

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับคู่มือการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดยาสีชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาล ประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีการรับรู้
2. ความเครียดและความวิตกกังวล
3. การให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีการชนิดยาสีชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal Block)
4. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ทฤษฎีการรับรู้

##### 1.1 ความหมายของการรับรู้

การรับรู้เป็นขั้นตอนหนึ่งที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดกระบวนการรับสัมผัสขึ้นกับร่างกาย เมื่อสิ่งเร้าทั้งหลายมากระตุ้นอวัยวะรับสัมผัส เช่น ตา หู จมูก ลิ้นและผิวหนัง เซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่รับพลังงานจากสิ่งเร้าจะเปลี่ยนเป็นพลังงานให้เป็นกระแสประสาทเพื่อส่งไปยังสมอง ทำให้เกิดความรู้สึกขึ้นจากนั้นจึงแปลความหมายให้รู้และเข้าใจได้ว่าสิ่งเร้านั้นคืออะไร เพื่อจะได้แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อไป (เต็มศักดิ์ คทวณิช, 2546: 127) นักจิตวิทยาได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และให้ความหมายไว้ดังนี้

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2547: 66) กล่าวว่า "การรับรู้เป็นกระบวนการแปลความหมายจากการสัมผัสที่ได้รับออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย คนเราต้องใช้ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมที่มีมาก่อนจึงเกิดการรับรู้"

ซิฟแมน และ คานุก (2000: 146) การรับรู้ คือ กระบวนการที่บุคคลแต่ละคนมีการเลือกการประมวลผล และการตีความเกี่ยวกับตัวกระตุ้นออกมาให้ความหมาย และได้ภาพของโลกที่มีเนื้อหา

อินทรา จันทรรัฐ (2552: 33-34) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการของบุคคลแต่ละบุคคลในการได้รับข้อมูล และนำมาแปรผลเป็นข้อมูลให้เกิดการเรียนรู้และเลียนแบบ

จันทิมา เขียวแก้ว และคณะ (2555: 25) การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่มนุษย์ได้รับสิ่งกระตุ้นที่เกิดสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว จากนั้นทำการประมวลผลออกมาโดยใช้ประสบการณ์ของตนเองร่วมด้วย

ใจชนก ภาคอัติ (2553: 26) การรับรู้ หมายถึง การสัมผัสจากการมองเห็น การได้ยิน การรู้สึก การได้กลิ่น การสัมผัสสิ่งเร้าต่างๆ ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของบุคคล แล้วทำการแปลผลโดยอาศัยประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล เพื่อให้ความหมายกับสิ่งเร้าต่างๆ

มยุรี บุญบัง (2554: 14) การรับรู้เป็นกระบวนการหรือขั้นตอนของแต่ละบุคคลในการจัดระเบียบ และตีความหมายความรู้สึกรู้สึกของตนเองตามสภาพแวดล้อม

เมธิณี เกตวาทิมาตร (2555: 87-102) การรับรู้คือกระบวนการตีความในสิ่งที่เห็น สิ่งที่ได้ยิน และสิ่งที่รับรู้เรื่องประสาทสัมผัสว่าคืออะไร ซึ่งจะตอบสนองต่อสิ่งเร้า การรับรู้หากไม่บอกผู้อื่นทราบคนอื่นก็ไม่สามารถจะทราบได้

พรรณธิดา สายตา (2553: 8) การรับรู้ คือ ลักษณะของมนุษย์ที่ได้รับข้อมูลโดยผ่านกระบวนการสังเกตด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ในรูปแบบของรูปธรรม และทำการสังเคราะห์ข้อมูลผ่านการประมวลผลโดยใช้ความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ที่เกิดจากการสังเกต ประสบการณ์ให้กลายเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้

นลินี พานสายตา (2555: 7) การรับรู้ คือ พฤติกรรมทำความเข้าใจและตีความต่อสิ่งเร้าจากสภาพแวดล้อมให้กลายเป็นสิ่งที่มีความหมาย โดยผู้รับรู้แต่ละบุคคลอาจจะตีความหมายนั้นออกมาเหมือนกันหรืออาจแตกต่างกันก็ได้

ขนิษฐา วิเศษสาทร และมานิกา วิเศษสาทร (2552: 33) การรับรู้ คือ การตีความหมายของข้อมูลที่ได้รับออกมาเป็นสิ่งที่มีความหมายและเข้าใจได้ แต่ละบุคคลตีความหมายของสิ่งเร้าว่าเป็นอย่างไรตามประสบการณ์ การเรียนรู้ ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม ความสนใจ ความต้องการ ความคาดหวัง และสภาวะจิตใจของแต่ละบุคคลในขณะนั้น ดังนั้นการรับรู้ของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้การแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันด้วย

ลักขณา ศรีวัฒน์ (2549: 48) การรับรู้ หมายถึงการเกิดอาการสัมผัสอย่างมีความหมาย และเป็นกระบวนการแปลหรือตีความจากประสบการณ์เดิม จะเห็นว่าการรับรู้เป็นกระบวนการ คือ เริ่มจากการใช้ประสาทสัมผัสเกิดอาการสัมผัสขึ้น และตีความแห่งการสัมผัสที่ได้รับออกมาเป็นหนึ่งสิ่ง

ใดที่มีความหมายอันเป็นสิ่งที่รู้จักและเข้าใจกัน และในการแปลความหมายของการสัมผัสนั้นจำเป็นที่  
ใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม ดังนั้นหากคนเราไม่มีความรู้เดิมหรือสิ่งเรานั้นๆ ไปก็จะไม่มีการ  
รับรู้ในสิ่งนั้นๆ แต่จะเกิดเฉพาะการสัมผัสกับสิ่งเรานั้น

สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการแปลผลข้อมูลที่ได้รับมาของแต่ละบุคคล  
โดยผ่านระบบสัมผัสทั้ง 5 ทำให้เกิดการเรียนรู้ การเลียนแบบ และการแสดงออกของพฤติกรรมที่  
แตกต่างกัน

## 1.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

การที่บุคคลแต่ละคนมองสิ่งเดียวกันแต่การรับรู้ที่ต่างกัน เป็นเพราะมีปัจจัยต่างๆ ที่มี  
อิทธิพลต่อการรับรู้ได้แก่ (อัญชลี รงสุวรรณภรณ์, 2553: 9-10)

1.2.1 ผู้รับรู้ (Perceive) เมื่อบุคคลได้มองเป้าหมายและพยายามตีความหมายสิ่งที่  
มองว่าเป็นอะไร ซึ่งในการตีความหมายนั้นจะได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมส่วนตัวของแต่ละบุคคลของ  
ผู้รับรู้ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ได้แก่ ทศนคติ (Attitudes) มีผลต่อการตีความหมายต่อสิ่งที่  
เกิดขึ้น และมีอิทธิพลเหนือพฤติกรรมของคน แรงจูงใจ (Motives) ความต้องการที่ยังไม่ได้รับการ  
ตอบสนองจนเป็นพอใจจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้และความสนใจ (Interests) บุคคลจะสนใจในเรื่องที่ตัว  
บุคคลมีความเกี่ยวข้องมากกว่าเรื่องอื่น ประสบการณ์ในอดีต (Past Experience) คนเราจะรับรู้สิ่งต่างๆที่  
ตนเกี่ยวข้อง และนำประสบการณ์ในอดีตมาเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เรากำลังรับรู้และความคาดหวัง  
(Expectation) การรับรู้ของคนอาจถูกบิดเบือนไปจากสิ่งที่เรามองและคาดหวังไว้

1.2.2 เป้าหมาย (Target) คือ สิ่งที่ผู้สังเกตและรับรู้ว่าเป็นคืออะไร เกี่ยวข้องกับความ  
ใหม่ การเคลื่อนไหว เสียงขนาด ภูมิหลังและความใกล้เคียง

1.2.3 สถานการณ์ (Situation) เป็นสิ่งที่เรามองเห็นหรือเหตุการณ์ที่สำคัญเกี่ยวข้องกับ  
กับเวลา สภาพงานและสภาพแวดล้อม

## 1.3 ลักษณะของผู้รับรู้

การที่บุคคลจะเลือกรับรู้เรื่องใดมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะผู้รับรู้ ปัจจัยที่  
เกี่ยวข้องมี 2 ด้านคือ

1.3.1 ด้านกายภาพ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษาซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ทำให้การรับรู้ที่แตกต่างกันออกไป และยังพิจารณาอวัยวะที่ใช้ในการสัมผัส และรับสัมผัสที่มีความปกติ  
หรือมีความผิดปกติ

1.3.2 ด้านจิตวิทยา เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของคนที่มามีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่มีหลายประการ เช่น การจดจำ ความพร้อม สติปัญญา การสังเกตพิจารณาความสนใจ ความตั้งใจ ทักษะความนิยมวัฒนธรรม ฯลฯ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนดั้งเดิม

#### 1.4 ลักษณะของการรับรู้

การรับรู้ประกอบด้วยคุณลักษณะที่สำคัญ 4 ประการคือ

1.4.1 การรับรู้สิ่งทั่วไป (Universal) มนุษย์จะมีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว ตั้งแต่เกิดจนตาย แม้ว่าการรับรู้ในสิ่งเดียวกันของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันก็ตาม แต่มนุษย์จะมีเครื่องมือในการรับรู้เหมือนกัน

1.4.2 การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตัวเอง (Selected and Subjective) แม้จะเป็นการรับรู้ในเหตุการณ์เดียวกัน แต่มนุษย์ไม่สามารถสามารถสรุปได้ว่าในแต่ละบุคคลจะรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากแต่ละบุคคลจะมีภูมิหลังที่แตกต่างกัน และประสบการณ์ต่างกัน

1.4.3 การรับรู้เป็นการแสดงออกในภาวะปัจจุบัน (Action Oriented in the Present) เนื่องจากมีข้อมูลอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วย

1.4.4 การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (Transaction) สามารถสังเกตถึงการเรียนรู้ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลหนึ่งได้ต่อเมื่อบุคคลมีการแสดงออกระหว่างกันหลายๆ คนหรือภายในกลุ่ม จึงจะทำให้มองเห็น ได้ชัดเจนว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์เหล่านั้น

#### 1.5 กระบวนการรับรู้

กระบวนการรับรู้มี 4 ขั้นตอนดังนี้ (อินทรา จันทรรัฐ, 2552: 34)

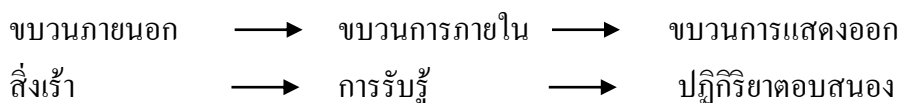
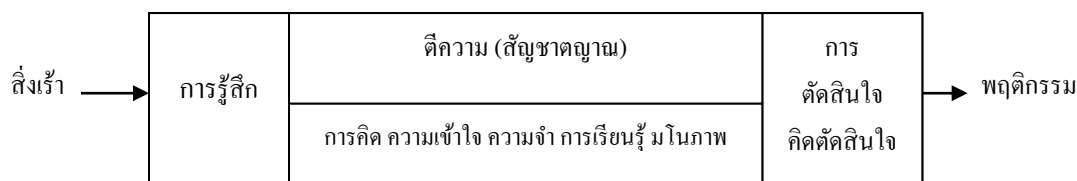
1.5.1 การสัมผัสหรืออาการสัมผัส คนเรารับรู้สิ่งเร้าโดยทางหู ตา จมูก ลิ้น และผิวหนัง อวัยวะเหล่านี้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์สำคัญในการรับสัมผัส แล้วส่งต่อไปเป็นประสบการณ์ทางสมองเพื่อให้เกิดการรับรู้ต่อไป

1.5.2 ชนิดและธรรมชาติของสิ่งเร้าและการรับรู้ ตามปกติบุคคลมักเกิดการรับรู้ได้โดยไม่ต้องสัมผัสสิ่งเร้าทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องมาจากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการรับรู้และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมสะสมกันเรื่อยมาจนเกิดเป็นความรู้ความเข้าใจได้ทันที แม้ว่าจะสัมผัสสิ่งเร้าเพียงบางส่วนหรือส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้การจัดระเบียบของสิ่งเร้าทำให้มองเห็นภาพส่วนรวมได้ชัดเจน

1.5.3 การแปลความหมายของการสัมผัสกับการรับรู้ มักดำเนินไปคู่กับการรับสัมผัสเสมอ ถ้าถูกเร้าด้วยสิ่งที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อนมักแปลความหมายโดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยพบเห็นมาแล้ว

1.5.4 ประสบการณ์เดิมกับการรับรู้ ในการแปลความหมายหรือตีความหมายของความรู้สึกรับจากการสัมผัสเพื่อให้เกิดการรับรู้ในสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น บุคคลจำเป็นต้องใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมหรือความชัดเจนที่เคยมีมาแต่หนหลัง โดยมีกระบวนการดังภาพที่ 2.1

ภาพที่ 2.1 กระบวนการรับรู้



(วุฒิชัย อารักษ์โพชฌงค์, 2554: 20)

เมื่อเกิดการรับรู้แล้วกระบวนการที่ควบคู่มาพร้อมกันคือ กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายหลังการรับรู้ข้อมูลต่างๆ ซึ่งการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและพัฒนาตนเอง เกิดโดยมีเป้าหมายและมีแรงจูงใจ แล้วเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมที่ไม่มีความรู้และความเข้าใจ กลายเป็นบุคคลที่มีความรู้และความเข้าใจ ตลอดจนสามารถนำไปพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## 1.6 การเรียนรู้

1.6.1 พฤติกรรมการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายของนักการศึกษาซึ่งกำหนดโดย บลูม และคณะ (Others Bloom et., al, 1982: 33) ได้สรุปถึงการเรียนรู้ที่สามารถพัฒนา 3 ด้าน คือ

1) ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) คือ ผลที่เกิดจากการเรียนรู้อันเกิดจากสมอง ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินผล

2) ด้านเจตพิสัย (Affective Domain) คือผลการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความสนใจ ทศนคติ การประเมินค่าและค่านิยม

3) ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) คือผลการเรียนรู้ที่เป็นพฤติกรรม หรือเรียกว่า ความสามารถด้านการปฏิบัติ การเคลื่อนไหว การกระทำ การปฏิบัติงาน การมีทักษะ และความชำนาญ การเรียนรู้ที่ดีมักมีแรงขับ (Drive) ที่เป็ความต้องการที่เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละบุคคลมักมีไม่เหมือนกัน อันเป็นความพร้อมที่จะเรียนรู้ของบุคคลทั้งด้านสมอง ระบบประสาทสัมผัส และกล้ามเนื้อ แรงขับเหล่านี้จะก่อให้เกิดการกระทำหรือปฏิกิริยาที่นำไปสู่การเรียนรู้ อันมีสิ่งเร้า (Stimulus) เป็นสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ เป็นตัวการที่ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาหรือมีพฤติกรรมตอบสนองออกมาหลังจากนั้นบุคคลจะทำการตอบสนอง (Response) ออกมาเป็นปฏิกิริยา หรือพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกมาเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า ทั้งที่สังเกตเห็นได้และส่วนที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การเคลื่อนไหว ท่าทาง คำพูด การคิด การรับรู้ ความสนใจ และความรู้สึก เป็นต้น และการเสริมแรง (Reinforcement) เป็นการให้สิ่งที่มีอิทธิพลต่อบุคคล มีผลในการเชื่อมโยงสิ่งเร้ากับการตอบสนองเพิ่มขึ้น การเสริมแรงมีทั้งทางบวกและทางลบซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้ของบุคคล

#### 1.6.2 องค์ประกอบของการเรียนรู้ คือ

1) ผู้สอนหรือผู้ให้ความรู้ เป็นผู้ที่มีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้ เพื่อให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2) เนื้อหาสาระหรือวิชาการ เป็นข้อมูลข่าวสารหรือเทคโนโลยีต่างๆ ที่ทำหน้าที่ส่งเสริม ในฐานะของผู้สอนจะต้องทำการพัฒนา คัดแปลงให้เหมาะสมกับบุคคลหรือผู้เรียน รวมทั้งใช้เทคนิควิธีการสอนสื่อต่างๆ ในการถ่ายทอด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ผู้เรียน เป็นผู้ที่จะรับข้อมูลข่าวสารหรือข้อมูล โดยผู้สอนจะต้องจัดเนื้อหา และวิธีการสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจและนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) วัสดุอุปกรณ์การสอนและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ สื่อโสตทัศนูปกรณ์ที่ใช้ประกอบการสอน เช่น ของจริง ตัวอย่างรูปภาพ เป็นต้น รวมไปถึงเครื่องมือและเครื่องช่วยสอนอื่นๆ เป็นต้น

5) สภาพแวดล้อมเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแบ่งได้เป็น สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ ได้แก่ สถานที่เรียนและสภาพดิน ฟ้า อากาศ เช่น อุณหภูมิ แสง เสียง ลม ฝน เป็นต้น ขนาดของกลุ่มผู้เรียน รวมทั้งเสียงรบกวนจากบุคคลภายนอก ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนว่ามีผลกระทบต่อการเรียนการสอนอย่างยิ่ง

สรุปได้ว่า กระบวนการเรียนรู้ เกิดจากพฤติกรรมการเรียนรู้ เกิดขึ้นได้โดยการเรียนรู้ทางด้านสติปัญญา (Cognitive Domain) ด้วยการรับรู้ข้อมูลของสิ่งต่างๆ ด้วยการรวบรวมข้อมูลและทำการสรุป จากนั้นทำความเข้าใจอย่างสมเหตุสมผล และการวิเคราะห์ความสามารถในการแยกแยะข้อมูล และทำการเชื่อมโยงข้อมูล ซึ่งกระบวนการเรียนรู้เริ่มจากการรับรู้ก่อน หลังจากนั้นบุคคลจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบ มีปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ คือ ความสนใจ ความต้องการ ความพร้อม ความทรงจำ การกระตุ้นเตือน การจูงใจ ความแตกต่างของบุคคล การปรับตัว เทคนิคการสอน การทบทวน การใช้แรงเสริมหรือการบีบบังคับ และการยอมรับ เป็นต้น

