

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง*

วรรณวิศา ปะเสทะกัง พย.บ.**

นิชภัทร พุฒิคามิน ปร.ด. (การพยาบาล)***

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง

การออกแบบวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่แพทย์นัดมาผ่าตัดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตลยกรรมระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระหว่างเดือนเมษายนถึงกันยายน พ.ศ. 2563 คัดเลือกและสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 27 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์และคู่มือเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดเนื้องอกสมองโดยประยุกต์ทฤษฎีการปรับตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินความวิตกกังวล(State-Trait Anxiety Inventory) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Analysis of Covariance (ANCOVA)

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) และหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงานเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง

วารสารสภาการพยาบาล 2564; 36(4) 80-93

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม / ทฤษฎีการปรับตนเอง / ผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง / ความวิตกกังวล

วันที่ได้รับ 28 เม.ย. 64 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 27 ส.ค. 64 วันที่รับตีพิมพ์ 4 ก.ย. 64

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาบันราชภัฏ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น;

E-mail: thithi@kku.ac.th

Effect of Preparatory Information Provision Program on Anxiety in the Patients Undergoing Brain Tumor Surgery*

Wanwisa Pasethakung, B.N.S.**

Nichapatr Phutthikhamin, Ph.D. (Nursing)***

Abstract:

Objective: To test the effect of the preparatory information provision program on anxiety in patients undergoing brain tumor surgery.

Design: Two-group quasi-experimental research with a pre-test and a post-test.

Methodology: The samples consisted of patients undergoing brain tumor surgery and admitted to a neurosurgery ward of a tertiary hospital between April and September 2020. The samples were randomly assigned to the control and experimental groups, 27 cases per group. The experimental group received the Preparatory Information Provision Program developed by the researchers, including a video and booklet by applying self-regulation theory as a conceptual framework. And the control group received routine nursing care. Data collection tools included the personal and health information record form, the State-Trait Anxiety Inventory. The personal and health data were analyzed using descriptive statistics. Compare the anxiety scores using the Wilcoxon Signed Ranks Test and Analysis of Covariance (ANCOVA).

Results: The results showed that the anxiety scores were statistically significantly lower after receiving the Preparatory Information Provision Program ($p=.001$). The anxiety scores of the treatment group were statistically significantly lower than the control group ($p=0.000$).

Recommendations: Nurses can apply the Preparatory Information Provision Program to fit with institutional context to reduce patients' preoperative anxiety. Future research can examine the effects of the program on postoperative and pre-discharge anxiety.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2021; 36(4) 80-93

Keywords: preparatory information provision program / self-regulation theory / patients undergoing brain tumor surgery / anxiety

Received 28 April 2021, Revised 27 August 2021, Accepted 4 September 2021

*Master degree thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Student in Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Corresponding Author: Assistant professor, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University;

E-mail: thithi@kku.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื้องอกสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและส่งผลให้กลายเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังตามมา หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาไม่ทันท่วงทีอาจส่งผลให้ผู้ป่วยทุพพลภาพหรือถึงขั้นเสียชีวิตได้ การผ่าตัดเนื้องอกสมองถึงแม้เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพแต่เป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง เพราะสมองเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย การผ่าตัดสมองอาจส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาจเกิดความพิการหรือถึงขั้นเสียชีวิตได้ ส่วนผลกระทบต่อด้านจิตใจพบการเกิดความวิตกกังวลสูงมากในระยะก่อนผ่าตัด โดยพบสูงถึงร้อยละ 89 และความวิตกกังวลในระดับสูงพบได้ร้อยละ 55³ อีกทั้งพยาธิสภาพและตำแหน่งการเกิดเนื้องอกสมองยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้⁴⁻⁵ หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงร่างกายจะตอบสนองโดยการปล่อยฮอร์โมน catecholamines และฮอร์โมน corticosteroids เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น ทำให้อัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้ควบคุมตนเองไม่ได้และแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาได้แก่ เheberเฉย ไม่ให้ความร่วมมือ กระสับกระส่าย คลื่นไส้อาเจียน เหงื่อออกมาก เป็นต้น⁶ ผลการตอบสนองเหล่านี้ทำให้อาการปวดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นจนอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด เช่น การหายใจหรือการไออย่างมีประสิทธิภาพและการฟื้นฟูสภาพ⁷ ส่งผลให้ระยเวลานานการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น มีอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น^{5,8} นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และกลัวการผ่าตัดมากที่สุด⁵

