlink.com>
5. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. Nurs Crit Care [serial on the Internet]. 2004 [cited 2005 May 24];9:[about 8 p.]. Available form: <http://www.blackwell-synergy.com>
6. Cupples SA. Effect of timing and reinforcement of pre-operative education on knowledge and recovery of patients having coronary artery bypass graft. Heart Lung 1991; 20:654-60.
7. Martin D. Pre-operative visits to reduce patient anxiety: a study. Nurs Stand 1996;10:33-8.
8. Johnson G. Pre-op visit: why they don't happen. Nursing 1990;4:24-7.
9. Glasper A. Developing family information leaflets. Nurs Stand 1992;6:24-7

10. Summers R. Should patients be told more? *Nurs Mirror* 1984;159:16-20.
11. วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. สิทธิผู้ป่วย [homepage on the Internet]. [update 28 สิงหาคม 2545; เข้าถึง 31 พฤษภาคม 2549]. สืบค้นจาก: <http://www.elib-online.com>
12. ชนิษฐา นาคะ. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
13. เสี่ยม ชัยนุ้ย, ชวนพิศ มีสวัสดิ์. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรงพยาบาลพัทลุง. *วารสารห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย* 2543;5:103-9.
14. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI manual*. California: Consulting Psychologists Press; 1970.
15. นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกคาทร, มาลี นิสสัยสุข. แบบประเมินความวิตกกังวล (อัตสำเนา). 2526.
16. จันทิรา จิตต์วิบูลย์. การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2543.
17. สุรีพร ชุมแดง. การดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.
18. Vingerhoets G. Perioperative anxiety and depression in open-heart surgery. *Psychosomatics* 1998;39:30-7.
19. นันทินี ศุภมงคล. ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมและกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิตนักศึกษา [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
20. Spielberger CD. State-trait anxiety inventory for adults. [homepage on the Internet]. Menlo Park: Mind Garden; C 2005, 2006 [cited 2007 Jan 25]. Available form: <http://www.mindgarden.com/products/staisad.htm>
21. Bilodeau BA, Degner LF. Information needs, sources of information, and decisional roles in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1996;23:691-6.
22. Cameron P, Corbett K, Duncan C, Hegyi K, Maxwell H, Burton PF. Information needs of hospital patients: a survey of satisfaction levels in a large city hospital. *J Doc* 1994; 50:10-23.
23. Marteau TM, Kidd J, Cuddeford I, Walker P. Reducing anxiety to women referred for colonoscopy using an information booklet. *Br J Psychol* 1996;1:181-9.
24. Spielberger CD. *Anxiety and Behavior*. New York: Academic press; 1966.
25. บุษรา ราชรักษ์. สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.
26. Spielberger CD. The measurement of state and trait anxiety: conceptual and methodological issues. In: Levil L, editor. *Emotion: their parameter and measurement*. New York: Raven Press; 1975;713-25.
27. Dodge JS. Factors related to patients, perception of their cognitive needs. *Nurs Res* 1969;18:502-13.
28. Pender NJ. Patient identification of health information received during hospitalization. *Nurs Res* 1974;23: 262-7.
29. วาสนา วงศ์ชั้นทอง. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด. เชียงใหม่: ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.