## 2. ความเครียดและความวิตกกังวล

### 2.1 ความเครียด มีผู้ให้ความหมายของความเครียดไว้ดังนี้

ประกายทิพย์ ศิริวงศ์ และคณะ (2552: 1-14) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียด (Stress) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยบุคคลเป็นผู้ตัดสินใจว่าสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นจะมีผลเสียต่อตน และต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่เพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ ได้

รุ่งนภา เตชะกิจโกศล (2552: 12) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า เป็นอาการที่มีสาเหตุหลากหลายประการ ทั้งตัวบุคคล ภายนอก สิ่งแวดล้อมภายนอกรอบๆตัวบุคคล เป็นต้น

อุทุมพร เมืองนามา (2553: 6) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียดเป็นลักษณะทางสภาวะของจิตใจและร่างกายที่เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นผลจากการปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อมที่บีบคั้น กดดัน หรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ เป็นต้น

สุภาพ หวังช่อกลาง (2554: 8) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียดคือ อากัปกิริยาของบุคคลที่แสดงออกมา หรือมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มีการคุกคาม ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ส่งผลต่อ ระบบร่างกายและจิตใจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไป จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อยู่ในรูปแบบต่างๆ เพื่อรักษาความเป็นตัวตนของบุคคลนั้นไว้

ชนิกา ภูวดิษยคุณ (2554: 17) ได้ให้ความหมายไว้ว่าความเครียดคืออาการที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล มีร่างกายเป็นตัวก่อกำเนิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม เปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ การตอบสนองที่เกิดขึ้นอาจปรากฏออกมาทางพฤติกรรมที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ เพื่อทำให้เกิดภาวะสมดุลในร่างกาย ซึ่งแต่ละคนจะมีรูปแบบการแสดงออกของความเครียดแตกต่างกัน

อาซาน ดนย๋หมัด และเกษตรชัย และหิม (2556, พฤษภาคม) ได้กล่าวถึงความเครียดไว้ว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ความกดดันจากสิ่งแวดล้อมที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือกดดันมากเกินไปทำให้เกิดความทุกข์ใจและไม่สบายใจ ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของตนเองไว้

Rice (1999: 7) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า เป็นปัจจัยภายนอกเกิดจากสถานการณ์บีบบังคับ สภาวะของความกดดัน ความเครียดที่เกิดจากจิตใจของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการจัดการกระบวนการทางความคิด การตีความ การปรับตัวทางอารมณ์เพื่อป้องกัน และการปรับตัวให้เกิดความเคยชินในการลดความตึงเครียดของตัวบุคคล และความเครียดที่เกิดจากปฏิกิริยาของร่างกายต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งที่ไม่พึงพอใจ

สรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง สภาวะทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ที่มีการตอบสนองต่อความรู้สึกกดดัน บีบคั้นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ตลอดจนสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นรอบๆตัว ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงเหตุการณ์ที่มีผลต่อความรู้สึกนึกคิด ทำให้เกิดความทุกข์ใจและไม่สบายใจ บุคคลจึงมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของตนเองไว้เพื่อให้เข้าสู่ภาวะปกติ

### 2.1.1 ประเภทของความเครียด

อุทุมพร เมืองนามา (2553: 13-15) สรุปประเภทของความเครียดได้ 2 ชนิด คือ ความเครียดทางร่างกาย (Emergency Stress) เป็นสิ่งที่คุกคามความรู้สึกของบุคคล เกิดขึ้นทันทีทันใด เช่น การได้รับบาดเจ็บ อุบัติเหตุ หรืออยู่ในสถานการณ์ที่น่ากลัว เป็นสิ่งคุกคามชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยต่างๆ หรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในบางโอกาส หรืออาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ความอึดอัดในหน้าที่การงานและกฎระเบียบต่างๆในสังคม เป็นต้น กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่า ประเภทของความเครียดโดยทั่วไปอาจแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ความเครียดที่เกิดขึ้นกับร่างกายและความเครียดที่เกิดขึ้นทางจิตใจ

### 2.1.2 ระดับของความเครียด สรุประดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ คือ

1) ระดับที่หนึ่ง เป็นความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นภาวะของร่างกายที่มีความเครียดอยู่เล็กน้อยพบได้ในชีวิตประจำวัน เป็นความเครียดที่มีสาเหตุมาจากเหตุการณ์เพียงเล็กน้อย หรือสถานการณ์ในการปฏิบัติงานที่เข้ามาคุกคามบุคคลนานๆครั้ง

2) ระดับที่สอง เป็นความเครียดระดับกลาง (Middle Stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดรุนแรง เกิดจากสาเหตุหรือสถานการณ์ในการปฏิบัติงานที่เข้ามาคุกคามบุคคลบ่อยครั้งหรือ



ถูกคุกคามเป็นเวลานานขึ้น เป็นวิกฤตการณ์ในชีวิตให้บุคคลรู้สึกว่ายู่ในระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลวไม่อาจแก้ไขหรือปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว อาจเกิดเป็นชั่วโมงหรือหลายชั่วโมงหรือเป็นวัน

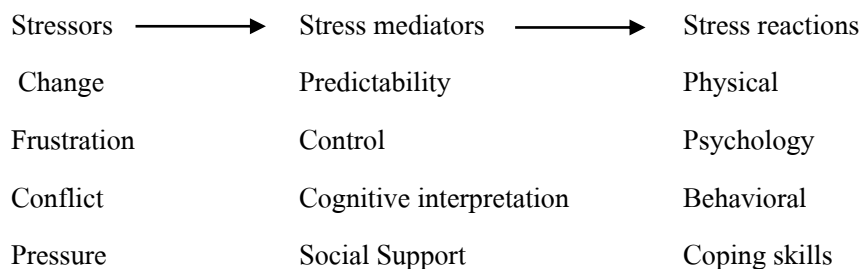
3) ระดับที่สาม เป็นความเครียดระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นภาวะที่มีความเครียดอยู่ในระดับที่รุนแรง ความเครียดชนิดนี้จะแสดงอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์เป็นเดือนหรือเป็นปี สาเหตุของความเครียดจะรุนแรง หรือสถานการณ์ที่รุนแรง หรือมีหลายสาเหตุร่วมกัน

2.1.3 สาเหตุของความเครียด อังศินันท์ อินทรกำแหง (2551: 8) ได้สรุปสาเหตุของความเครียดไว้ว่า สาเหตุของความเครียดเกิดจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาสถานะการเงิน ครอบครัว ชีวิตครอบครัว เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความเครียด และอีกสาเหตุหนึ่งคือ การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล

2.1.4 กลไกการเกิดความเครียด ชิดชนก นาชัยเวช (2554: 18-22) สรุปกลไกการเกิดความเครียดดังนี้

1) ความเครียดและการเผชิญความเครียด บุคคลมักมีความเครียดที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับกระบวนการในการปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุลเมื่อถูกกดดัน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือสถานการณ์ที่ส่งผลให้บุคคลต้องปรับตัว โดยเกิดเป็นการตอบสนองต่อความเครียดเป็นกระบวนการ ดังภาพที่ 2.2

ภาพที่ 2.2 กระบวนการของความเครียด

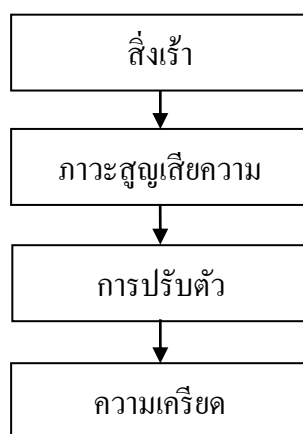


(Bernstein อ้างถึงในชิดชนก นาชัยเวช, 2554: 20)

2) สิ่งทีุ่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบไปด้วย ความกดดัน (Pressure Situations) ความรู้สึกเบื่อหน่าย (Boredom Situations) ความรู้สึกเจ็บปวดทรมาน (Trauma Situations) ความรู้สึกขัดแย้ง (Situations) และความขัดแย้ง (Change)

3) กลไกการเกิดความเครียดของร่างกายที่เกิดขึ้นนั้น จะมีการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองคุกคามต่อสิ่งคุกคาม และร่างกายต้องมีการปรับสมดุลเพื่อกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล ดังภาพที่ 2.3

ภาพที่ 2.3 กลไกการเกิดความเครียดของ Style



(Hans Style อ้างถึงใน ชนิกา ภาวศิษยคุณ, 2554: 12)

2.1.5 ปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียด ขนินษฐา ตลอดจนภพ และคณะ (2556, กรกฎาคม) ได้สรุปไว้ว่า

1) อาการบอกเหตุ (Alarm Reacting Stage) จะเกิดขึ้นเฉพาะแห่งเกิดจากตัวของบุคคลที่เป็นผู้ก่อให้เกิดความเครียด มีปฏิกิริยาเกิดที่ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านต่อตัวเร่งความเครียดและปรับร่างกายให้เกิดความสมดุล

2) อาการต่อต้าน (Resistance Stage) เกิดขึ้นระหว่างช่วงการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาจะเกิดขึ้นเพื่อรักษาสภาพต่อต้านสิ่งมีชีวิตรอบๆ ตัวบุคคล ความตึงเครียด สถานการณ์กดดันทำให้เกิดความสมดุลทางสรีรวิทยา

3) การหยุดทำงาน (Exhaustion Stage) บุคคลเมื่ออยู่ภายใต้สถานการณ์ที่มีความกดดันนานๆ ความต้านทานไม่สามารถทำให้ร่างกายของบุคคลรักษาสภาพคงที่ไว้ได้ และความเครียดยังคงมีอยู่ต่อไปอาจส่งผลต่อชีวิตได้เพราะอวัยวะอาจหยุดทำงาน

#### 2.1.6 ผลกระทบของความวิตกกังวล

ประทุม ฤกษ์กลาง (2554: 95-101) สรุปไว้ว่าผลกระทบของความเครียด ส่งผลต่อตัวบุคคลและการปฏิบัติงานบางอาชีพ เช่น นักวารสารศาสตร์ที่ต้องทำงานภายใต้ความกดดันของเวลา แต่บางอาชีพ เช่น ตำรวจ ความเครียดไม่ได้มีประโยชน์ต่อการทำงาน ในบางครั้งความเครียดอาจส่งผลดี เช่น การมีผู้บังคับบัญชาใหม่ การถูกย้ายงานส่งผลให้บุคคลแสวงหาข้อมูล และความรู้ในงาน ทำให้เพิ่มความคิดสร้างสรรค์และการทำงาน ความเครียดส่งผลหลายๆด้าน ดังนี้

1) ผลต่อสุขภาพ ความเครียดมีผลต่อความเจ็บป่วยทางร่างกาย คือ ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ระดับโคเลสเตอรอลสูง ส่งผลก่อให้เกิดโรคหัวใจ และโรคมะเร็ง เป็นต้น

2) ผลต่อสภาพจิตใจ ความเครียดมักเกิดขึ้นพร้อมกับความโกรธ ความตื่นเต้น ความหุนหัน ความวิตกกังวล ความกระอักกระอ่วนใจ ความตึงเครียด และความเบื่อหน่ายส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และสภาพจิตใจ ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน ความเชื่อมั่นลดลง

3) ผลต่อพฤติกรรม ผลของความเครียดมากจะส่งผลทำให้บุคคลแสดงออกเกินกว่าเหตุ นอนไม่หลับ สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ดิิดสารเสพติด สรุปได้ ดังภาพที่ 2.4

ภาพที่ 2.4 ผลของความเครียด

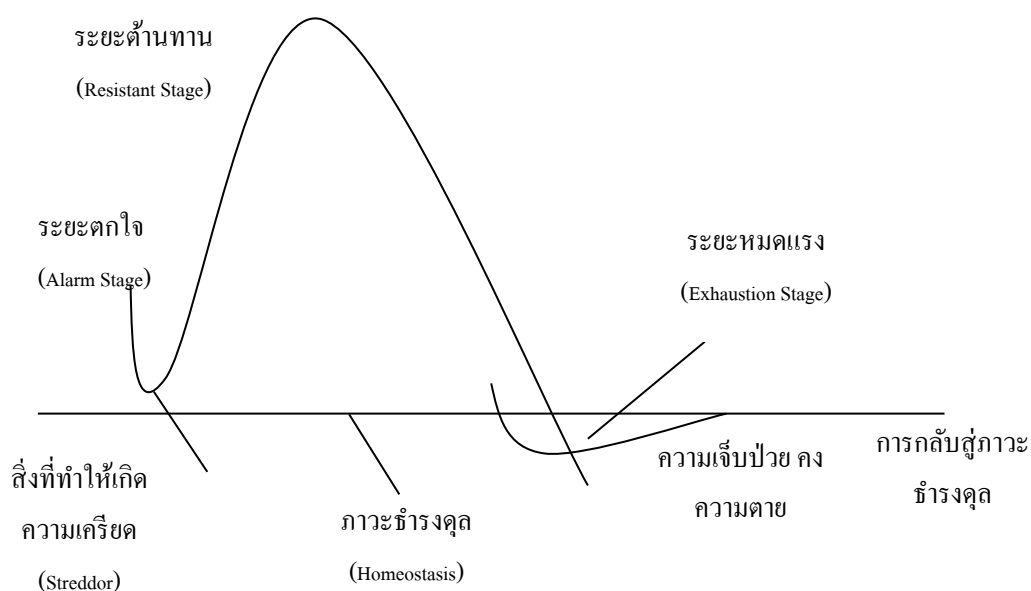
#### ผลของความเครียด

ต่อสุขภาพ	ต่อจิตใจ	ต่อพฤติกรรม	ต่อการทำงาน
โรคหัวใจ	ขัดแย้งในครอบครัว	สูบบุหรี่	อุบัติเหตุในการทำงาน
ปวดหลัง	นอนไม่หลับ	ดื่มแอลกอฮอล์	ขาดงาน
ปวดศีรษะ	เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ	ก้าวร้าวรุนแรง	ประสิทธิภาพการทำงาน
มะเร็ง	หุนหัน	เบื่้อาหาร	ทำงานลดลง

(Reivich & Shatte อ้างถึงใน ประทุม ฤกษ์กลาง, 2554: 95-101)

2.1.7 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความเครียด เจริญศรี วิสุทธีเนตรสกุล (2554: 27-28) ทำการสรุปทฤษฎีความเครียดของ ฮันส์-เซลย์ ไว้ว่า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นบุคคลจะปรับตัวทั่วไป (General Adaptation Syndrome: GAS) ดังภาพที่ 2.5

ภาพที่ 2.5 General Adaptation Syndromes: GAS



(General Adaptation Syndrome (GAS) Selye, อ้างถึงใน เจริญศรี วิสุทธีเนตรสกุล, 2554: 27-28)

จากภาพความเครียดมีทั้งหมด 3 ระยะ คือ

1) ระยะตกใจ (Alarm Reaction) แสดงถึงสภาวะที่ร่างกายมีปฏิกิริยาเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้ามีการกระตุ้น หรือช่วยให้ตื่นตัว ระยะตกใจ

2) ระยะช็อก (Shock Phase) เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบทันทีทันใดต่อสิ่งที่เป็นภัย ปฏิกิริยาของร่างกายในระยะนี้มีอยู่สองแบบ คือ การต่อสู้ (Fight) หรือการหลบหนี (Flight) เป็นผลจากการกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic เช่น หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้ออ่อนตัว อุณหภูมิลดลงและความดันโลหิตต่ำ

3) ระยะต้านช็อก (Counter Shock Phase) เป็นภาวะที่จะเกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับออกมา (Rebound Reaction) เช่น Adrenal Cortex จะ โตขึ้นและน้ำตาลจะถูกลดปล่อยมาจากตับ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่ปฏิกิริยาต่อความเครียดแบบเฉียบพลัน (Acute Stress Reaction) จะสัมพันธ์ทั้งสองระยะนี้

4) ระยะต้านทาน (Stage of Resistance) หรือระยะปรับตัว (Adaptation Stage) ระยะนี้ร่างกายจะพยายามปรับตัวต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressor) ทำให้สภาพทั่วไปดีขึ้น อาการต่างๆหายไป ความพยายามของร่างกายในการปรับตัวมีส่วนช่วยให้พลังงานที่สูญหายไปกลับคืนมา และยังช่วยซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายไปให้ดีขึ้น

5) ระยะหมดแรง (Stage of Exhaustion) ถ้าสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างพอเพียง ร่างกายจะผ่านเข้าสู่ระยะที่สาม คือ ระยะหมดแรงเนื่องจากความเครียดยังคงมีอยู่พอร่างกายโดนความเครียดเล่นงานซ้ำแล้วซ้ำอีก ร่างกายจะเสื่อมโทรมจนกระทั่งเกิดเป็นโรคต่างๆ เช่น ภูมิแพ้ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น สิ่งมีชีวิตมีความสามารถในการปรับตัวหรือคงสภาพไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมภายในร่างกายในภาวะสมดุล แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งมณฑลาลิมทองกุล และสุภาพ อารีเอ้อ (2552: 192-205) สรุปทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนไว้ว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อกัน และเป็นภาวะที่บุคคลประเมินเหตุการณ์นั้นว่า มีผลต่อสวัสดิภาพของตนและต้องใช้เวลาประโชชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เพื่อสนองความต้องการที่เกิดขึ้นผ่านกระบวนการประเมินที่มีอยู่ตลอดเวลาของบุคคล ซึ่งกระบวนการประเมินแบ่งเป็น 3 อย่าง คือ

(1) การประเมินชนิดปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ ซึ่งอาจประเมินได้ 3 ลักษณะ คือ

(2) ไม่มีความสำคัญกับตนเองเป็นผลในทางที่ดีกับตนเองและเป็นภาวะเครียด ที่บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่

(3) การประเมินชนิดทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินถึงแหล่งประโยชน์และทางเลือก