จากประสบการณ์การทำงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมองที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หลากหลาย

ตามประสบการณ์การปฏิบัติงานและยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน คู่มือที่มีอยู่มีเนื้อหาไม่ครอบคลุม การให้ข้อมูลเป็นการให้ด้วยวาจาเป็นส่วนใหญ่ มีการให้ข้อมูลเฉพาะในเรื่องการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย แต่ไม่มีการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ผู้ป่วยบางรายมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากจนกระทั่งนอนไม่หลับ ผู้ป่วยบางรายมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงและทำให้แพทย์ต้องงดหรือเลื่อนการผ่าตัดออกไป จากการสอบถามข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 10 รายในระยะก่อนผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงสูงร้อยละ 70 ประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้แก่ กลัวการเสียชีวิต กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และวิตกกังวลเรื่องส่วนตัว ทั้งนี้ พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม หากพยาบาลมีรูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเนื้องอกสมองที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัดมากขึ้น สามารถควบคุมตนเองได้เมื่อเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ส่งผลทำให้ความวิตกกังวลลดลงและช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังผ่าตัด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลในระดับสูง⁹ แสดงให้เห็นว่าระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้⁹⁻¹⁰

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง ของ Leventhal และ Johnson¹³ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทฤษฎีดังกล่าวมีความเหมาะสมในการนำมาพัฒนาโปรแกรมช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย¹¹⁻¹² เนื่องจากโมทัศน์

หลักของทฤษฎีนี้ คือ ความรู้ความเข้าใจ(schema)¹³ ซึ่งหากผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเนื้องอกสมองได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ (schema) เกิดภาพรวมความคิด (mental image) เมื่อเผชิญกับการผ่าตัดจริงผู้ป่วยจะสามารถควบคุมตนเองได้และเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีหลายรูปแบบ ได้แก่ แผ่นพับ ภาพพลิก คู่มือ power point โทรทัศน์ ipad สื่อวีดิทัศน์ การสอนสาธิต เป็นต้น สำหรับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมด้วยสื่อวีดิทัศน์ จัดเป็นการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดที่เหมาะสม¹⁴ เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด สะดวกในการใช้งาน สามารถแสดงให้เห็นขั้นตอนต่างๆ อย่างละเอียด มีประสิทธิภาพในการสื่อสารสูง คือ มีทั้งภาพ สี และเสียง สามารถฉายซ้ำได้ มีเนื้อหาครบถ้วนคงที่ ซึ่งจะส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้สามารถดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยได้ดี และเกิดมโนทัศน์ที่สมบูรณ์ได้¹⁵⁻¹⁶ ส่วนคู่มือเป็นสื่อที่ใช้งานได้ง่าย สะดวก และผู้ป่วยสามารถเก็บไว้ใช้ศึกษาเพิ่มเติมได้ เนื่องจากผู้ป่วยเนื้องอกสมองส่วนใหญ่มีความผิดปกติด้านระบบประสาท อาจจำเป็นต้องใช้สื่อการให้ข้อมูลที่หลากหลายหรือเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ป่วย อีกทั้งสื่อวีดิทัศน์และคู่มือเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทภายในหน่วยงาน ผู้วิจัยจึงได้เลือกรูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้วยสื่อวีดิทัศน์และคู่มือ

จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดด้วยสื่อวีดิทัศน์และคู่มือสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ แต่การศึกษาที่ผ่านมายังพบข้อจำกัด คือ