(4) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลง การประเมินของบุคคลเมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ นั่นคือ เมื่อนักศึกษาขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลเป็นครั้งแรกในชีวิต และประเมินว่าเหตุการณ์ที่ตนจะต้องประสบในขณะที่เผชิญความเครียด (coping) เป็นการ ใช้ความพยายามทั้งการกระทำ และความนึกคิดที่มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อที่จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น การเผชิญกับ

ความเครียดกระทำได้ใน 2 ลักษณะ คือ การแก้ปัญหาเป็นการจัดการกับแหล่งของความเครียดหรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึกเพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญ และกำลังใจในการทำหน้าที่ของบุคคลในการจัดการกับเหตุการณ์หรือภาวะเครียดที่เกิดขึ้น

**2.2 ความวิตกกังวล** ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของมนุษย์ที่ต้องเผชิญในชีวิตประจำวัน เป็นลักษณะอาการที่ซับซ้อนที่มนุษย์จะทำการตอบสนองต่อเหตุการณ์ สิ่งกระตุ้น หรือสิ่งคุกคามตามการรับรู้ และทำการแปรผลตามทัศนคติของตนเอง อาจเป็นไปในเชิงบวกหรือเชิงลบตามสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นผู้ที่เข้ารับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดในการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) หรือในรายที่จะทำการผ่าตัดเป็นครั้งแรกย่อมมีความวิตกกังวลทั้งทางด้านกรรับรู้ พฤติกรรมที่แสดงออกไปตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา มีผู้ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

พัชรินทร์ ยูพา (2556: 1-7) ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นลักษณะหรือกระบวนการของความเครียดที่จะทำการตอบสนองต่อความเครียดที่กำลังเกิดขึ้น มักแสดงออกไปในทิศทางขัดแย้ง และทำการแสดงออก

สุภัทรา เฟื่องคอน และคณะ (2552: 14-27) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสับสน แปลกประหลาด อึดอัด จนนำไปสู่ความวิตกกังวล และความวิตกกังวลนั้นจะทำให้เกิดเป็นโรคกลัวสิ่งที่จะเกิดในอนาคต

ปนัดดา พิทยาภรณ์ และมัลลวีร์ อุดลวัฒน์ศิริ (2554: 91-100) ได้ให้ความหมายความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นลักษณะที่อารมณ์เกิดภาวะวิกฤติ ก่อให้เกิดการคุกคามกับบุคคลอื่นสำหรับผู้ป่วยที่จะต้องดำเนินกิจกรรมในการผ่าตัด ผู้ป่วยจะตอบสนองความวิตกกังวลที่แตกต่างกันออกไป เช่น อาการสงบเงียบ แยกตัว ร้องไห้ นอนไม่หลับ อาจต้องเลื่อนการผ่าตัด และอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆหลังผ่าตัดได้

ญาณิกา เศรษฐโชติศักดิ์ และคณะ (2556: 155-162) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้บุคคลเกิดกระบวนการคิดและเป็นไปในลักษณะของการแก้ปัญหา แสวงหาวิธีการเผชิญปัญหา ส่งผลให้บุคคลมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเวลานั้นๆ ออกมา

สุพัชรินทร์ ปานอุทัย (2553: 29-44) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวลเป็นสถานการณ์ในการคาดเดาถึงเหตุการณ์ล่วงหน้า อาจจะมีคิดหวั่น สัมผัส ไม่ประสบ

ความสำเร็จดังที่ตั้งใจไว้ เป็นเรื่องของกระบวนการทางความคิด หากความวิตกกังวลที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลให้ร่างกายเกิดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ตามมาได้

วิลาลีย์ ภูอาราม และคณะ (2553: 159-170) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวลก่อให้เกิดสภาวะที่ตึงเครียด เกิดความกระวนกระวายใจ ความหวาดหวั่นในใจถึงเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น

บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ และเนตรนภา เทพชนะ (2555: 1-22) ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความต้องการเรียนรู้ลักษณะพฤติกรรม และเป็นการฝึกฝนทักษะในการได้รับการดูแลตนเอง ป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายที่เป็นปัญหาตามมา การต้องการได้รับการปกป้องคุ้มครองและดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาเนื่องจากกลัวว่าอาจจะเป็นอันตรายได้

จริยา สายวาริ และวันดี ชูชาติ. (2550: 179-184) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นพฤติกรรมที่ตัวบุคคลไม่ทราบถึงภาวะเบี่ยงของสิ่งที่จะกระทำในอนาคต อาการแสดงถึงความไม่แน่ใจหรือไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อความกลัวในอนาคต

อมรรัตน์ มังษา และคณะ (2554: 55-63) ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า หากผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาตัว มักเกิดความหวาดกลัว กระวนกระวาย และอาจจะส่งผลกระทบต่อการรักษาในอนาคต ส่วนใหญ่มักแสดงออกทางอารมณ์ที่เป็นลบ เช่น หงุดหงิด พยายามหลีกเลี่ยงหรือเกิดอาการกล้ำเนื้อตึง เป็นต้น

ประณีต ส่วงวัฒนา และอุทัยวรรณ พุทธรัตน์ (2550: 72-86) ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความกลัว แสดงออกมาทางพฤติกรรมหรือสัญชาตญาณของแต่ละบุคคล

ปณัฐิกา เหล็กแท้ และวารภรณ์ ชัยวัฒน์ (2552: 74-81) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นพฤติกรรมทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดการแสดงออกมาในเชิงลบหรือเชิงบวก

จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์ และคณะ (2550: 328-346) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกในเชิงลบ เช่น ไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย สับสน ต่อต้านต่อสิ่งที่เกิดขึ้น กลัวตาย เป็นอารมณ์ของความกลัวที่สัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยทางกาย ก่อให้เกิดการตอบสนองของร่างกาย

อุบลมาศ ศรีวรรณ และคณะ (2552: 7) ให้ความหมายความวิตกกังวลว่าเป็นลักษณะของความไม่สบายใจ ตึงเครียด กลุ้มใจ กระวนกระวายใจ หวาดหวั่นของผู้ป่วยและญาติที่มีอยู่ในขณะนั้นต่อเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น หรือเหตุการณ์บางอย่างที่อาจเกิดขึ้นในภายภาคหน้าและคาดว่าน่าจะเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย

เลิศมณัฏ์ อัครวาทิน และคณะ (2554: 103-112) ให้ความหมายความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นภาวะความเครียดที่ผู้ป่วยต้องปรับแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ แม้จะไม่เต็มใจและในบางครั้งก็เป็นพฤติกรรมความยึดอัดที่จะทำให้ผู้อื่นฟังเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น

National Institute of Mental Health (2009: 1) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นลักษณะอาการของความหวาดกลัว และความไม่แน่นอนในสถานการณ์ที่เกิดจากเหตุการณ์ความตึงเครียด เช่น การพูดในที่สาธารณะเป็นครั้งแรกหรือการจะปฏิบัติสิ่งใดเป็นครั้งแรกโดยที่ไม่รู้ถึงที่มา ความผิดปกติของความวิตกกังวลมักจะเกิดขึ้นพร้อมกับอาการทางจิตหรือทางกายภาพ โรคอื่น ๆ รวมไปถึงเครื่องคิดมือแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดด้วยก็เป็นได้

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล ความหมาย ลักษณะอาการหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาในเชิงลบหรือเชิงบวก ต่อเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นหรือเหตุการณ์บางอย่างที่อาจเกิดขึ้นในภายภาคหน้า ส่งผลให้มีการคิดและตอบสนองความวิตกกังวลที่แตกต่างกันออกไป

### 2.2.1 ชนิดของความวิตกกังวล

รัชชก ทองน้ำวน (2549: 10) ได้สรุปถึงชนิดของความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวลแบ่งได้ออกเป็น 2 ชนิด คือ ความวิตกกังวลในขณะที่ประสบเหตุการณ์อันเกิดจากอยู่ในเหตุการณ์นั้นๆ ลักษณะชั่วคราวและเฉพาะกับเหตุการณ์นั้นๆ แสดงออกในอาการความไม่สบายใจ วิตกกังวล รุนแรง แสดงออกในอาการที่ชัดเจน ส่วนความรุนแรงมักจะขึ้นอยู่กับอุปนิสัยของแต่ละบุคคล และความวิตกกังวลแบบแอบแฝง มักเป็นลักษณะประจำตัวบุคคล เป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม เหตุการณ์ในอดีตตลอดจนเหตุการณ์ในปัจจุบันที่เกิดขึ้นกับความรู้สึกของตนเอง

### 2.2.2 ลักษณะและองค์ประกอบของความวิตกกังวล

นิติมา ตั้งนนทพัทธ์ (2554: 47-53) ได้สรุปถึงลักษณะและองค์ประกอบของความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวลเป็นลักษณะที่มีความคล้ายคลึงและอาจแตกต่างไปจากความกลัว อาจส่งผลกระทบต่อประสาทสัมผัสของร่างกาย โดยมักจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมของอาการตัวสั่น เหงื่อออก หัวใจเต้นแรง และมีอาการของคนไร้เหตุผลประกอบลงไปด้วยในบางครั้ง เช่น กลัวการออกไปยืนคนเดียวในที่สาธารณะโดยไม่มีเหตุผล

อัญญารัตน์ อุดลย์รัตนกุล (2554: 22-23) ได้สรุปลักษณะองค์ประกอบของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นลักษณะ และองค์ประกอบของความวิตกกังวล เป็นองค์ประกอบทางอารมณ์ในมนุษย์ เช่น อารมณ์ที่แสดงออกถึงความประหม่า เินอาย ไม่เชื่อมั่นในตนเอง อารมณ์ของพฤติกรรม



การแสดงออกในทางขัดแย้งในตนเองไม่มีลักษณะที่ในตนเอง อารมณ์ในประเภทความตื่นเต้น ตกใจง่าย อารมณ์ของความหวาดหวั่น หวาดกลัว และอารมณ์ของความเครียด หงุดหงิดเอาแต่ใจ

รุจิภา บุญศรี (2552: 20) สรุปถึงลักษณะและองค์ประกอบของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ที่ส่งผลออกมาในทิศทางเชิงลบ หากผู้ใดมีความวิตกกังวลเป็นจำนวนมาก องค์ประกอบที่มีอยู่จะรวมตัวกันจนไม่สามารถที่แสดงออกหรือโต้ตอบได้อย่างชัดเจน และขาดความมั่นใจในตนเอง

จิรวัดน์ แก้วใจดี (2550: 26-27) ได้สรุปลักษณะและองค์ประกอบของความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวลเป็นสถานการณ์หรือประสบการณ์ที่มนุษย์ต้องมีและได้รับรู้ ส่วนมากจะแสดงออกใน 2 รูปแบบคือ การกระทำที่แสดงออกไป กับการแสดงออกที่ทำให้ผู้อื่นรับรู้

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 2002:481-489) แบ่งลักษณะความวิตกกังวลเป็น 2 ลักษณะได้แก่

1) ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำของบุคคล (Trait Anxiety or A Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล และไม่ค่อยปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรม แต่จะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลที่มีต่อเหตุการณ์ เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่น่าพึงพอใจหรือเป็นอันตรายมากระตุ้นที่ตัวบุคคลที่มีความวิตกกังวลเป็นประจำอยู่แล้ว จะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลเป็นลักษณะประจำตัวต่ำ นอกจากนี้ระดับความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวที่มีอยู่สูงกว่า จะเป็นตัวเสริมหรือประกอบความวิตกกังวลที่มีต่อสภาพการณ์ให้มีความรุนแรงและมีระยะเวลาการเกิดนานมากกว่า

2) ความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ (State Anxiety or A-State) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะอย่างยิ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดนั้น โดยเมื่อมีสิ่งใดที่จะทำให้เกิดความไม่พอใจหรือเกิดอันตรายมากระตุ้นบุคคลแสดงพฤติกรรมโต้ตอบสังเกตเห็นได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงความเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ความรุนแรง และระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล นอกจากนี้ สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1996: 12) ได้สรุปถึงลักษณะของความวิตกกังวลไว้ว่า ในสภาวะที่บุคคลได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายในสถานการณ์ต่างๆ ไป ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวและความวิตกกังวลที่มีต่อสภาพการณ์ แต่ในสถานการณ์ที่บุคคลได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเกิดอันตรายต่อร่างกายนั้นคือ ไม่ว่าจะ

บุคคลนั้นจะมีความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวอยู่ในระดับใดก็ตาม ความวิตกกังวลที่มีต่อสภาพการณ์ก็จะมีความรุนแรงมากขึ้นทันที

2.2.3 สาเหตุของความวิตกกังวล พรณนิกา ธิดำ (2554: 13) ได้สรุปถึงสาเหตุของความวิตกกังวลไว้ 3 ประการดังนี้

1) ลักษณะในเชิงสัญลัษณ์หรือความคิด ทักษะคิด แนวคิดที่บุคคลนั้นจะให้ความหมายกับลักษณะในเชิงสัญลัษณ์ ทั้งภายนอกและภายในตนเอง

2) การคาดเดาล่วงหน้า คือ สิ่งที่จะเข้ามาคุกคาม ก่อทวน ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางจิตได้สำนึกและสามัญสำนึก

3) ความไม่ชัดเจน คือ ความคลุมเครือไม่ชัดเจนของสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจคาดเดาล่วงหน้า เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวลได้ซึ่ง อัญชลี วิวัฒน์เจริญ (2550: 19-20) ได้สรุปถึงสาเหตุของความวิตกกังวลว่า เป็นสิ่งคุกคามต่อความปลอดภัยของบุคคล โดยแบ่งสิ่งคุกคามออกเป็น 2 ชนิด คือ

(1) สิ่งคุกคามในเชิงชีวภาพ (Biological Integrity) เป็นสิ่งคุกคามไม่ให้เกิดความสมดุลในชีวิตตลอดจนทำให้มนุษย์หรือตัวบุคคลไร้ความสามารถ หรือความสามารถลดลง เช่น อาการเจ็บป่วย ร่างกายเปลี่ยนแปลง

(2) สิ่งคุกคามต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) คือ สิ่งคุกคามรอบตัวบุคคลยังส่งผลถึงการยอมรับนับถือในตนเองและผู้อื่นอีกด้วย

สุนันทา ปราโมกษ์ชน (2550: 10) สาเหตุของความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น

1) การไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ หรืออาจถูกขัดใจ ความไม่พึงพอใจไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการ หรืออาจได้รับผลกระทบทางร่างกาย สังกม จิตใจจนก่อให้เกิดความเครียด หงุดหงิด

2) การพัฒนาในช่วงวัยต่างๆที่ได้รับการกระตุ้นให้เกิดความแตกแยก การแยกตัว การพัฒนาการในช่วงวัย หากได้รับสิ่งกระทบกระเทือนใจอาจส่งผลต่อความรู้สึก นึกคิด เกิดความวิตกกังวลสะสม

3) การเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่อันตรายในชีวิต เช่น ความเจ็บป่วยในร่างกาย การเข้ารับการรักษา การต้องสูญเสียอวัยวะ การรับรู้ถึงความสูญเสียในร่างกาย ถ้าบุคคลไม่พบทางแก้ไข บุคคลนั้นจะทำการหนีหรือเตรียมพร้อมที่จะต่อสู้กับเหตุการณ์หรือขัดขวางไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น และหากแก้ไขไม่ได้ก็ต้องมีการพึ่งพาผู้อื่นให้ช่วยเหลือ

4) การเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เกิดการปรับตัวเปลี่ยนแปลงปรับเปลี่ยนให้เป็นที่ไปในทางที่ควรจะเป็น แต่หากปรับเปลี่ยนไม่ได้จะเกิดความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้น เช่น การสูญเสียคนรัก การเสียของรัก การหย่าร้าง เป็นต้น ยังพบว่าประสบการณ์ของมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ คือ ประสบการณ์ในอดีต เกิดการสะสมมาตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาถึงเวลาจะผ่านไปแต่หากมีความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ในอดีต ก่อให้เกิดความฝังใจ หากเหตุการณ์นั้นกลับมาอีกบุคคลจะทำการต่อต้านและไม่ยอมกระทำอีก อาจต้องมีการพึ่งพาบุคคลอื่นให้ช่วยเหลือ ประสบการณ์ในชีวิตประจำวันก็ก่อให้เกิดเหตุการณ์ทำให้บุคคลเกิดความตื่นตัว ตื่นเต้น และสร้างความคิดให้เกิดการวิเคราะห์หรือต่อต้าน หากจะต้องทำหรือประสบปัญหาในขณะนั้นโดยการเกิดความวิตกกังวลนั้นสามารถสรุปออกมาเป็น 5 ขั้นตอน อัญชลี วิวัฒน์เจริญ (2550: 17) ดังนี้

- (1) ขั้นตอนที่ 1 ตัวตนของบุคคลเริ่มมีความคาดหวังและความต้องการ
- (2) ขั้นตอนที่ 2 เกิดอุปสรรคหรือมีสิ่งคุกคามในสถานการณ์นั้นๆ
- (3) ขั้นตอนที่ 3 บุคคลเริ่มหวั่นไหวเริ่มลดคุณค่าในตนเอง
- (4) ขั้นตอนที่ 4 เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในด้านจิตใจ ร่างกายและด้านเคมี
- (5) ขั้นตอนที่ 5 สถานการณ์แบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ ช่วงการคลี่คลายปัญหา

จะก่อให้เกิดความสมดุลทางจิตใจ และช่วงการหลีกเลี่ยงปัญหาก่อให้เกิดความวิตกกังวล

#### 2.2.4 ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกคนมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับ เพศ อายุ อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีตและสุขภาพ รัชชก ทองน้ำวน (2549: 27-28) กล่าวสรุปถึงระดับของความวิตกกังวลไว้ว่า บุคคลจะรับรู้กับความเครียดในหลายช่วงระดับ ขึ้นอยู่กับสิ่งที่มาคุกคาม ได้แก่