รูปแบบการให้ข้อมูลด้วยสื่อวีดิทัศน์และคู่มือมีการศึกษาจำกัดเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง¹⁷⁻¹⁸ ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นมีความวิตกกังวลที่แตกต่างจากตัวผู้ป่วย สำหรับการศึกษากลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองโดยตรงนั้นพบรูปแบบการให้ข้อมูลด้วยแผ่นพลิกเท่านั้น¹⁹ ยังไม่พบการศึกษาการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมด้วยรูปแบบสื่อวีดิทัศน์และคู่มือ ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดเนื้องอกสมองโดยใช้รูปแบบสื่อวีดิทัศน์และคู่มือเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson¹³ เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดหรือสถานการณ์ที่คุกคาม สามารถควบคุมตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เกิดภาพรวมความคิด สามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้องชัดเจนปราศจากความคลุมเครือ และสามารถควบคุมตนเองและควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ รวมทั้งสามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางด้านจิตใจ ทำให้มีความวิตกกังวลลดลง อีกทั้งเป็นการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson¹³ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมอธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่ถูกต้องเหมาะสม ตรงกับความเป็นจริง เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย มโนทัศน์หลักของทฤษฎี คือ ความรู้ความเข้าใจ(schema) เชื่อว่าหากบุคคลได้รับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คือการผ่าตัดเนื้องอกสมอง จะทำให้

บุคคลเกิดภาพรวมความคิด(mental image) เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น มีการจัดเก็บเป็นแบบแผนความรู้ความเข้าใจ เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือการผ่าตัด บุคคลจะสามารถแปลความหมายได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้เมื่อมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (cognitive control) รวมทั้งช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม¹³ ทำให้ลดความวิตกกังวลลงได้ กิจกรรมของโปรแกรมที่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal & Johnson(1983) ประกอบด้วยการให้ข้อมูลดังนี้ คือ 1)ข้อมูลบ่งบอรายละเอียดการผ่าตัด (procedural information) 2)ข้อมูลอธิบายความรู้สึก (sensory information) 3)ข้อมูลอธิบายพฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติ (behavioral information) และ 4)ข้อมูลวิธีการเผชิญความเครียด (coping information)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม
2. คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group

quasi-experimental research with a pre-test and a post-test)