- 1) ความเครียดระดับต่ำ เป็นความเครียดที่ถือว่าไม่คุกคามการดำเนินชีวิตประจำวัน
- 2) ความเครียดระดับปานกลาง เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคล ทำให้เกิดความกระตือรือร้น ตื่นเต้น มีความต้องการที่จะทำความเครียดระดับสูง เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวให้ความเครียดลดลงได้ในระยะเวลาต่างๆ ทำให้เกิดโรคได้ และความเครียดในระดับสูงถือเป็นความล้มเหลวในการปรับตัวของคน ส่งผลให้เกิดความท้อแท้และเกิดโรคภัยไข้เจ็บ

### 2.2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ (2556: 58-66) พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เตรียมตัวเข้ารับการรักษาผ่าตัดมักมีปัจจัยในแต่ละด้านดังนี้

1) เพศของบุคคล เพศเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคลิกภาพของร่างกาย เป็นผลจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ซึ่งในเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันออกไป เพศหญิงจะมีอารมณ์และความวิตกกังวลมากกว่าผู้ชายที่มีความแข็งแกร่งกว่า

2) อายุ ถือเป็นสิ่งเร้าร่วมศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจล้มเหลวมีอายุ 53-79 ปี ซึ่งมากกว่าผู้ที่หยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จซึ่งมีอายุ 43-71 ปี

3) การรับรู้สมรรถนะตนเองในการหยาเครื่องช่วยหายใจ เป็นสิ่งเร้าร่วมซึ่งลดความรุนแรงของสิ่งเร้าที่มากกระทบต่อการปรับตัวผ่านกระบวนการรู้คิดการรับรู้สมรรถนะตนเองในการหยาเครื่องช่วยหายใจเป็นความมั่นใจของผู้ป่วยที่จะหายใจเอง โดยปราศจากเครื่องช่วยหายใจ

4) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นสิ่งเร้าร่วมซึ่งจะเพิ่มความรุนแรงของสิ่งเร้าโดยตรงผ่านกระบวนการรู้คิดและกลไกการควบคุม

2.2.6 ผลกระทบของความวิตกกังวล พรธณนิภา ธิคำ (2554: 24) ได้สรุปถึงผลกระทบของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อบุคคลในด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การเรียนรู้ และการรับรู้ แบ่งเป็น

1) ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีและสรีรวิทยา ขณะที่มีความวิตกกังวลร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา ความวิตกกังวลเป็นตัวกระตุ้นให้แคธิโคลามีนถูกขับออกมาสู่กระแสเลือดมากขึ้น แคธิโคลามีน ที่สำคัญมี 2 ชนิด คือ อีพิเนฟรินและนอร์อีพิเนฟริน ซึ่งมีความสามารถดังต่อไปนี้

(1) อีพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น ใจสั่น ขนลุก เหงื่อออกเพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกาย เร่งการย่อยของน้ำตาล ไกลโคเจนในตับ (Glycogenolysis) ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ยังกระตุ้นต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้กระวนกระวาย ม่านตาขยาย และหลอดเลือดขยายตัว

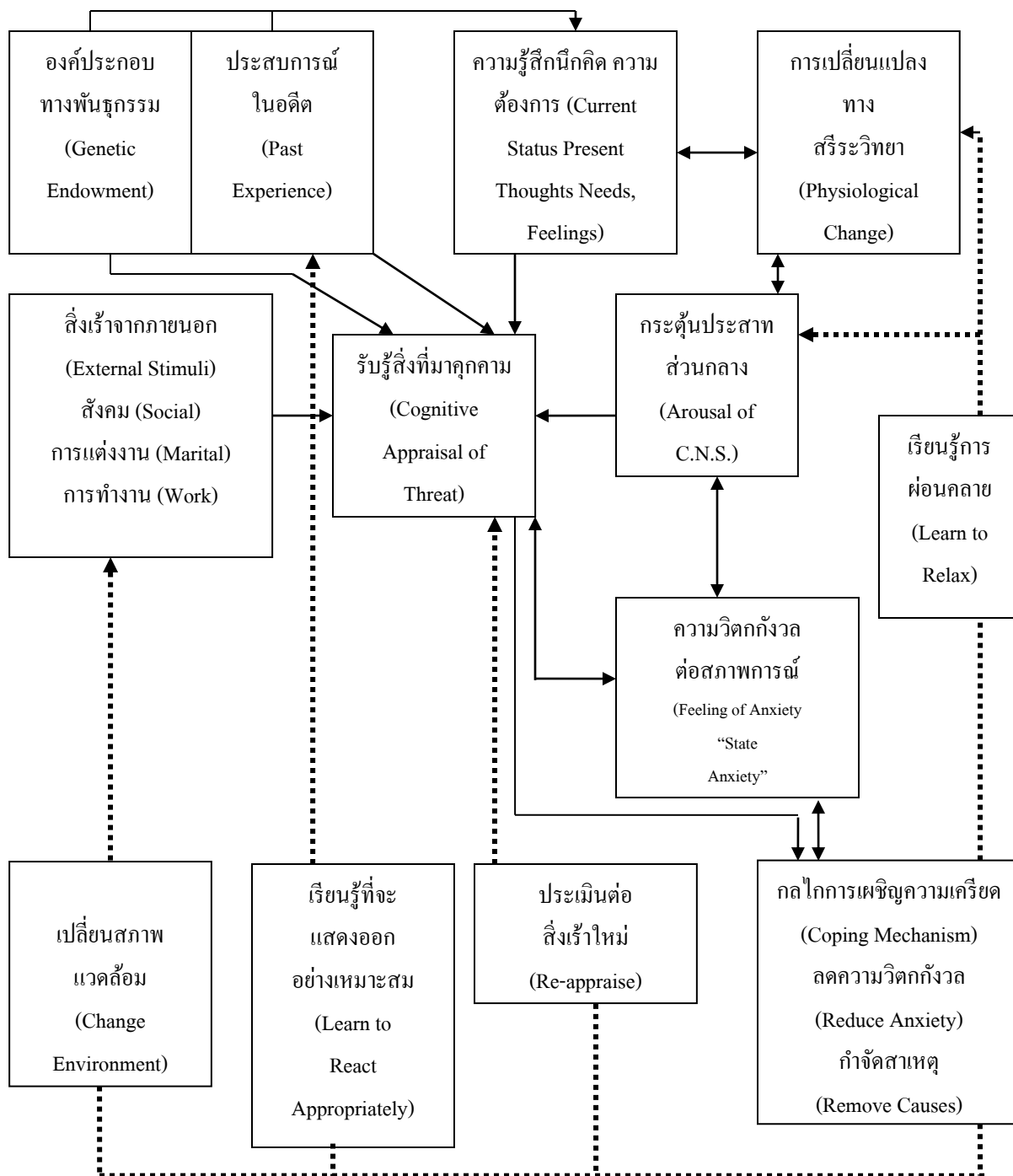
(2) นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นช้าลง แต่ผลที่เกี่ยวกับอัตราการเผาผลาญของร่างกายต่อระบบประสาทส่วนกลาง และการขยายหลอดเลือดมีน้อยกว่า อีพิเนฟรินในการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีที่

สำคัญ เมื่อมีความวิตกกังวล สารคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) ถูกขับออกมาสู่กระแสเลือดมากขึ้น คอร์ติโคสเตียรอยด์ ผลต่อการควบคุมความสมดุลของอิเล็กโทรลิตทำให้เกิดการั่งของโซเดียม มีผลต่อเอ็นไซม์โดยเฉพาะในกระเพาะอาหาร ผลต่อระบบการทำงานของหัวใจทำให้เกิดปริมาณเลือดที่ขับออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความวิตกกังวลจนก่อให้เกิดอาการที่บุคคลเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น ความตึงเครียด และความกลัว ซึ่งบุคคลอาจแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ เช่น ตกใจง่าย กระสับกระส่าย ผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด ความจำ การเรียนรู้และการรับรู้ในตัวบุคคล มีแนวโน้มที่จะคิดไปในทางลดคุณค่าของตนเอง ผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกเมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้น พฤติกรรมการแสดงออกโดยมากจะเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ พฤติกรรมจำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ พฤติกรรมที่แสดงความรู้สึกภายในอย่างเปิดเผย และพฤติกรรมที่เบนความสนใจจากภาวะวิตกกังวลไปสู่อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการทางร่างกาย สาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic) ทั้งหลาย ซึ่งทำให้ความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ น้อยลง และเกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงแบบต่างๆ ตามมา เพื่อนำตนเองออกจากสภาพการณ์ที่ไม่พึงพอใจนี้ การชะงักอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล พฤติกรรมการแสดงออก ได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ การเก็บความรู้สึกไว้ภายในและกลายเป็นอาการซึมเศร้า พฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้นๆ พฤติกรรมที่พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความวิตกกังวล และวิธีการที่ตนเองใช้เพื่อขจัดภาวะวิตกกังวลซึ่งทำให้ตนเองอึดอัดไม่สบายใจนั้นเสีย

### 2.2.7 รูปแบบและกลไกการเกิดความวิตกกังวล

เลเดอร์ และมาร์ค (Lader and Mark, 2001: 154-157) สรุปรูปแบบและกลไกของความวิตกกังวล โดยใช้แนวความคิดของสปิลเบอร์เกอร์เป็นพื้นฐาน รูปแบบของความวิตกกังวลนี้จะแสดงให้เห็นถึงสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล กลไกการรับรู้ของสมอง ปฏิกริยาการตอบสนอง ปฏิกริยาการลดความวิตกกังวลเมื่อสิ่งเร้าเข้าสู่การรับรู้ และการประเมินของบุคคล ดังภาพที่ 2.6

ภาพที่ 2.6 รูปแบบและกลไกของความวิตกกังวลของเลเตอร์



(Lader and Mark, 2001: 155-156)

เส้นทึบ \_\_\_\_\_ หมายถึง เส้นทางการเพิ่มความวิตกกังวล  
 เส้นประ - - - - - หมายถึง เส้นทางการลดความวิตกกังวล

รูปแบบและกลไกของการแสดงความวิตกกังวลว่า องค์ประกอบของพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีตและสภาพการณ์ปัจจุบันของบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด ความต้องการจะมีปฏิสัมพันธ์กันกลายเป็นส่วนหนึ่งของความวิตกกังวลแฝงอยู่ เรียกว่า Trait Anxiety เมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอกเข้าสู่การรับรู้ของบุคคลจะมีการประเมินว่าสิ่งเร้านั้นคุกคาม หรือเป็นอันตรายต่อตนหรือไม่ ซึ่งการประเมินนี้ได้รับอิทธิพลจากความวิตกกังวลแฝงด้วย ถ้าหากบุคคลประเมินว่าสิ่งเร้านั้นคุกคามต่อตนจะมีการแสดงออกของความวิตกกังวล ดังนี้

- 1) ระบบการทำงานของประสาทส่วนกลางถูกกระตุ้น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ
- 2) เกิดความวิตกกังวลในขณะนั้น (State Anxiety)
- 3) มีการแสดงออกโดยใช้กลไกการเผชิญต่อความเครียด (Coping Mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวล หรือกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวล

4) พฤติกรรมที่แสดงออกของความวิตกกังวลทั้งสามด้านนี้ จะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอาจเกิดพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งก่อนแล้ว โยงไปสู่อีกพฤติกรรมก็ได้ การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาและอารมณ์ผ่านทาง การประเมินความรู้สึกนี้ทำให้บุคคลรู้ว่า เขาู้สึกวิตกกังวลจึงพยายามหาทางลดความวิตกกังวลโดยมี

- (1) เปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล
- (2) เรียนรู้ที่จะแสดงออกอย่างเหมาะสม
- (3) มีการประเมินต่อสิ่งเร้าใหม่
- (4) เรียนรู้วิธีลดความวิตกกังวลโดยตรง เช่น เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อลด

การกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา

## 2.2.8 การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวล โดยการให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง อาจเป็นการรายงานด้วยวาจา รายงานด้วยการเขียน หรือตอบคำถามจากแบบสอบถาม หรือแบบวัดความวิตกกังวล ซึ่งมีผู้สร้างขึ้นใช้หลายชนิด เช่น แบบวัดความวิตกกังวลแบบ STAI (The



State-Trait Anxiety Inventory) ของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1996) กล่าวถึงแบบวัดความวิตกกังวลแบบ TMAS (The Taylor Manifest-Anxiety Scale) ของเทลเลอร์ เป็นต้น การประเมินความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้ใช้ได้สะดวกและได้ผลดีถ้าแบบวัดที่สร้างขึ้นมีความเที่ยงและความตรงสูง ดังนั้นการประเมินความวิตกกังวลมีการประเมินได้ 3 วิธี คือ

1) การประเมินจากสภาพทางสรีระวิทยา โดยการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต การหลั่งของน้ำลาย การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต การดึงของกล้ามเนื้อ ความเกร็งของผิวหนัง การตรวจคลื่นสมอง เป็นต้น อาศัยผู้ชำนาญการทางการแพทย์และแปลผลจากการตรวจทางสรีระวิทยา

2) การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล โดยสังเกตพฤติกรรมทางตรงและทางอ้อม การสังเกตทางตรง เช่น การสังเกตอาการหายใจแรง มือสั่น เหงื่อออก กัดริมฝีปาก ถอนหายใจ ลักษณะการพูดเปลี่ยนไป การสังเกตพฤติกรรมเพื่อประเมินความวิตกกังวลนี้มีแบบการสังเกตไว้เป็นแนวทางในการสังเกต เช่น TBCL (Timed Behavioral Check List) หรือแบบวัดอัตราการพูด เป็นต้น ส่วนการสังเกตพฤติกรรมทางอ้อม เมื่อประเมินภาวะความวิตกกังวลสามารถสังเกตได้จากสภาพการณ์ธรรมชาติ เช่น การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลที่เข้าไปในเขตหวงห้าม หรือสังเกตพฤติกรรมของบุคคลที่ทำผิดกฎหมาย ซึ่งวิธีนี้มักมีปัญหาในเรื่องจรรยาบรรณ และการสังเกตก็ต้องมีการวางแผนล่วงหน้าเป็นอย่างดี หรืออีกวิธีหนึ่งที่จะสามารถสังเกตพฤติกรรมได้ทางอ้อม โดยให้บุคคลแสดงบทบาทสมมติแล้วสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวล หรือให้บุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแล้วสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวลจาก BAT (Behavioral Avoidance Tests) เป็นต้น

วิธีลดความวิตกกังวล แนวความคิดของนักจิตวิทยาที่แตกต่างกันออกไป ทำให้วิธีลดความวิตกกังวลมีหลายวิธี และมีกระบวนการไปตามแนวคิดในการเกิดความวิตกกังวลตามความเชื่อของนักจิตวิทยาแต่ละกลุ่มนั่นเอง สำหรับกลุ่มพฤติกรรมนิยม แกรมบริลล์ (Graham, 1998: 449-450) ได้สรุปวิธีลดความวิตกกังวลตามแนวคิดของกลุ่มไว้ คือ แนวคิดที่เชื่อว่าสิ่งเร้าเป็นสิ่งสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลได้เสนอวิธีลดความวิตกกังวล โดยการลดความสัมพันธ์ที่เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับตัวกระตุ้น เช่น ใช้วิธีแยกสิ่งเร้าออกเป็นขั้นๆ และลดความวิตกกังวลเป็นขั้นตามสิ่งเร้านั้น วิธีนี้เรียกว่า การลดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ (Systemic Desensitization) เป็นต้น

2.2.9 ทฤษฎีความวิตกกังวล เทวีรัตน์ ฉวีวรรณ (2552: 10-11) ได้ทำการสรุปทฤษฎีที่อธิบายความสำคัญและเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ไว้ว่า

1) ทฤษฎีแรงขับ (Drive Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ระดับความวิตกกังวลเป็นส่วนสำคัญกับระดับความสามารถ หากว่าบุคคลมีความวิตกกังวลในระดับต่ำจะแสดงออกถึงความสามารถต่ำ และหากบุคคลมีความวิตกกังวลสูงจะมีความสามารถสูง กล่าวได้ว่าความวิตกกังวลต่ำก็จะทำให้ไม่เกิดความกระตือรือร้นหรือไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง เกิดสุขภาพร่างกายและจิตใจไม่สมบูรณ์

2) ทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theories) แรงจูงใจมีลักษณะโครงสร้าง 2 ประการ คือ โครงสร้างของพลังและทิศทางของการเกิดพฤติกรรมบุคคลที่มีพฤติกรรมของความสำเร็จ อันมีผลบวกจากแรงจูงใจสูงก็คือบุคคลที่มีความพยายามอย่างหนัก มีความตั้งใจสูง ไม่ย่อท้อ

3) ทฤษฎีต้องการความสำเร็จ (Need Achievement Theory) เป็นทฤษฎีที่เน้นถึงแรงขับ (Drive) เป็นหัวใจของแรงจูงใจจากแรงขับที่ต้องการความสำเร็จกับแรงขับที่ต้องการจะหลีกเลี่ยงความล้มเหลว อีกนัยหนึ่ง คือ เพราะบุคคลต้องการทำให้เกิดความสำเร็จ แรงจูงใจจึงเกิดเพราะไม่ต้องการให้เกิดความล้มเหลว เป็นผลให้แรงจูงใจเกิดขึ้น

4) ทฤษฎีจิตลักษณะวิตกกังวล (The Trait Anxiety Approach) เป็นการสร้างแรงจูงใจที่ต้องการให้ประสบความสำเร็จในงานนั้น เกิดขึ้นเพราะอิทธิพลของความวิตกกังวล อันเกิดจากการประเมินพฤติกรรม กล่าวได้ว่า บุคคลใดมีความวิตกกังวลสูงแรงจูงใจที่จะพยายามก็มีมากแต่หากมีความวิตกกังวลในระดับต่ำแรงจูงใจที่จะพยายามก็มีน้อยลงเช่นเดียวกันกับทฤษฎีแรงจูงใจ

5) ทฤษฎีความหวัง (Expectation of Reinforcement) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่อยู่บนพื้นฐาน มาจากทฤษฎีการเรียนรู้จากสังคม (Social Learning Theory) เน้นการคาดหวังพฤติกรรมมากกว่าตัวแรงขับ (Drive) และพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จเป็นพฤติกรรมที่ระดับของการยอมรับของตนเองและของคนอื่น