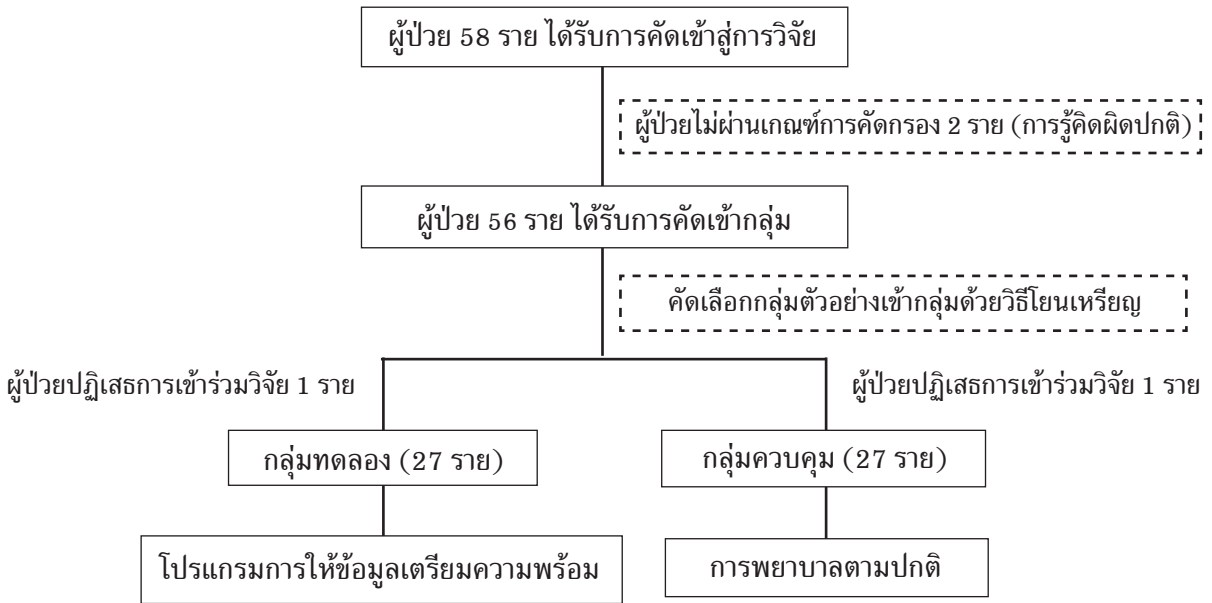
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองทั้งชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิที่แพทย์นัดมาผ่าตัด และเข้านอนรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระหว่างเดือนเมษายนถึงกันยายน พ.ศ. 2563 มีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (inclusion criteria) ดังนี้ 1)อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2)ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองชนิด craniotomy หรือ craniectomy tumor removal 3)สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย 4)การรู้คิดปกติ คัดกรองโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองอย่างง่าย (Abbreviated Mental Test - AMT) ตอบถูกต้องตั้งแต่ 8 ข้อขึ้นไป²⁰ โดยคัดกรองผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง มีพยาธินาฬิกาที่สมองอาจส่งผลต่อการรู้คิดของผู้ป่วย จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มด้วยวิธีโยนเหรียญ กำหนดให้กลุ่มที่เข้ารับการรักษาวินิจฉัยเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มที่เข้ารับการรักษาวินิจฉัยเข้ากลุ่มทดลอง เพื่อเป็นการป้องกันการปนเปื้อนการทดลอง (treatment contamination) ผู้ป่วยที่ถูกงดหรือเลื่อนการผ่าตัดเสียชีวิต สับสนหรือไม่รู้สึกตัว จะถูกถอนออกจากการวิจัย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบกรณีดังกล่าว

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1 คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยอ้างอิงงานจากวิจัยที่คล้ายคลึงกัน เรื่อง ผลการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท¹⁹ ได้เท่ากับ 0.7 กำหนดอำนาจการทดสอบที่ระดับ 0.80 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 27 ราย และกลุ่มควบคุม 27 ราย

การคัดเลือกและสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัยทั้งหมด
58 ราย ผู้ป่วย 2 รายมีการรู้คิดผิดปกติ และผู้ป่วย 2 ราย

ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ที่เข้าสู่การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 54 ราย แบ่งเป็น
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 27 ราย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ และแบบประเมินความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory) ฉบับแปลไทยโดยธাত্রี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา²⁰ ประเมินความวิตกกังวล 2 ด้าน คือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Scale) จำนวน 20 ข้อ และความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety Scale) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยแต่ละแบบประเมินแบ่งเป็นความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ และความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ คะแนนรวมแต่ละแบบประเมิน

อยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลมาก จากการศึกษาของ Goebel และ Mehdom²¹ ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองพบว่า ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคของแบบประเมินเท่ากับ 0.94

2. เครื่องมือคัดกรองการรู้คิด คือ แบบทดสอบสภาพสมองอย่างง่าย Abbreviated Mental Test²² ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ประเมินความจำระยะสั้นและระยะยาว การรับรู้เรื่องบุคคล เวลาและสถานที่ ความรู้ และความตั้งใจ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ตอบถูกตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปถือว่า การรู้คิดปกติ

3. โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์และคู่มือเตรียมความพร้อมการผ่าตัดเนื้องอกสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง ของ Leventhal และ Johnson¹³ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนกลับบ้าน เพราะถึงแม้ผู้วิจัยสนใจประเมินเฉพาะความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด แต่การให้ข้อมูลจำเป็นต้องให้ข้อมูลครอบคลุมถึงระยะหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาพรวมความคิด สามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้องชัดเจน สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ทำให้ช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้ ซึ่งการให้ข้อมูลประกอบด้วย 1) ข้อมูลบ่งบอรายละเอียดการผ่าตัด (procedural information) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคเนื้องอกสมองและรายละเอียดการผ่าตัดช่วยให้เข้าใจและลดการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในทีมสุขภาพ เกิดความรู้สึกปลอดภัย ลดอาการตื่นกลัวการผ่าตัด 2) ข้อมูลอธิบายความรู้สึก (sensory information) เป็นข้อมูลอธิบายความรู้สึกต่อการผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญผ่านประสาทสัมผัส รวมถึงความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจได้ 3) ข้อมูลอธิบายพฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติ (behavioral information) เป็นข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน กิจกรรมที่ต้องหลีกเลี่ยง การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ การดูแลตนเอง การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด เป็นต้น ข้อมูลนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมขณะเผชิญเหตุการณ์ได้อย่าง

เหมาะสม และ 4) ข้อมูลวิธีการเผชิญความเครียด (coping information) เช่น การทำสมาธิ สวดมนต์ การทำจิตใจให้สงบ ช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดความวิตกกังวลและนอนหลับได้ในคืนก่อนผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์และคู่มือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการพิเศษเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง 2 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือ (reliability) ในการศึกษาผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.88 ซึ่งค่าที่ได้ผ่านเกณฑ์การยอมรับคือ 0.7 ขึ้นไป

3. การตรวจสอบความเป็นไปได้ของเครื่องมือ (feasibility) ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์และคู่มือไปตรวจสอบความเป็นไปได้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ นักโสตทัศนอุปกรณ์เชี่ยวชาญการจัดทำสื่อ 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง 1 ท่าน ประเมินความเป็นไปได้และความครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ ลำดับขั้นตอนการนำเสนอ ภาษา ท่าทาง รูปภาพ เสียงบรรยายระยะเวลา รูปแบบและภาพรวมการนำเสนอ ผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหา ภาษา และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE631020 ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย การเคารพสิทธิ์และพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอน ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ ความเสี่ยง และการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น อาทิ เช่น หากกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลมากขึ้นขณะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยรายงานพยาบาลประจำ หอผู้ป่วยทันทีเพื่อประเมินสัญญาณชีพ และรายงานแพทย์ให้การช่วยเหลือต่อไป การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอลถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูล

ทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการวิจัยและขั้นดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าสู่การวิจัย (inclusion criteria) จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยวิธีการโยนเหรียญ
2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเข้าวันผ่าตัด โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังภาพที่ 2

กลุ่มควบคุม
ครั้งที่ 1 วันนอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด (20 นาที)
- ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ ขออนุญาตให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย
- ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพ
- ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 1 (40 ข้อ)
- ให้การพยาบาลตามปกติ
ครั้งที่ 2 เข้าวันผ่าตัด (30 นาที)
- ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 2 (20 ข้อ)
- ให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด โดยให้กลุ่มตัวอย่างดูสื่อวีดิทัศน์ความยาว 17 นาที พร้อมทั้งแจกคู่มือการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดเนื่องอกสมอง พร้อมทั้งอธิบายให้ข้อมูลเพิ่มเติม
- เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยให้กำลังใจ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

กลุ่มทดลอง
ครั้งที่ 1 วันนอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด (45 นาที)
- ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ ขออนุญาตให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย
- ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพ
- ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 1 (40 ข้อ)
- ผู้วิจัยให้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดเนื่องอกสมอง คือ ให้กลุ่มตัวอย่างดูสื่อวีดิทัศน์ความยาว 17 นาที และแจกคู่มือเตรียมความพร้อม โดยขณะที่กลุ่มตัวอย่างดูสื่อวีดิทัศน์ผู้วิจัยคอยอยู่ข้างๆ พร้อมทั้งคอยอธิบายให้ข้อมูลเพิ่มเติม หากกลุ่มตัวอย่างเกิดข้อสงสัยซักถาม
ครั้งที่ 2 เข้าวันผ่าตัด (20 นาที)
- ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความวิตกกังวล ครั้งที่ 2 (20 ข้อ)
- เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยให้กำลังใจ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