6) ทฤษฎีความมั่นใจในศักยภาพแห่งตน (Self-Efficacy) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับ และใช้ในเรื่องของแรงจูงใจ ความหมายของความมั่นใจในศักยภาพแห่งตนคือ ความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถและทำได้ เป็นตัวชักนำให้พฤติกรรมเป็นแรงจูงใจให้พยายามทำมากขึ้น

### 3. การให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal Block)

การให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยโดยทั่วไปมีอยู่ 2 วิธีการ ได้แก่ General anesthesia เป็นการวางยาสลบและการฉีดยาชาเข้าทางหลอดเลือด และ Regional Anesthesia เป็นการทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหมดความรู้สึกไปชั่วคราว โดยการใส่ยาหรือสารเคมีที่ออกฤทธิ์โดยตรงต่อ

เส้นประสาทส่วนที่รับความรู้สึกบริเวณนั้น ด้วยการสกัดกั้นการนำกระแสประสาทส่วน Sensory conductivity ส่วนด้าน Motor จะถูกสกัดกั้นหรือไม่ก็ได้ การเลือกวิธีระงับความรู้สึกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ควรพิจารณาทั้งข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยินยอมโดยมีลายลักษณ์อักษรชัดเจน มีการเตรียมอุปกรณ์และยาพร้อมใช้ รวมทั้งเครื่องดมยาสลบ ยาสำหรับแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง

### 3.1 แนวคิดการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal Block)

การให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง เป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับค่านิยม ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายหรือกล่าวถึงการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาชา (Spinal block) ไว้ดังนี้

จิตติมา เตชะวุฒิธร และคณะ (2553: 9-19) เป็นวิธีการในการให้ยาระงับความรู้สึกโดยใช้วิธีการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ร้อยละ 80-90 เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว อาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิต เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจยาก การสำลักอาหาร และน้ำย่อยเข้าปอด รวมทั้งการระงับปวดหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพดีกว่า ระยะเวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดสั้นกว่า รวมถึงประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่า

บันลือ ช่อดอก และอารยะ ไช้มุกด์ (2553: 247-255) เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย แม้ว่าวิธีการระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังมีความปลอดภัยสูง แต่ยังคงมีรายงานอัตราการเสียชีวิตโดยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง จึงมีวิธีการใช้วิธีระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาชาเฉพาะที่ (local anesthesia) ทดแทนวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด

ไมตรี ยอดแก้ว และคณะ (2553: 50-70) เป็นวิธีที่นิยมใช้เนื่องจากเป็นวิธีที่หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก และสำลักอาหารเข้าปอด เป็นต้น อันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและรุนแรง นอกจากนี้การให้มอร์ฟีนด้วยการฉีดยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังอย่างเดียว หรือให้ร่วมกับยาชาเฉพาะที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและระยะเวลาการระงับปวดทั้งในระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ดีสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็ว (early ambulation) เพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นตัว ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยที่มาใช้บริการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง จะมีความปลอดภัยและคลายวิตกกังวลขณะผ่าตัด

ปริยชาติ สชนเสาวภาคย์ (2554: 18-25) เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมเนื่องจากง่าย สะดวก มีประสิทธิภาพในการระงับความรู้สึกได้ดี มีข้อดีว่าการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว (General Anesthesia) ในการผ่าตัดหลายชนิดซึ่งวิสัญญีแพทย์นิยมเลือกใช้เป็นวิธีแรก รวมทั้งผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นและยอมรับมากขึ้น ข้อดีของการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังที่เด่นกว่าวิธีอื่นคือ ลดการหลังฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อหัวใจและปอด ลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราการเกิด Deep Vein Thrombosis สามารถให้ยาระงับปวดร่วมกับยาชา จึงมีผลในการลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้ ความต้องการยาแก้ปวดอื่นๆ หลังผ่าตัดลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น และฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึกได้เร็วกว่าการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว จึงลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและโรงพยาบาล นับว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมในการผ่าตัดในส่วนล่างของร่างกาย (Lower Extremities) การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean Section) การผ่าตัดช่องท้องบางชนิด

สุพจน์ ประพันธ์ประชา และราตรี แฉล้มภักดิ์ (2554: 8-14) กล่าวว่าวิธีการนี้ มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยในระดับสูง สามารถระงับปวดหลังผ่าตัดได้ดี มีประสิทธิภาพดีกว่า ทำให้ระยะเวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดสั้นกว่า ค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่าการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia: GA) โดยการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงขั้นเสียชีวิตได้

ชนิดา อนุวัธนวิทย์ (2555: 123-132) กล่าวถึงวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาร่วมกับมอร์ฟีนเข้าทางช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal Block with Intrathecal morphine) เป็นวิธีการที่นิยมมากในปัจจุบัน เนื่องจากมีความปลอดภัย และทำได้ไม่ยาก ตลอดจนสามารถระงับอาการปวดหลังผ่าตัดได้ดี ทำให้ความต้องการยาแก้ปวดอื่นๆ ภายหลังการผ่าตัดลดลง ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึกเร็ว

หัสชา เนือยทอง (2555: 297-301) กล่าวว่า เป็นกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกส่วนล่างของร่างกาย มีข้อดีคือ ไม่มีผลต่อระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวดีในขณะที่ทำการผ่าตัด ช่วยลดปัญหาการสำลักทางเดินหายใจอุดตัน ลดการเสียชีวิต ผู้ป่วยสามารถขยับและลุกเดินได้เร็ว เสียค่าใช้จ่ายน้อย และกล้ามเนื้อขาอ่อนตัวได้ดีกว่าการให้ยาสลบ นอกจากนี้ความต้องการยาแก้ปวดในช่วงหลังผ่าตัดน้อยกว่าการวางยาสลบ เนื่องจากระบบประสาทถูกสกัดจากยาราก่อนที่จะเกิดบาดแผล ผิดกับการวางยาสลบซึ่งจะกดสมองไม่ให้รับรู้ความเจ็บปวด แต่ระบบประสาทไขสันหลังและระบบประสาททั่วร่างกายยังทำงานอยู่ เมื่อหมดฤทธิ์ยาสลบก็จะปวดมาก และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดโดยการให้ยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังคือ การผ่าตัดที่บริเวณ ขา ตะโพก อวัยวะเพศ ช่องท้องส่วนล่าง เช่น

ผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบคือ ความดันโลหิตต่ำ ยาชาออกฤทธิ์สูง หัวใจหยุดเต้น ปวดศีรษะ ปวดหลัง อันตรายต่อเส้นเลือด ปัสสาวะกั่ง เยื่อหุ้มสันหลังอักเสบ (ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ)

สรุปได้ว่า วิธีฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง (Spinal anesthesia) คือ กระบวนการระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังที่มีความปลอดภัย เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ซึ่งอาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ลดปัญหาการเกิดสำลัก ลดการเสียเลือด สามารถยับยั้งและลุกเดินได้เร็ว เสียค่าใช้จ่ายน้อย และกล้ามเนื้อขาอ่อนตัวดีกว่ายาสลบเป็นต้น (อ้างถึงในสมชาย อมร โยธิน, 2548: 182-194) โดยมีข้อบ่งชี้สำคัญ คือ

- 1) การผ่าตัดที่อยู่ต่ำกว่ากระบังลมและมีเวลาการผ่าตัดไม่เกิน 2-3 ชั่วโมง
- 2) สำหรับรักษาโรคหลอดเลือดตีบบริเวณขา
- 3) ลดอาการเจ็บปวดจากโรคมะเร็ง ปวดหลัง ตับอ่อนอักเสบ และ Mesenteric Thrombosis
- 4) ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคของหลอดเลือดออกจากอาการ Vasospastic ที่เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติ
- 5) ใช้ร่วมกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (Combined General Anesthesia) เพื่อการผ่าตัด
- 6) เพื่อระงับปวด เช่น ระงับปวดหลังผ่าตัด (วารภรณ์ เชื้ออินทร์ และสรรชัย ชีรพงศ์ ภัคดี, 2547)

มีข้อห้ามใช้ คือ (อ้างถึงในศศิกานต์ นิมมานรัชต์, 2550: 340-373)

- 1) Absolute ในกรณีมีการติดเชื้อตรงตำแหน่งที่จะแทงเข็ม ผู้ป่วยปฏิเสธ เลือดแข็งตัวผิดปกติ มีภาวะพร่องน้ำอย่างรุนแรง ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม ลิ้นหัวใจ aortic ตีบอย่างรุนแรง และลิ้นหัวใจ Mitral ตีบอย่างรุนแรง เป็นต้น
- 2) Relative ในกรณีมีการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ มีความผิดปกติของระบบประสาทอยู่ก่อนแล้ว Demyelinating Lesions ลิ้นหัวใจตีบ และกระดูกสันหลังมีความผิดปกติอย่างรุนแรง เป็นต้น
- 3) Controversial กรณีเคยผ่าตัดมาก่อน ตรงตำแหน่งที่จะแทงเข็ม ไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ การผ่าตัดที่ซับซ้อน ใช้เวลานาน เสียเลือดมาก และการผ่าตัดที่รบกวนการหายใจ

### 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึก

1) ตัวผู้ป่วย ความปลอดภัยที่วิสัญญีแพทย์จะต้องทราบถึงโรคที่ผู้ป่วยต้องมารับการผ่าตัด ตลอดจนโรคประจำตัวที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และยาต่างๆที่ได้รับ การให้ยาระงับความรู้สึกอาจมีผลทำให้ระบบไหลเวียน ระบบหายใจและระบบอื่นๆของร่างกาย เปลี่ยนแปลงจนอาจเกิดอันตรายได้ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อก ร่างกายพยายามรักษาความดันเลือดให้เพียงพอที่จะไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญต่างๆ เช่น สมองและหัวใจ สำหรับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ หากมีการให้ยาระงับความรู้สึกที่ไปยับยั้งการทำงาน ทำให้ความดันเลือดต่ำจนเป็นอันตราย วิสัญญีแพทย์จึงต้องทราบถึงพยาธิสภาพของผู้ป่วยจากประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องทดลองและวิธีเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

2) สภาพจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะพอใจกับวิธีการให้ยาที่ออกฤทธิ์เร็ว และสามารถทำให้หมดความรู้สึกตัวได้เร็ว หรือออกฤทธิ์ระงับปวดได้ทันที โดยผู้ป่วยไม่ต้องรับทราบ หรือได้ยินเสียงในขณะที่ผ่าตัด และเมื่อฟื้นจากยาสลบก็จะไม่ปวดหรือเจ็บปวดน้อยที่สุด บางรายมีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดอย่างมากจนไม่ยอมรับการให้ยาชาเฉพาะส่วน ซึ่งวิสัญญีแพทย์จะต้องเป็นผู้อธิบายถึงขั้นตอนและกระบวนการทำความเข้าใจกับผู้ป่วย ถึงข้อดีข้อเสียของการให้ยาระงับความรู้สึกวิธีต่างๆ พร้อมกับแนะนำวิธีที่คิดว่าเหมาะสมและปลอดภัยมากที่สุดแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

3) แพทย์และการผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยที่เอื้ออำนวยต่อการผ่าตัดนั้น ศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ควรมีการประสานงานที่ดี มีการเตรียมการล่วงหน้าเพื่อเลือกใช้เทคนิค และยาระงับความรู้สึกที่เหมาะสมจะทำให้การผ่าตัดสะดวกรวดเร็วขึ้น ผลแทรกซ้อนระหว่างหรือหลังผ่าตัดน้อยลง

4) ความชำนาญและประสบการณ์ของวิสัญญีแพทย์ การให้ยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยถือเป็นศิลปะของวิสัญญีแพทย์ที่จะนำความรู้ร่วมกับความชำนาญ และประสบการณ์ในการให้ยาสลบหรือฉีดยาชาเฉพาะที่ เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น มีอัตราเสี่ยงน้อยที่สุด

5) ชนิดของการผ่าตัดการให้ยาระงับความรู้สึก ควรเลือกวิธีที่จะเอื้ออำนวยให้ทำการผ่าตัดได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด

### 3.3 การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

กระบวนการประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการระงับความรู้สึก เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย นอกเหนือจากการเฝ้าระวังในขณะดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกและการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังการผ่าตัดสิ้นสุด เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ทำให้ทราบปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

มีโอกาสได้ตอบข้อสงสัย รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสม เพื่อการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด มีโอกาสสร้างสัมพันธอันดีระหว่างวิสัญญีแพทย์และผู้ป่วย และได้ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยที่จำเป็น เพื่อการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการระงับความรู้สึก การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนกับการเตรียมผู้ป่วย โดยศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์จะดูแลในส่วนที่เป็นการประเมินความพร้อมหรือความแข็งแรง (Physical Status) ของผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ป่วยในส่วนของการให้ยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด รวมทั้งการเลือกใช้ยาที่ให้ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ (วัชริน สิทธวานนท์, 2550: 51)

ในส่วนของการให้ยาระงับความรู้สึกและการดูแลหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการต่างๆ ในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจไม่เคยรับรู้มาก่อน รวมทั้งทำความเข้าใจว่าอาจจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ล่วงหน้า จะส่งผลให้ผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือดีขึ้น และบางครั้งระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก อาจเกิดปัญหาที่ไม่คาดคิดขึ้นได้ บุคลากรทางวิสัญญีควรพูดคุยกับผู้ป่วย และญาติเพื่อให้การแก้ปัญหาทำได้ง่ายขึ้น หรืออาจช่วยลดโอกาสการฟ้องร้องลงได้ สำหรับการให้คำแนะนำอื่นๆ เช่น การวางแผนระงับปวดหลังผ่าตัดก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนที่จะมีความปวดเกิดขึ้น ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในแต่ละช่วงอายุ แต่ละชนิดของการผ่าตัด และผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความแตกต่างกันไป แต่สิ่งสำคัญคือการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในสภาพร่างกายแข็งแรง สามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังผ่าตัดลงได้ (สมบุรณ์ เทียนทอง, 2557: 24) โดยจุดมุ่งหมายสำหรับการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก (Preoperative Evaluation) มี 5 ข้อสำคัญ คือ

1) เพื่อทราบข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน รวมทั้งสุขภาพทางจิตของผู้ป่วยเพื่อการส่งตรวจสอบทางเคมีวิทยา รังสีวิทยาและอื่นๆ ต่อไป รวมทั้งการส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่เป็นปัจจุบัน

2) เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการให้ยาระงับความรู้สึก ความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และแผนการให้ยาระงับความรู้สึกตลอดจนการดูแลต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัด

3) เพื่อให้ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการให้ยาระงับความรู้สึก

4) เพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก การดูแลผู้ป่วยในช่วงผ่าตัดและการระงับปวดหลังผ่าตัดเท่าที่จำเป็น ช่วยให้การฟื้นคืนจากการผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น

5) เพื่อให้แผนการให้ยาระงับความรู้สึกดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด

ความสำคัญของการประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก นอกจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างวิสัญญีแพทย์กับผู้ป่วย การมีข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยช่วยในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการที่ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลที่เป็นแล้ว การประเมินผู้ป่วยสามารถช่วยให้ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย การเตรียมการเพื่อลดความเสี่ยงจากการให้ยาสลบต่างๆ เช่น การหยุดสูบบุหรี่ก่อนการผ่าตัด การเตรียมลดอัตราหัวใจเต้นเร็ว และการควบคุมความดันเลือด เป็นต้น ช่วยลดอัตราการตายหรืออัตราการพิการ และเกิดผลดีต่อการเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่า อาจใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก การเตรียมเครื่องตรวจวัดน้ำตาลในกรณีที่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นเบาหวาน เป็นต้น ถึงแม้ว่าการเตรียมการดังกล่าวอาจไม่ทำให้อัตราการตายหรืออัตราการพิการลดลง แต่จะช่วยให้กระบวนการให้ยาระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่น

### 3.4 ข้อดีของการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง

1) ยับยั้งการหลั่ง Stress Hormone เมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บอาจส่งผลให้ร่างกายเกิดการปล่อยออกซิเจนเพื่อการเผาผลาญในร่างกายมากขึ้น เป็นผลเสียโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การให้ยาชาเฉพาะส่วน จะช่วยลดผลนี้โดยระงับการส่งกระแสประสาทรับความปวด หรือร่วมกับระงับประสาทจากสมองไปยังอวัยวะที่หลั่งฮอร์โมน

2) ผลแทรกซ้อนทางระบบหายใจน้อยกว่าเมื่อควบคุมระดับการชาไม่ให้สูงเกินไป ผู้ป่วยจะหายใจเองได้เป็นปกติในขณะที่ผ่าตัด เกิดผลแทรกซ้อนทางระบบหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาสลบเนื่องจากมี Vital Capacity และ Functional Residual Capacity ใกล้เคียงภาวะปกติ อีกทั้งภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจน้อยกว่า ลดความเสี่ยงจากการสำลักเข้าปอดและการบวม

3) ผลแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนเลือดน้อย ผู้ป่วยที่ได้รับยาชาเฉพาะที่ต่ำกว่า Dermatome ระดับ T4 มักจะไม่มีปัญหาทางการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด และลดความต้องการออกซิเจนของหัวใจ เนื่องจากลดการหลั่ง Stress Hormone เมื่อเทียบกับการให้ยาสลบ

4) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร การให้ยาชาเฉพาะส่วนเพิ่มการบีบตัวของลำไส้ ทำให้ลำไส้ทำงานได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้ยาดมสลบ นอกจากนั้นยังเป็นผลดีในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อลำไส้ เนื่องจากจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดบริเวณนี้

5) ลดปริมาณการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดน้อยกว่าการให้ยาสลบ ร้อยละ 20-50 เนื่องจากค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาสลบ



6) ลดอัตราการเกิด Thromboembolism การให้ยาเฉพาะส่วนจะเพิ่มการไหลเวียนของเลือดบริเวณขา ช่วยลด Platelet Aggregation และเพิ่ม Fibrinolytic function เพื่อลดอัตราการเกิด Thromboembolism เมื่อเทียบกับการให้ยาสลบ

7) ไม่รบกวนการรับรู้ของสมอง สามารถให้ความร่วมมือกับแพทย์ได้ดีขณะและหลังการผ่าตัด

8) ไม่รบกวนระบบภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาสลบจะมีการทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลงแต่จะกลับเป็นปกติหลังการให้ยาสลบ เชื่อว่าอาจเป็นผลมาจาก Stress Hormone หรือ Neurotransmitter บางอย่างที่มีมากขึ้นในผู้ป่วยขณะที่ได้รับยาสลบ

9) ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลสั้น ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี และเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดได้เร็ว โดยเฉพาะเมื่อได้รับยาระงับปวดหลังผ่าตัด ทำให้ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลสั้น และมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดน้อยกว่า

### 3.5 ขั้นตอนการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block)

- 1) ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ
- 2) งดน้ำงดอาหารผู้ป่วยอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (กรณีไม่เร่งด่วน)
- 3) แทางลือดเลือดดำ เพื่อให้สารน้ำ Balance Salt Solution ปริมาณ 10-20 มิลลิลิตร/กิโลกรัม ก่อนทำหัตถการ 15-20 นาที (ปรับตามสภาพผู้ป่วย)
- 4) ดิจอุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ และต้องมีวิสัญญีแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย พร้อมบันทึกข้อมูลสัญญาณชีพ
- 5) ภาวะของออกซิเจนในร่างกาย (Oxygenation) โดยสังเกตสีผิวหนังและการใช้เครื่อง Pulse Oximeter ตรวจวัดภาวะความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง
- 6) ภาวะการหายใจ (Ventilation) โดยการนับจำนวน หรือฟังการหายใจ
- 7) ภาวะการไหลเวียนเลือด (Circulation) โดยวัดความดันเลือดและชีพจร
- 8) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เฝ้าระวังตลอดเวลาตั้งแต่ก่อนจนเสร็จสิ้นการผ่าตัด
- 9) การจัดทำผู้ป่วยในท่าตะแคงหรือนั่ง ดังภาพที่ 2.7 และภาพที่ 2.8

ภาพที่ 2.7 จัดท่าผู้ป่วยในท่าตะแคง



(มาลินี วงศ์สวัสดิ์วัฒน, 2556: 19)

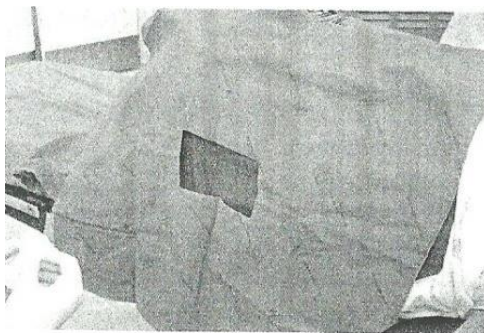
ภาพที่ 2.8 การจัดท่าผู้ป่วยในท่านั่ง



(มาลินี วงศ์สวัสดิ์วัฒน, 2556: 19)

10) สวมถุงมือปราศจากเชื้อและทำความสะอาดบริเวณหลังด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ปู  
ผ้าโดยวิธีปราศจากเชื้อ ดังภาพที่ 2.9 และ 2.10

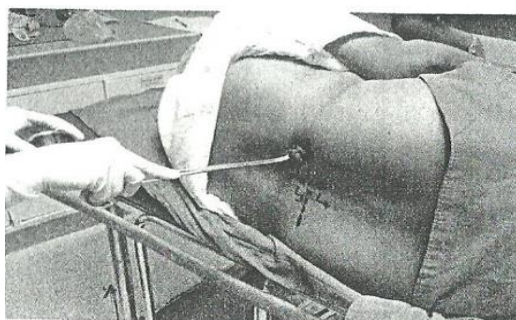
ภาพที่ 2.9 การทำความสะอาด  
น้ำยาฆ่าเชื้อ



สะอาดบริเวณหลังด้วย

(วิวัฒน์ วศินวงศ์, 2554: 102)

ภาพที่ 2.10 การปูผ้า



ปราศจากเชื้อ

(วิวัฒน์ วศินวงศ์, 2554: 102)

11) คลำหาช่อง L3-4 โดยคลำจาก Iliac Crest จากนั้นลากลงมาตัดกับแนว  
กึ่งกลางลำตัว ใช้นิ้วหัวแม่มือคลำหาปุ่มกระดูกไปทางด้านศีรษะและลงล่างเพื่อหาร่องนูนระหว่าง

กระดูกซึ่งจะเป็นช่อง Interspinous Space ควรหลีกเลี่ยงตำแหน่ง L 1-2 หรือ L 2-3 ดังกล่าวแล้วเพื่อลดโอกาสเข็มแทงถูกไขสันหลัง ดังภาพที่ 2.11

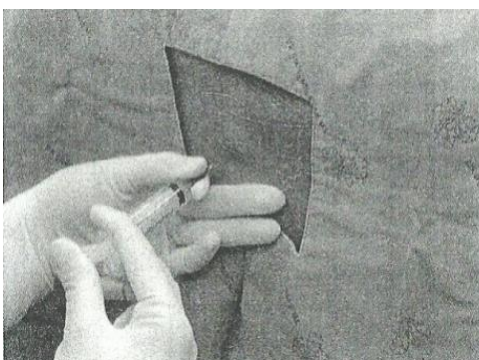
ภาพที่ 2.11 การหาช่องระหว่าง Spinous Process ของกระดูกสันหลังส่วนเอวที่ L3-4



(วิวัฒน์ วศินวงศ์, 2554: 103)

12) นีดยาชา 1 % Lidocaine ได้ชั้นผิวหนังที่บริเวณตำแหน่งช่องที่กล่าวได้ การแทงเข็มเพื่อฉีดยาชาเฉพาะที่ ช่วยในการบอกแนวเข็ม Spinal Needle ที่จะแทงเข้าช่องระหว่างกระดูกสันหลัง ดังภาพที่ 2.12

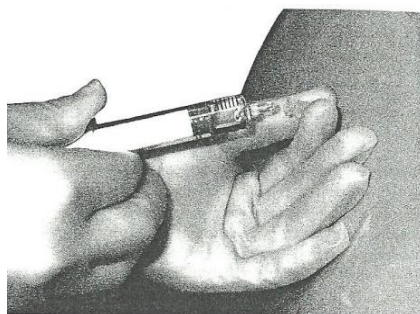
ภาพที่ 2.12 การฉีดยาชาชั้นใต้ผิวหนังบริเวณตำแหน่งที่จะแทงเข็ม Spinal



(วิวัฒน์ วศินวงศ์, 2554: 103)

13) การแทงเข็มใช้ Spinal Needle ขนาด 27G ใช้มือข้างที่ถนัดจับส่วน hub ของเข็มและมืออีกข้างจับบริเวณกึ่งกลางเข็ม กรณีใช้เข็มชนิด Quincke ให้หันปลายตัดของเข็มในแนวขนานกับเส้นใย (Fiber) ของ Dura Mater เพื่อไม่ให้ปลายเข็มตัดเส้น ตลอดจนลดโอกาสในการเกิด Post-Dural Puncture Headache ขณะแทงเข็มพยายามอย่าออกแรงดันจนเข็มโค้งงอ จะทำให้ทิศทางปลายเข็มเบนออกจากแนวเข็มที่ต้องการ ดังภาพที่ 2.13

ภาพที่ 2.13 วิธีการแทงเข็ม Spinal



(วิวัฒน์ วศินวงศ์, 2554: 112)

- 14) จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงาย
- 15) ตรวจสอบระดับการชาจนถึงระดับยาชาขึ้นสูงสุด
- 16) ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 นาที จนกว่าจะปลอดภัย

### 3.6 กลไกการออกฤทธิ์ (Mechanism of action)

Differential Blockade คือการที่ Nerve Fiber แต่ละชนิดจะไวต่อยาชาไม่เท่ากันและจะถูกยับยั้งด้วยยาชาความเข้มข้นต่างกัน Sympathetic Fiber จะถูกยับยั้งด้วยยาชาความเข้มข้นต่ำ ถัดมาเป็น Nerve Fiber รับ Pain, Touch และ Motor สำหรับการระงับความรู้สึกบริเวณไขสันหลัง พบว่าการยับยั้งระบบประสาท Sympathetic จะเกิดก่อนตามมาด้วยการยับยั้ง Sensory และ Motor ใน Spinal Anesthesia การยับยั้งระบบประสาท Sympathetic จะสูงกว่าความรู้สึก Pin Prick 2-6 ระดับและสูงกว่า

Motor 2-3 ระดับ เชื่อว่าเกิดจากการกระจายของยาชาใน CSF ที่มีความเข้มข้นต่างกัน สำหรับการระงับความรู้สึกบริเวณไขสันหลัง ทำให้เกิดยับยั้งการทำงานของไขสันหลัง คือ Somatic Blockade และ Autonomic Blockade มีข้อแตกต่างคือ

1) Somatic Blockade ทำการยับยั้งการรับความรู้สึก (Sensory Blockade) ทั้ง Somatic และ Visceral และการทำงานของกล้ามเนื้อ (Motor Blockade) ทำให้กล้ามเนื้อไม่มี Tone

2) Autonomic Blockade ระบบประสาท Autonomic ได้แก่ ระบบ Sympathetic และ Parasympathetic โดยที่ Sympathetic Preganglionic Fiber จะออกจากไขสันหลังระดับ T1-L2 และอาจขึ้นหรือลงตามแนว Sympathetic Chan ก่อนที่จะ Synapse บริเวณ Sympathetic Ganglion ส่วนระบบประสาท ประสาท Parasympathetic จะออกจากระบบประสาทส่วนกลางบริเวณศีรษะและก้น (Craniosacral) การระงับความรู้สึกบริเวณไขสันหลัง ไม่สามารถยับยั้งการทำงานของ Vagus Nerve เมื่อระงับความรู้สึกบริเวณไขสันหลัง จะทำให้การทำงานของระบบประสาท Sympathetic ลดลงและระบบประสาท Parasympathetic เด่นขึ้น ซึ่งทำให้เกิดผลต่อระบบต่างๆ ดังนี้

(1) ผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ระบบประสาท Sympathetic ระดับ T5-L1 จะทำการควบคุม Vasomotor Tone ของหลอดเลือด การระงับความรู้สึกบริเวณไขสันหลังจะยับยั้งการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ทำให้ความดันเลือดลดลงจากหลอดเลือดขยายตัว โดยมีผลต่อหลอดเลือดดำมากกว่าหลอดเลือดแดง เนื่องจากมีกล้ามเนื้อเรียบน้อยกว่าการที่หลอดเลือดดำขยายตัว ทำให้ปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจลดลง การที่หลอดเลือดแดงขยายตัวทำให้ Systemic Vascular Resistance ลดลงแต่ไม่มาก หากสามารถคงปริมาณเลือดให้ปกติการยับยั้งระบบประสาท sympathetic ที่สูงถึงระดับ T1-T4 จะทำให้ Sympathetic Cardiac Accelerator จะถูกยับยั้งอัตราการเต้น และการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง บางครั้งอาจพบหัวใจเต้นช้า ในรายที่ระดับการชาไม่สูงเชื่อว่าเกิดจากปริมาณเลือดที่เข้าสู่หัวใจลดลง ทำให้ลดการกระตุ้นต่อ Chronoscopic Stretch Receptor ในหัวใจในรายที่รุนแรงอาจถึงขั้นหัวใจหยุดเต้น

(2) ผลต่อระบบหายใจ Tidal Volume จะไม่เปลี่ยนแปลงแต่ Vital Capacity ลดลงจาก Expiratory Reserve Volume ลดลง เนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อหน้าท้องถูกยับยั้ง นอกจากนั้นถึงแม้จะเกิด Total Spinal Anesthesia แต่การทำงานของเส้นประสาท Phrenic จะไม่ถูกยับยั้งเพราะความเข้มข้นของความชาที่ไปถึงบริเวณคอนั้น ไม่สูงพอที่จะยับยั้งเส้นประสาท A- $\alpha$  fiber ของเส้นประสาท Phrenic แต่บางครั้งผู้ป่วยอาจหยุดหายใจภายหลังการระงับความรู้สึกบริเวณไขสันหลังเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยง Brainstem ไม่เพียงพอ ผลของการระงับความรู้สึกบริเวณท้องและ

ทรวงอกทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด หายใจไม่ออก ในผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังซึ่งต้องใช้ Accessory Muscle ได้แก่ Intercostals และกล้ามเนื้อท้องในการหายใจ ซึ่งการระงับความรู้สึกบริเวณไขสันหลังจะยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อเหล่านี้ จึงต้องทำด้วยความระมัดระวังผลต่อระบบทางเดินอาหาร Vagal Tone ทำให้ Peristalsis ของลำไส้เพิ่มขึ้นผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนจาก Hyper Peristalsis ถ้าความดันเลือดลดลงจะทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงตับลดลง

(3) ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตคงที่เนื่องจากมี Autoregulation การระงับความรู้สึกระดับเอว และก้น จะยับยั้งทั้งระบบประสาท Sympathetic และ Parasympathetic ของกระเพาะปัสสาวะทำให้มีการคั่งของปัสสาวะได้ (ปวีณา บุญบุรพงศ์ และคณะ, 2550: 25) จนกว่าระดับการชาจะลดลง ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายที่ให้อาการระงับความรู้สึกผ่านทางไขสันหลัง จึงควรได้รับการติดตาม และแก้ไขภาวะนี้ (ชวิษ ชาญชยานนท์, 2550: 39-49)

4) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร จะยับยั้ง Sympathetic Outflow ที่ระดับ T5-L1 ทำให้ vagal tone ลำไส้บีบตัวมากขึ้น ความดันเลือดที่ลดลงภายหลังการให้อาการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ทำให้เลือดไปเลี้ยงตับลดลง อย่างไรก็ตามการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงตับมักเกิดจากผลกระทบของการผ่าตัดในช่องท้องมากกว่า (ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, 2550: 39)

5) ผลต่อเมตาโบลิซึมและต่อมไร้ท่อ การผ่าตัดทำให้เกิดการตอบสนองต่อระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Response) โดยที่ระดับ ACTH, Cortisol, Epinephrine, Norepinephrine, Vasopressin และ Renin-Angiotensin Aldosterone System เพิ่มสูงขึ้นแต่การระงับความรู้สึกบริเวณไขสันหลังสามารถตอบสนองนี้ (ปวีณา บุญบุรพงศ์ และคณะ, 2550: 27)

### 3.7 ภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยาชาเฉพาะที่เข้าช่องไขสันหลัง

#### 3.7.1 ภาวะแทรกซ้อนระยะแรก มีอาการดังนี้

1) ความดันโลหิตต่ำ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย วินิจฉัยจากการที่มีความดันโลหิตลดลงร้อยละ 20-30 จากเดิมหรือต่ำกว่า 90 มิลลิเมตร/ปรอท ในผู้ป่วยที่มีความดันเลือดปกติ (ปวีณา บุญบุรพงศ์ และคณะ, 2550: 42) เนื่องจากในระบบประสาท Sympathetic ถูกยับยั้งไว้ (วารากรณ์ เชื้ออินทร์ และสรรัชย์ ชีรพงศ์ภักดี, 2547: 45) อาการอาจจะรุนแรงมากขึ้นถ้าระดับของการยับยั้งสูงขึ้น ควรรีบให้การรักษาความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เพราะผู้ป่วยอาจจะทนไม่ได้หากจะรอให้การรักษาเมื่อความดันโลหิตต่ำเท่าคนปกติ ดังนั้นในผู้ป่วยสูงอายุขณะเกิดความดันโลหิตต่ำ ควรจับชีพจร และวัดความดันโลหิตซ้ำบ่อยๆ จนกว่าจะดีขึ้นเพราะความดันโลหิตอาจต่ำมากจนถึงหัวใจหยุดเต้นได้หากให้การรักษาไม่ทัน การป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ ทำได้โดย

การให้สารละลาย Crystalloid ที่ไม่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ก่อนที่จะทำการบริหารยาเฉพาะที่เข้าช่องไขสันหลัง เป็น Rehydration Fluid สำหรับในผู้สูงอายุการพัน Elastic Bandage ที่ขาทั้งสองข้างจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตต่ำได้ในกรณีผู้ป่วยตั้งครรภ์ให้ดันมดลูกที่อยู่ด้านซ้าย (Left Uterine Displacement) การรักษาประกอบด้วยการให้สารละลาย Crystalloid ชนิด Balanced Salt Solution เช่น Ringer หรือ NSS ทางหลอดเลือดดำ ให้ครั้งแรกประมาณ 5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม และเพิ่มอัตราเร็วของการให้ต่อไปให้สุดคมออกซิเจน ยกขาสูงเพื่อให้เลือดดำไหลกลับสู่หัวใจมากขึ้น และให้ Vasopressin ยาที่นิยมใช้ได้แก่ Ephedrine 5-10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ

2) ภาวะหัวใจเต้นช้า เกิดจากการยับยั้งเส้นประสาทระบบ Sympathetic ที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้า ป้องกันโดยการควบคุมระดับการ block ไม่ให้สูงเกินความจำเป็น การรักษาโดยเร่งอัตราเร็วของหัวใจด้วย Atropine 0.4-0.6 มิลลิกรัม และฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