ภาพที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 26 ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา
 2. วิเคราะห์ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐฐานะ ประสบการณ์การผ่าตัดครั้งก่อน โรคประจำตัว ตำแหน่งที่เกิดเนื้องอก ความผิดปกติที่เกิดจากเนื้องอกสมอง การได้รับข้อมูล/ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การได้รับยานอนหลับคืนก่อนวันผ่าตัด และคะแนนความวิตกกังวลแฝงด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test และ Levene's Test for Equality of Variance
 3. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test
 4. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ ANCOVA โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมเพื่อกำจัดอิทธิพลของคะแนน
- ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง(n=54)

pre-test และ คะแนนความวิตกกังวลแบบแฝง (trait anxiety) ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 46.15 ปี (SD=9.81) ส่วนกลุ่มทดลองเท่ากับ 46.33ปี(SD=10.10) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ เศรษฐฐานะพอใช้ ไม่มีเงินเก็บ มีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติที่เกิดจากเนื้องอกสมองกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 82.48 กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 88.89 ส่วนใหญ่เกิดเนื้องอกสมองตำแหน่งข้างขวา ไม่เคยได้รับข้อมูลหรือความรู้การผ่าตัดเนื้องอกสมองมาก่อน และไม่ได้รับยานอนหลับคืนก่อนวันผ่าตัด ทั้งนี้จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 1

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม(n=27)		กลุ่มทดลอง(n=27)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ	$\bar{X}=46.15$	SD=9.81	$\bar{X}=46.33$	SD=10.10	.473***
เพศ					.095*
ชาย	8	29.63	4	14.82	
หญิง	19	70.37	23	85.18	
สถานภาพสมรส					.105**
คู่	21	77.77	24	88.89	
โสด	4	14.82	0	0.00	
หย่า	2	7.41	2	7.41	
หม้าย	0	0.00	1	3.70	
ระดับการศึกษาสูงสุด					.325**
ประถมศึกษา	17	62.95	14	51.85	
มัธยมศึกษา	7	25.94	10	37.04	
ปวช./ปวส.	0	0.00	1	3.70	
ปริญญาตรี	3	11.11	2	7.4	

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง(n=54) (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม(n=27)		กลุ่มทดลอง(n=27)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ					.109**
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	51.85	16	59.26	
เกษตรกรกรรม	7	25.94	4	14.82	
รับจ้างทั่วไป	1	3.70	5	18.52	
รับราชการ	1	3.70	1	3.70	
ค้าขาย	3	11.11	0	0.00	
ช่างซ่อม	1	3.70	1	3.70	
เศรษฐกิจฐานะ					.386**
พอใช้ ไม่มีเงินเก็บ	16	59.26	19	70.37	
พอใช้ มีเงินเก็บ	5	18.52	5	18.52	
ไม่พอใช้ ไม่มีหนี้สิน	3	11.11	1	3.70	
ไม่พอใช้ มีหนี้สิน	3	11.11	2	7.41	
ประสบการณ์การผ่าตัดครั้งก่อน					.201*
เคย	18	66.67	15	55.54	
ไม่เคย	9	33.33	12	44.46	
โรคประจำตัว					.190*
มี	10	37.05	7	25.94	
ไม่มี	17	62.95	20	74.06	
ตำแหน่ง/ข้างที่เกิดเนื้องอกสมอง					.431*
ขวา	13	48.15	15	55.54	
ซ้าย	8	29.63	7	25.94	
อื่นๆ (ด้านหลัง, ฐานสมอง, โพรงสมอง, ต่อมใต้สมอง)	6	22.22	5	18.52	
ความผิดปกติจากเนื้องอกสมอง					.352**
มี	22	82.48	24	88.89	
ไม่มี	5	18.52	3	11.11	
เคยได้รับข้อมูล/ความรู้มาก่อน					.175**
เคย	4	14.82	1	3.70	
ไม่เคย	23	85.18	26	96.30	
การได้รับยานอนหลับคืนก่อนวันผ่าตัด					.755**
ได้รับ	1	3.70	1	3.70	
ไม่ได้รับ	26	96.30	26	96.30	
ความวิตกกังวลแบบแฝง	$\bar{X}=37.81$	$SD=8.76$	$\bar{X}=37.41$	$SD=8.85$.433***