3) ภาวะ High Spinal หรือ Total Spinal Anesthesia เกิดจากการที่ยาชาขึ้นไปถึงไขสันหลังระดับคอ ทำให้ระดับประสาท Sympathetic ถูกยับยั้งหมด ผู้ป่วยจะมีอาการความดันเลือดต่ำอย่างรุนแรง หัวใจเต้นช้า หายใจไม่เพียงพอ อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจพบภายหลังจากการทำ Epidural Anesthesia แล้วยาชารั่วไปในชั้น Subarachnoid ผู้ป่วยอาจหยุดหายใจ เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงบริเวณ medulla ไม่เพียงพอ การรักษารีบแก้ไขความดันเลือดต่ำอย่างรวดเร็ว ให้ออกซิเจนพร้อมกับประเมินการหายใจของผู้ป่วยว่าเพียงพอหรือไม่ หากไม่เพียงพอให้ช่วยหายใจโดยผ่านทางหน้ากาก (Assisted Mask Ventilation) หรือใส่ท่อช่วยหายใจแต่ละกรณี (ปีณา บุญบุรพงค์ และคณะ, 2550: 46) เมื่อความดันโลหิตต่ำ และหัวใจเต้นช้าให้การรักษาโดยให้สารละลาย Crystalloid ด้วยอัตราเร็วให้ยาเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและยาทำให้หลอดเลือดหดตัว (วารสารณ์ เชื้ออินทร์ และสรรัชย์ ธีรพงศ์ภักดี, 2547: 54)

4) คลื่นไส้ อาเจียน มักเป็นอาการแสดงแรกเมื่อเกิดภาวะความดันเลือดต่ำ เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง (Cerebral Hypoperfusion) หากผู้ป่วยมีความดันเลือดต่ำร่วมด้วย ภายหลังการรักษาความดันเลือดต่ำแล้ว อาการเหล่านี้จะหายไปนอกจากนี้อาจเกิดจากภาวะ Parasympathetic Tone มากขึ้น เช่น การดึงลำไส้ รักษาโดยให้ Atropine ทางหลอดเลือดดำและให้ Antiemetics เมื่อผู้ป่วยยังคงมีอาการอยู่หลังจากแก้ไขภาวะต่างๆ ดังกล่าวแล้ว

### 3.7.2 ภาวะแทรกซ้อนในระยะหลัง

1) ปวดศีรษะ (Post Dural Puncture Headache) อาการที่พบ ปวดศีรษะสองข้างบริเวณ Frontal, Orbital หรือ Occipital และอาจไปถึงคอ บางครั้งอาจพบ Photophobia หรือ อาการ



คลื่นไส้ร่วมด้วย ลักษณะเด่นคือ อาการจะมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งหรือยืนเมื่อเทียบกับเวลานอนราบ มักพบหลังการทำประมาณ 12-72 ชั่วโมง ปัจจุบันเชื่อว่าการนอนราบจะช่วยลดอุบัติการณ์การปวดศีรษะ ซึ่งความดันภายในกะโหลกศีรษะลดลงจาก CSF รั่วจากรูเข็มที่ทะลุชั้น Dura อุบัติการณ์จะสัมพันธ์กับขนาดของเข็ม คือ ถ้าเข็มขนาดใหญ่จะพบบ่อยขึ้น ชนิดของเข็ม เข็มปลายตัด(Cutting Point) จะพบบ่อยกว่าเข็มปลายแหลม (Pencil Point) และถ้า Bevel ของเข็มตัดผ่าน Fiber ของ Dura จะทำให้โอกาสเกิดบ่อยขึ้น ผู้ที่มีโอกาสสูงในการเกิดอาการนี้ ได้แก่ อายุน้อย ผู้หญิงและตั้งครรภ์การรักษาให้การรักษาแบบประคับประคอง โดยให้ผู้ป่วยนอนพักค้ำน้ำมากๆ และรับประทานยาแก้ปวด ถ้าไม่หายพิจารณาทำ Epidural Saline Injection ฉีด Normal Saline เข้าไปในช่องเหนือ Dura 30-50 มิลลิลิตร หรือทำ Epidural Blood Patch คือ การฉีดเลือดของผู้ป่วยเข้าไปช่องเหนือ Dura 10-15 มิลลิลิตร วิธีนี้มักไม่เกิดเป็นซ้ำเมื่อเทียบกับ Epidural Saline Injection

2) การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท เกิดได้หลายรูปแบบ ได้แก่ การสูญเสียการรับความรู้สึก การควบคุมกล้ามเนื้อหรือทั้งสองกรณีร่วมกัน (Sensory, Motor combined Deficit) เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ เช่น การอักเสบของเยื่อ Arachnoid จากสารเคมี (Chemical Arachnoiditis) ก้อนเลือด (Hematoma) การบาดเจ็บต่อเส้นประสาทโดยตรง (Direct Nerve Injury), Anterior Spinal Syndrome ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ อาจเกิดเป็นเวลานานหรือเกิดถาวร ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็วอาจช่วยลดความรุนแรงลงได้

3) อาการปวดหลัง ไม่เกี่ยวข้องกับทำให้ยาระงับความรู้สึกบริเวณไขสันหลัง เพราะสามารถพบได้ภายหลังการดมยาสลบ ถ้าเกิดจากการระงับความรู้สึกบริเวณไขสันหลัง สาเหตุเนื่องจากเข็มแทงการระคายเคืองจากยาชาและ Strain ของเอ็นต่างๆจากกล้ามเนื้อหย่อน ส่วนใหญ่อาการมักไม่รุนแรงถ้าอาการรุนแรงต้องคิดถึง Epidural Hematoma หรือ Abscess

4) ปัสสาวะไม่ออก เนื่องจากมีการยับยั้งไขสันหลังระดับ S2-S4 ทำให้ Tone ของกระเพาะปัสสาวะลดลง และยับยั้ง Voiding Reflex ควรสวนปัสสาวะเป็นทุก 6 ชั่วโมงจนกว่าผู้ป่วยจะปัสสาวะได้เอง (วารสาร ธีโออินทร์ และสรราชย์ ธีรพงศ์ภักดี, 2547: 58)

### 3.8 การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

ยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกมักมีผลต่อระบบต่างๆของร่างกาย เช่น ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด เป็นต้น ซึ่งหลังจากเสร็จสิ้นการระงับความรู้สึกแล้ว ผู้ป่วยอาจมีผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึกหลงเหลืออยู่ร่วมกับผลจากการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ บทบาทของบุคลากรทางวิสัญญีที่มีได้มีเฉพาะการดูแลและระหว่างการผ่าตัด แต่มีต่อเนื่องไปถึงดูแลผู้ป่วย

ให้ห้องพักฟื้น บุคลากรทางวิสัญญีจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่จะดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยพร้อมกับทำการประเมิน ป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันท่วงที (สุวรรณิ สุรเศรษฐวิวงศ์, และคณะ. (บก.), 2552: 306-321)

ห้องพักฟื้น (Post Anesthesia Care Unit: PACU) ลักษณะของห้องพักฟื้นควรอยู่ใกล้ห้องผ่าตัด เพื่อให้วิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ประเมินอาการผู้ป่วยได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว หากมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดสามารถนำผู้ป่วยกลับเข้าสู่ห้องผ่าตัดได้ทันที ควรอยู่ใกล้หออภิบาลผู้ป่วยหนัก หลีกเลี่ยงปัญหาการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตระยะทางไกลๆ ที่อาจเกิดปัญหาระหว่างการเคลื่อนย้าย (กนกพร คุณาวิศรุต, 2552: 306-307)

### 3.8.1 อุปกรณ์ที่จำเป็นในห้องพักฟื้น

1) อุปกรณ์เฝ้าระวัง ประกอบไปด้วย Noninvasive Blood Pressure, Pulse Oximeter เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และปรอทวัดอุณหภูมิร่างกาย

2) อุปกรณ์กู้ชีพ เช่น Laryngoscope, End Tracheal Tube ขนาดต่างๆ

3) อุปกรณ์ให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วย เช่น Force Air Warmer, Heating Lamp, Warming Blanket เป็นต้น

4) อุปกรณ์ที่จำเป็นอื่นๆ เช่น ถังออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์ที่จะใช้กับผู้ป่วยได้ เครื่องดูดเสมหะพร้อมสาย suction เครื่องให้ยาระงับความรู้สึก เป็นต้น

5) ยาที่จำเป็น ได้แก่ ยาระงับปวด ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ยาต้านฤทธิ์ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาต้านฤทธิ์ Opioid ยากู้ชีพ เช่น Adrenaline, Atropine เป็นต้น

### 3.8.2 เกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น เพื่อกลับหอผู้ป่วยได้ในทันทีเมื่อผู้ป่วยปลุกตื่นง่าย รู้สึกตัวดี การหายใจและ Airway Reflex เป็นปกติ สัญญาณชีพปกติอย่างน้อย 15-30 นาที สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น เลือดออกปริมาณมาก เป็นต้น ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ ควรมีระดับการชาลดลง กล้ามเนื้อทำงานได้ดี การประเมินดังกล่าวขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ประเมินในแต่ละบุคคล ซึ่งมีเกณฑ์ที่ใช้ในการ ดังตารางที่

ตารางที่ 3.8 เกณฑ์แสดงการฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึกก่อนส่งผู้ป่วยจากห้องพักรักษาตัวกลับหอผู้ป่วย

เกณฑ์แสดงการฟื้นตัว	ระดับ
กำลังของกล้ามเนื้อ (Activity)	2 = ขยับแขนและขาเองได้หรือตามคำสั่งหรือเหมือนก่อนผ่าตัด 1 = ขยับแขนหรือขาตัวเอง 0 = ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย
การหายใจ (Respiration)	2 = หายใจได้ลึกเพียงพอและไอได้มีประสิทธิภาพ 1 = เหนื่อย หายใจตื้น หายใจได้อย่างจำกัด 0 = หยุดหายใจ
ความดันเลือด (Circulation)	2 = สูงขึ้นหรือต่ำลงไม่เกิน 20 มิลลิเมตรปรอทของค่าก่อนผ่าตัด 1 = สูงขึ้นหรือต่ำลงอยู่ในช่วง 20-50 มิลลิเมตรปรอทของค่าก่อนผ่าตัด 0 = สูงขึ้นหรือต่ำลงมากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอทของค่าก่อนผ่าตัด
สติสัมปชัญญะ (Consciousness)	2 = ตื่นดี 1 = ปลุกตื่น เรียกลืมตา 0 = ไม่ตอบสนอง
ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation)	2 = ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด >92 % เมื่อหายใจอากาศธรรมดา 1 = ต้องให้ออกซิเจนเพื่อเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด > 90% 0 = ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด < 92 % ถึงแม้ได้รับ

---

จำหน่ายผู้ป่วย เมื่อคะแนนไม่น้อยกว่า 9 ถ้าคะแนนน้อยกว่า 9 ต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์

---

(ดัดแปลงจาก Modifield Aldrete Score, Peng PHW et al., 2003: 989-997)

จากตารางจะเห็นว่า PADSS ไม่ได้ประเมินการหายใจ และสติสัมปชัญญะเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่หอผู้ป่วยพิเศษต้องผ่านเกณฑ์ประเมิน Modified Aldrete Score นั่นคือมีสติสัมปชัญญะ และการหายใจเป็นปกติ ส่วนกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางระบบไหลเวียนเลือดอาจเกิดได้จากความปวด ความไม่สบาย ความวิตกกังวล แต่ไม่ควรเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 40 ของค่าก่อนผ่าตัด ผลของการให้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัดมิได้สิ้นสุด เมื่อหยุดให้ยา และหยุดผ่าตัด การดูแลต่อเนื่องในห้องพักรฟื้นด้วยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมให้มีความเข้าใจ และทักษะในการแก้ไขผลหลงเหลือของยาระงับความรู้สึก และผลจากการผ่าตัด จึงเป็นงานสำคัญที่จะป้องกัน และแก้ไขผลหลงเหลือของยาระงับความรู้สึก และผลจากการผ่าตัด จึงเป็นงานสำคัญที่จะป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ซึ่งบางครั้งอาจคุกคามถึงชีวิตได้ นับตั้งแต่ระยะเริ่มฟื้นจนถึง 24 ชั่วโมงแรก นอกจากนี้บุคลากรดังกล่าวยังต้องเข้าใจ และสามารถใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจจำหน่ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยตามเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดตามระบบสากล และแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติได้

#### 4. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ความหมายของการให้ข้อมูลมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องการเตรียมการสอนการให้ความรู้ และการให้คำแนะนำ ซึ่งสรุปความหมายรวมของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดในการศึกษา หมายถึงการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรค การผ่าตัด สภาพเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษาก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มีผู้ให้ข้อมูลไว้ดังนี้

หทัยรัตน์ นิยามาส (2548: 11) ให้ความหมายการให้ข้อมูลไว้ว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยเป็นข้อเท็จจริงที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นและวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้

เกศินี รัตนมณี (2549: 39) ให้ความหมายการให้ข้อมูลไว้ว่า เป็นหน้าที่ของพยาบาลที่เป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับ โรค การวินิจฉัยโรค ขั้นตอนการรักษาพยาบาล และเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย

เปรียบเสมือนผู้แปลความหมายของข้อมูลจากแพทย์ไปยังผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าหาข้อมูลโดยตรงทันที

จริยา สายวารี และวันดี ชูชาติ (2549: 179-184) ได้กล่าวถึงการให้ข้อมูลไว้ว่า เป็นการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาล เพื่อให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้และพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในหอผู้ป่วยและเมื่อออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้น โดยต้องคำนึงถึงการให้ข้อมูลที่มีรูปแบบเดียวกัน ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เจือกุล อโนธารมณ (2550: 14-23) ได้สรุปการให้ข้อมูลไว้ว่า ควรมีหลักในการให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยคือ ควรประเมินความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วย เพราะหากผู้ป่วยมีความสามารถที่จำกัด และหากได้รับข้อมูลมากเกินไปอาจจะทำให้สับสนมากยิ่งขึ้น ผู้ให้ข้อมูลต้องให้เกียรติและยอมรับในผู้ป่วย ควรมีระยะเวลาที่เหมาะสมไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป และใช้ภาษาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย อย่าใช้ศัพท์การแพทย์ ประเมินความเข้าใจในการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นระยะ บางครั้งจำเป็นต้องมีการสาธิต หรือแผนภาพ /คลิปวิดีโอ ประกอบกับการสอน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย

สิริรัตน์ ลีลาจรัส (2549: 79-90) ได้สรุปไว้ว่า การให้ความรู้เป็นแนวทางของการพยาบาล พร้อมคำแนะนำสำหรับผู้มีภาวะสุขภาพดี ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค เช่น การเฝ้าระวังระดับความดันในสมอง ความดันโลหิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ และการรักษาด้วยยา พร้อมคำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ที่มีสุขภาพดี ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค เพื่อให้สามารถมีความรู้ที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิต

Devine and Cook (1986: 89-105) สรุปไว้ว่าการให้ข้อมูลเป็นการจัดเตรียมและให้ความรู้หรือข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสนับสนุนทางจิต ทางสังคมสำหรับผู้ป่วย

อัญชลี ศรีเทพ (2550: 29) สรุปถึงการให้ข้อมูลไว้ว่า เป็นรูปแบบในการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่จัดเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยการให้ข้อเท็จจริง ข้อชี้แจง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจผสมผสานไปพร้อมๆกับการปฏิบัติพยาบาล เพื่อให้เป็นการเพิ่มกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และจัดแนวทางในการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

จุฑามาศ ขุมทอง และชมพูนุช โสภจรรย์ (2551: 29-38) กล่าวถึงการให้ข้อมูลไว้ว่า การให้ข้อมูลเป็นการใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการหายใจเป็นหลักการแบบองค์รวม ผสมผสานกลมกลืน

กับความสมดุลของร่างกาย จิตใจ เป้าหมายสำคัญคือ คำراضภาพของผู้ป่วยเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย และส่งเสริมการฟื้นฟูตามธรรมชาติ

วิลยา ธรรมพินิจวัฒน์ (2553: 10-21) กล่าวถึงการให้ข้อมูลไว้ว่า การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในอดีตก่อนได้รับการผ่าตัด พยาบาลจะให้ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมก่อนการทำหัตถการที่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ การให้ข้อมูลเน้นที่ความรู้สึกรับรู้ทางประสาทสัมผัส (sensory information) ต่อมาเน้นการเตรียมผู้ป่วยในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ซับซ้อน และมีช่วงเวลานานหลายวันหรือหลายสัปดาห์

กาญจนา นิมตรง และคณะ (2555: 99-109) ได้กล่าวถึงการให้ข้อมูลไว้ว่า เป็นแนวทางของพยาบาลในการสนับสนุนการให้ความรู้ ประกอบไปด้วย การชี้แนะ การสนับสนุน การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการดูแลพฤติกรรมของตนเองได้

วันวิสา รอดกล่อม และคณะ (2555: 76-88) กล่าวถึงการให้ข้อมูลไว้ว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ต้องให้แรงสนับสนุนแก่ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจ และข้อมูลที่ถูกต้อง และรับทราบถึงสาเหตุในการรักษาตัว

#### 4.1 วิธีการให้ข้อมูล ดังนี้ (พนาวรรณ เสนาวงศ์, 2550: 28)

4.1.1 การอธิบาย เป็นการให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับรู้มาก่อน ช่วยให้เกิดความคิดใหม่ๆสามารถอธิบายในกลุ่มคนเพียงสองสามคนเท่านั้นจึงจะได้ผลดี

4.1.2 การบรรยาย เป็นการบอกเล่าหรืออธิบายเนื้อหาแก่ผู้ป่วย โดยพยาบาล หรือ วิทยุพยาบาลจะเป็นผู้ทำการสอนให้ความรู้ มีการประยุกต์ใช้วิธีการสอนแบบอื่นๆเข้ามาร่วมเพื่อ ให้การบรรยายน่าสนใจยิ่งขึ้น อาทิเช่น การถาม-ตอบ การแสดงบทบาท การใช้สื่อการสอน การทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบรรยาย การบรรยายนี้จัดว่ามีข้อดี คือ สามารถสอนได้จำนวนมากโดยไม่จำกัดจำนวน

4.1.3 การสาธิต เป็นวิธีการนำเสนอแนวทางการปฏิบัติให้เห็นได้ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการ ผู้ป่วยจะอาศัยการสังเกต ฟัง และปฏิบัติตาม ผู้สอนต้องมีความรู้ ความชำนาญในการสาธิต