* Chi-square test, ** Fisher's exact test, *** Levene's Test for Equality of Variance

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

2.1 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ($n=54$)

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		P-value
	Median	IQR	Median	IQR	
กลุ่มควบคุม	35.00	21.00	38.44	10.47	.108
	Mean	SD	Mean	SD	
กลุ่มทดลอง	41.52	8.70	32.48	9.21	.001*

* $p<.05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ ANCOVA ($n=54$)

กลุ่ม	Mean	SD	Unadjusted mean difference	Adjusted mean difference	95 %CI	P-value
กลุ่มควบคุม	38.44	10.47	Ref	Ref	Ref	
กลุ่มทดลอง	32.48	9.21	5.96	6.63	3.15-10.12	.000*

* Adjusted mean difference for baseline measurements pre-test and trait anxiety

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) จึงเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์และคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson¹³ และการทบทวนวรรณกรรม

2.2 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เพื่อกำจัดอิทธิพลของคะแนน pre-test และคะแนนความวิตกกังวลแบบแฝง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) ดังตารางที่ 3

ที่เกี่ยวข้อง มีประสิทธิภาพในการช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกิดภาพรวมความคิด (mental image) และแปลความหมายของเหตุการณ์การผ่าตัดที่ต้องเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ก่อนผ่าตัดได้ ส่งผลให้ลดความวิตกกังวลได้จริง ถึงแม้ที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกสมองโดยตรง แต่ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับผู้ป่วย

กลุ่มอื่นที่ใช้เครื่องมือการวิจัยและกรอบแนวคิดคล้ายคลึงกัน คือ Soydas¹⁴ ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้วยสื่อวีดิทัศน์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 70 ราย พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดด้วยวีดิทัศน์มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของหยาดพิรุณ กุณโสง¹² ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 44 ราย พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่ประกอบด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่มีรายละเอียดเนื้อหาชัดเจนตรงกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เป็นการสื่อสารที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยภาพ สี และเสียง ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ชัดเจนและเกิดมโนทัศน์ที่สมบูรณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด¹⁵⁻¹⁶ และคู่มือซึ่งเป็นสื่อที่ใช้งานได้ง่าย สะดวกสามารถทบทวนความรู้เพิ่มเติมภายหลังได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอุ่นใจ ปลอดภัย และมั่นใจ พร้อมเผชิญกับการผ่าตัดและควบคุมสถานการณ์ ทำให้สามารถควบคุมอารมณ์และลดความวิตกกังวลลงได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ โดยสื่อวีดิทัศน์และคู่มือมีเนื้อหาครอบคลุมข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ 1) ข้อมูลอธิบายรายละเอียดการผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยเกิดภาพรวม

ความคิด แปลความหมายของเหตุการณ์ได้ถูกต้องชัดเจน สามารถลดการตอบสนองทางอารมณ์และลดอาการตื่นกลัว 2) ข้อมูลอธิบายความรู้สึกที่ต้องเผชิญและความไม่สุขสบายต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมอารมณ์และลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้ 3) ข้อมูลอธิบายพฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติช่วยให้ผู้ป่วยมีภาพรวมความคิดที่ชัดเจนและเกิดความมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี และ 4) ข้อมูลอธิบายวิธีการเผชิญความเครียด การทำจิตใจให้สงบ ช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Esther Lilly และ Dakshayani¹⁹ ที่ศึกษาผลการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทจำนวน 54 ราย พบว่าหลังได้รับข้อมูลกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิตรวาทน์ศรีกุล¹⁷ ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง พบว่า คะแนนความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดเนื้องอกสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson¹³ มีประสิทธิภาพในการช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรนำโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงานเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาผลของโปรแกรมต่อการลดความวิตกกังวลในระยะหลังผ่าตัดและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

References

1. Ministry of Public Health. Department of Medicine. Institute of Neurology. Guidelines for a surgical nursing brain tumor. Bangkok: Tanapress; 2014. (in Thai)
2. American Association of Neuroscience Nurses. Care of the adult patient with a brain tumor. USA: AANN; 2016.
3. Perks A, Chakravarti A, Manninen P. Preoperative anxiety in neurosurgical patients. J Neurosurg Anesthesiol 2009;21(2):127-30.
4. Latif A, Khan R, Nawaz K. Depression and anxiety in patients undergoing elective and emergency surgery: A cross-sectional study from Allama Iqbal memorial teaching hospital, Sialkot. J Pak Med Assoc 2017; 67(6):884-88.
5. Krolikowska A, Majk A, Antczak-Komoterska A, Slusarz R. Patients' fear and anxiety associated with planned neurosurgery. J Neurosci Nurs 2018;7(3): 104-10.
6. Arunyavas D, Tribuddharat S, Sathitkarnmanee T, Palachewa K. The effect of systematic anesthetic information on anxiety level in patients undergoing general anesthesia. The Thai Journal of Anesthesiology 2012;38(2):102-08. (in Thai)
7. Santapong P. Preoperative anxiety of the patients before an anesthetic procedure in Surin hospital. Medical Journal of Srisaket-Surin-Buriram Hospitals 2010;25(1):135-48. (in Thai)
8. Yusamran M, Sriponant P. Perceived anxiety level and its causes in the preoperative patients at Mahasarakham hospital. Thai Journal of Science and Technology 2014;10 Suppl: S419-28. (in Thai)
9. Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, Dessie G, Zewdu T. Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. BMC Anesthesiol 2018; 18(1):1-9.
10. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma university specialized teaching hospital, Southwestern Ethiopia. BMC Surg 2014;14(1):1-10.
11. Rittitham W, Chinnorot S. Effects of the preparatory information on anxiety and pain in abdominal surgery patients. Kuakarun Journal of Nursing 2015;19(2): 75-87. (in Thai)
12. Kunhong Y. The effect of preparatory information program on anxiety in patients undergoing open-heart surgery. Kuakarun Journal of Nursing 2021; 28(1): 20-32. (in Thai)
13. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self regulation. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. Behavioral science and nursing theory. St. Louis: CV Mosby; 1983. p. 189-262.
14. Soydas D. Effect of preoperative video information on anxiety and satisfaction in patients undergoing abdominal surgery. CIN 2019;37(8):430-36.
15. Janu P. The effects of video media usage for preoperative preparation on the knowledge and satisfaction of patients undergoing same-day surgery at the ear-throat-nose operating room, Thammasat University Hospital. Thammasat University Hospital Journal 2015; 3(3):47-65. (in Thai)
16. Jungul S. The effect of education in pre-opened heart patients on health practice knowledge and anxiety level. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2015;25(1):157-66. (in Thai)

17. Buranasrikul V. Effect of information giving and emotional support on anxiety among caregivers of patients with a brain tumor. Chulalongkorn Medical Journal 2015;59(1):91-101. (in Thai)
18. Traiputorn S. The effect of information giving and aromatherapy program on anxiety of the family caregivers of brain tumor patients. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2016;28(3): 98-109. (in Thai)
19. Esther Lilly A, Dakshayani B. Effect of preoperative teaching on anxiety level of patients with neurosurgery. IJPN 2018;15(2):1-3.
20. Thapinta D. Reduction of anxiety of staff nurses working with aids patients through cognitive restructuring and mindfulness. Bangkok: Graduate School of Chulalongkorn University; 1992. (in Thai)
21. Goebel S, Mehdorn HM. Assessment of preoperative anxiety in neurosurgical patients: Comparison of widely used measures and recommendations for clinic and research. ClinNeurolNeurosurg 2018;15(2):1-3.
22. Ministry of public health. Department of Medical Service. Guide to screening /assessing the elderly. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand; 2014. (in Thai)