4.1.4 การจัดนิทรรศการ เป็นวิธีการรวมเอาสื่อต่างๆเข้ามารวมไว้ด้วยกัน โดยให้ผู้เรียนรู้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยไม่จำเป็นต้องมีผู้ให้ข้อมูล แต่วิธีการนี้ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากและมีข้อเสียคือการเรียนรู้ของผู้เรียนรู้มักไม่เท่ากันหากมีผู้เข้าชมนิทรรศการน้อย

4.1.5 การใช้สื่อการสอน เป็นวิธีการให้ข้อมูลโดยอาศัยการใช้วัสดุ อุปกรณ์ วิธีการที่หลากหลายรูปแบบ อาทิเช่น รูปภาพ การแสดงละคร เครื่องคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์เสริมต่างๆ มาเป็นสื่อ

ในการสอนเพื่อถ่ายทอดความรู้ ทำให้ผู้ปวยได้เห็นตัวอย่าง เข้าใจง่ายและทำให้ผู้เรียนรู้อยากเรียนรู้ตาม วัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

## 4.2 สื่อการเรียนรู้

สื่อการเรียนรู้เป็นตัวกลางที่นำความรู้จากผู้สอน ไปสู่ผู้เรียน ช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียน สามารถเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้นทำให้เข้าใจง่าย และช่วยในการทบทวนความจำ เพราะสื่อสามารถช่วยให้เข้าใจ ในสิ่งที่เป็นนามธรรมถ่ายทอดออกมาเป็นสื่อรูปธรรมได้ดียิ่งขึ้น สื่อการเรียนรู้แต่ละชนิดมีจุดประสงค์ และวิธีการใช้ที่แตกต่างกัน ทำให้การตัดสินใจเลือกสื่อแต่ละชนิดต้องอาศัยเหตุผล และหลักการหลายๆ ประการ เช่น สื่อชนิดนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสามารถจัดการเรียนให้กับผู้เรียนรู้ออกมา เพื่อให้เกิด การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพกับเวลา สถานที่ มีความปลอดภัย ประหยัดคุ้มค่าทั้งในด้านการลงทุน และเวลาที่สูญเสียไป ดังนั้น ในการเลือกสื่อการเรียนรู้จะเป็นสิ่งที่อยู่ในองค์ประกอบของระบบการ เรียนรู้ทั้งหมด ได้แก่ บุคคล (People) เนื้อหาสาระ (Message) วัสดุ (Material) เครื่องมือหรืออุปกรณ์ใน การสอน (Devices) เทคนิคหรือวิธีการสอน (Technique) สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ (Setting) และครอบคลุมถึงตัวผู้ที่ให้ความรู้

4.2.1 องค์ประกอบของข้อมูล ข้อมูลการให้ความรู้ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ตามหลักของ Lori Butcher (McCloskey and Bulechek, 2000 อ้างถึงในสุชาติพิท เกษตรลักษมี, 2548: 33) มีดังนี้

1) ข้อมูลด้านสภาวะจิตใจ (Psychological Component) เป็นการช่วยให้ผู้ปวย สามารถเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้น อธิบายให้ผู้ปวยเข้าใจเกี่ยวกับ สภาพการเจ็บป่วย สิ่งที่ต้องเผชิญในระหว่างและหลังการผ่าตัด จะทำให้ผู้ปวยเกิดความมั่นใจในการ เผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้นให้เวลาในการอธิบายในสิ่งที่ผู้ปวยอยากรู้ และให้คำแนะนำ

2) ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (Sensory Component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึง ความรู้สึกที่ผู้ปวยต้องประสบก่อน ระหว่างและหลังการผ่าตัด โดยข้อมูลจะเกี่ยวกับความรู้สึกจาก ประสบการณ์สัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียงและการมองเห็น เช่น ความรู้สึกเมื่อฟื้นจากยา ดมสลบ ความรู้สึกเกี่ยวกับอาการปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น การให้ข้อมูลชนิดนี้ทำให้ผู้ปวยสามารถ คาดการณ์เหตุการณ์และความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้นได้ ผู้ปวยจะแปลความหมายของข้อมูลตามแบบ แแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่อย่างถูกต้อง ชัดเจนและช่วยให้ผู้ปวยนั้นสามารถควบคุมปฏิกิริยา ตอบสนองทางจิตใจได้

3) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา (Procedural Component) เป็นข้อมูลที่ช่วยในการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงรายละเอียดขั้นตอนในการรักษาหรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น รายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับการผ่าตัด สถานที่ทำผ่าตัด รวมถึงขั้นตอนการปฏิบัติก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด วิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

#### 4.2.2 การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์แก่ผู้ป่วย

กัณฑ์พร ยอดไชย และคณะ (2550: 531-536) สรุปความหมายการให้ข้อมูลสื่อวีดิทัศน์แก่ผู้ป่วยไว้ว่า เป็นรูปแบบการให้ข้อมูลผ่านบทเรียนที่อาจอยู่ในรูปของบทเรียนทางคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Computer-Assisted Instruction) ซีดีรอม (CD ROM) อินเทอร์เน็ต (Internet) หรือเว็บเพจ (Webpage) เพื่อให้การสอนเป็นไปด้วยความน่าสนใจ และผู้เรียนมีความเข้าใจจากการเห็นภาพมากยิ่งขึ้น

สุชัยญา นวลประสิทธิ์ และคณะ (2553: 71-85) ได้สรุปความหมายของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์แก่ผู้ป่วยไว้ว่า สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อการเรียนรู้มีทั้งภาพและเสียงที่น่าสนใจ สามารถเปิดดูซ้ำได้ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ดี และมีความสม่ำเสมอในเนื้อหาผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง จากซีดี วีดิทัศน์ หรือสื่ออื่นๆ ได้ตลอดเวลา อีกทั้งเป็นการช่วยลดระยะเวลาในการให้คำแนะนำของพยาบาลได้ และในการใช้สื่อวีดิทัศน์นั้นถือเป็นการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสุขภาพตนเอง มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และลดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

ฉันทนันท์ เกตุภาค และคณะ(2554: 98-109) สรุปความหมายของการให้ข้อมูลสื่อวีดิทัศน์แก่ผู้ป่วยไว้ว่า การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีอิทธิพลต่อผู้เรียนเป็นอย่างมาก เนื่องจากการทำงานหลายๆอย่างในสื่อวีดิทัศน์ เช่น ภาพนิ่งภาพเคลื่อนไหวและเสียง ที่ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้เคียงกับของจริงจึงสามารถสร้างความสนใจช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจสถานการณ์ต่างๆในเนื้อหาได้ดีขึ้นส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น อีกทั้งสามารถแสดงให้เห็นขั้นตอนความสัมพันธ์ของสิ่งที่ต้องการนำเสนอได้อย่างละเอียดและต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สูง

พัชรารัตน์ วิริยะประสพโชค และศิลาปะ ไชยจันทร์ (2555: 53-43) ทำการสรุปความหมายการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์แก่ผู้ป่วยว่า สื่อวีดิทัศน์เป็นการช่วยสอนที่จะสามารถกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น เช่นเดียวกับการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ที่กล่าวถึงความรู้ที่เกิดจากความจำจากการเก็บรักษาประสบการณ์ต่างๆ



ทั้งภาพและเสียงของเรื่องราวต่างๆ เปรียบวิธีทัศน์สามารถระลึกถึงเรื่องราวเหล่านั้นเมื่อต้องการได้ และเมื่อทำการสอนแล้วจะกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ให้ญาติและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งการนำไปใช้ทบทวนการปฏิบัติเมื่อกลับบ้านได้

ทัศนัวรรณ พลอุทัย และพรณี บัญชรหัตถกิจ (2556: 421-430) ได้ทำการสรุปความหมายของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวิธีทัศน์แก่ผู้ป่วยว่า การใช้สื่อความรู้ และการใช้สถานการณ์จำลองโดยการเล่นเกมส์ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ให้มีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตปัจจุบัน เรียนรู้จากประสบการณ์จริง เน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และรับรู้ความรุนแรงเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคิดใหม่ๆ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน ลูกเขยหรือลูกสะใภ้ โดยการกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ให้รางวัล อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

#### 4.2.3 การให้ข้อมูลด้วยคู่มือหรือสื่อสิ่งพิมพ์

คู่มือหรือสื่อสิ่งพิมพ์เป็นสื่อที่ได้รับความนิยม สามารถสร้างหรือส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีและใช้ในการเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชนและหน่วยงานอื่นๆ ซึ่งในการผลิต จัดพิมพ์ คู่มือหรือสื่อสิ่งพิมพ์ที่เป็นจุดเด่นและจุดด้อยควรมีหลักการ (รตน แดงรัตนวงศ์, 2556: 10-12) ดังนี้

1) จุดเด่นของคู่มือหรือสื่อสิ่งพิมพ์เป็นสื่อที่มีความคงทนถาวร สามารถเก็บรักษาได้นาน ผู้รับสื่อสิ่งพิมพ์ไปแล้วสามารถที่จะอ่านและทบทวนได้หลายครั้ง เป็นสื่อที่สามารถนำติดตัวไปได้ทุกแห่ง และเป็นสื่อที่มีราคาถูกจนถึงระดับปานกลางเมื่อผลิตครั้งละมากๆ

2) จุดด้อยของคู่มือหรือสื่อสิ่งพิมพ์คือหากต้องการให้เป็นคู่มือที่เป็นมาตรฐาน อาจต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง และต้องอาศัยทักษะความสามารถในการอ่าน ซึ่งหมายถึง กลุ่มเป้าหมายต้องอ่านออก เขียนได้

3) การรับรู้ในลักษณะการอ่าน การรับรู้ (Perception) เป็นการทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมที่ผ่านระบบประสาทสัมผัส โดยเริ่มจากการใช้วัยวะสัมผัสและจัดระบบสิ่งเร้าเข้าในระบบการคิดในสมอง แปลความหมายและใช้การตีความจากประสบการณ์เก่ามาแปลความหมาย ดังนั้นการอ่านจึงเป็นช่องทางการสื่อสารที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้และเรียนรู้ การอ่านเป็นกระบวนการที่สำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคคล ตลอดจนเป็นกิจวัตรประจำวันอย่างหนึ่งของบุคคล ซึ่งมักจะต้องอาศัยการอ่านข้อความหรือหนังสือต่างเป็นประจําขึ้นอยู่กับความตั้งใจในการอ่านและความสนใจในการใช้ประโยชน์ของบุคคล

4) ปัจจัยที่มีผลต่อการการอ่าน

(1) ความยาวของกลุ่มหรือสื่อสิ่งพิมพ์ที่อ่านมีผลต่อเวลาอ่านไม่เท่ากัน ทำให้ต้องใช้เวลาในการอ่านเพิ่มขึ้น

(2) ความยากง่ายของเนื้อหาและความหมายของเนื้อหา

(3) กลุ่มหรือสื่อสิ่งพิมพ์ที่อ่านง่ายและอ่านได้เร็วกว่ากลุ่มหรือสื่อสิ่งพิมพ์ที่อ่านยาก

#### 5) อุปสรรคของการอ่าน

(1) ความยากง่ายของการสื่อสารและสื่อความหมายอยู่ที่ผู้เขียน ผู้ทำการเรียบเรียงว่าจะดำเนินการใช้ภาษาเช่นใด

(2) ความยากง่ายในการสื่อความหมายและสื่อภาษาในรูปแบบตัวหนังสือตลอดจนความถูกต้องชัดเจน ได้แก่ รูปแบบของตัวหนังสือ ขนาด สี ความสมดุลของสัดส่วนตามความรู้สึของผู้อ่าน การวางบรรทัดจัดรูปแบบย่อหน้าให้อยู่ในทิศทางเดียวกัน และความยาวช่วงบรรทัดให้อ่านง่าย ไม่ชิดกันจนเกินไป

6) การออกแบบ และการวางหน้า ต้องสามารถเรียกร้องความสนใจต่อการอ่านจากผู้อ่านให้สามารถหยิบขึ้นมาอ่านได้ ทำให้อ่านนาน สนใจจะอ่านได้ทุกหน้า และตัวอักษรในแต่ละหน้ายังต้องมีความถูกต้องชัดเจน

7) รูปร่างของหนังสือทั่วไปมี 2 รูปแบบคือ หากจับด้านยาวของเล่มเปิดออกเรียกว่า Upright และแบบเปิดด้านหน้าโดยจับด้านกว้างของเล่ม เรียกว่า Uplong

8) สีที่ใช้ในการพิมพ์หนังสือและภาพต้องมีความดึงดูดให้สนใจที่จะอ่าน ทำให้เกิดความเข้าใจและจดจำได้มากกว่าภาพขาวดำไม่มีสีสัน ก่อให้เกิดความประทับใจและเกิดจินตนาการความเข้าใจต่างๆได้

9) ภาพที่นำมาใช้ในการสื่อความหมายมีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ เพื่อเป็นการเรียกร้องจุดสนใจของผู้อ่าน และเพื่อการอธิบายเรื่องราว

10) ตัวหนังสือที่ใช้เป็นชื่อเรื่อง หัวเรื่อง จึงต้องมีความน่าสนใจ สีสันสะดุดตา และสามารถถ่ายทอดความคิดไปยังผู้อ่านได้เป็นอย่างดี โดยความน่าสนใจของกลุ่มหรือสื่อสิ่งพิมพ์มักจะประกอบไปด้วย เนื้อเรื่องและเนื้อหาที่มีความน่าสนใจ เนื้อหาเป็นประโยชน์และเป็นความต้องการของผู้อ่าน เนื้อเรื่องมีความทันสมัย มีเนื้อเรื่องเฉพาะเจาะจง ไม่สับสน เรียงเนื้อหาดี อ่านเข้าใจ

ง่าย เนื้อหาที่จัดทำขึ้นมีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มบุคคลหรือผู้อ่าน ตรงเป้าหมายและแก้ปัญหาของกลุ่มบุคคลนั้นๆ

11) มีการวางแผนการเรียบเรียงเพื่อการส่งเสริม เขียนเข้าใจง่าย ชัดเจน รูปเล่มมีความเหมาะสม น่าสนใจ และในการพิมพ์ครั้งแรกควรมีการปรับปรุงแก้ไขในการพิมพ์ต่อไปให้ดียิ่งขึ้น

12) มีหลักในการสร้างคู่มือและสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อเผยแพร่ คือ รูปเล่มที่ออกแบบมีความสดใส สะดุดตา น่าอ่าน มีเนื้อหาสาระที่มีประโยชน์ มีหลักในการจัดเรียง การเขียน การเรียบเรียง ใช้ประโยคสั้น กระชับ ตรงไปตรงมาและอ่านเข้าใจง่าย ขนาดตัวอักษรต้องมีขนาดใหญ่ เหมาะสมกับวัยของผู้อ่าน ภาพประกอบที่ใช้ตามความจำเป็นเพราะจะช่วยให้การจดจำได้ดีกว่าการอ่านทั้งหมด มีพื้นที่ว่างไว้ในแต่ละหน้าเพื่อพักสายตาขณะอ่าน

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์มีการให้ข้อมูลการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal Block) ผ่านการอธิบายโดยบุคลากรทางวิสัญญี ในผู้ป่วยที่ศัลยกรรมวางแผนผ่าตัดล่วงหน้า 1 วันก่อนผ่าตัด ในเวลาราชการ ในกรณีผู้ป่วยที่ศัลยกรรมวางแผนผ่าตัดล่วงหน้า 1 วันก่อนผ่าตัด นอกเวลาราชการ ในเช้าวันผ่าตัด บุคลากรทางวิสัญญีจะใช้โทรศัพท์ประจำหน่วยงาน โทรชักประวัติและอาการทั่วไปของผู้ป่วยกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการให้ข้อมูลการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังจากบุคลากรทางวิสัญญีประจำห้องผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด และขณะผู้ป่วยรอเข้าห้องผ่าตัด

## 5 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยต่างๆที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก โดยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) ผ่านสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับคู่มือกับการให้ข้อมูลผ่านการอธิบายตามปกติ จากการศึกษา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

กัณฑ์พร ยอดไชย และคณะ (2550: 531-536) ศึกษาถึงผลการใช้สื่อวีดิทัศน์คาราโอเกะ เรื่องหลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อความรู้ของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า จากการใช้สื่อวีดิทัศน์คาราโอเกะกับนักศึกษาพยาบาลมีข้อแตกต่างกัน คือ การให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์คาราโอเกะที่เป็นสื่อประสม ระหว่างการใช้ดนตรี ภาพเคลื่อนไหว และการใช้เสียงที่มีเนื้อหาความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ นับว่าเป็นสื่อแปลกใหม่ทำให้เกิดความน่าสนใจสามารถร้องคลอไปกับการดู เป็นจุดที่สนใจได้ง่าย

ศุภลักษณ์ พุทธิรักษ์ และคณะ (2550: 501-509) ศึกษาผลการให้ข้อมูลด้วยสื่อคอมพิวเตอร์ โปรแกรม MS PowerPoint เกี่ยวกับขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนและหลังการสวนหัวใจ ต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการสวนหัวใจ เปรียบเทียบกับการให้ข้อมูลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่เข้ารับการสวนหัวใจที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 รายในกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ ในกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลด้วยสื่อคอมพิวเตอร์ ประเมินความวิตกกังวลก่อน-หลังการให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่ม โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบเสตท (The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form X-I) ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการให้ข้อมูลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองภายหลังให้ข้อมูลด้วยสื่อคอมพิวเตอร์มีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการให้ข้อมูลตามปกติ

วชิราภรณ์ ควราชจร และคณะ (2552: 25-30) ที่ศึกษาผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร ในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารเป็นครั้งแรก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 31 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยวิธีจับฉลาก ให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ และประเมินความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล ผลการศึกษพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยภายหลังได้รับข้อมูลโดยการชมวีดิทัศน์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 8.493, p < .001$ )

วรารัตน์ เข้มโสภี (2553: 50-63) ศึกษาผลโปรแกรมการเชื่อมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตนในหญิงตั้งครรภ์ก่อนได้รับขาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อการผ่าตัดคลอดในสถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการเชื่อมตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับการเชื่อมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมพร้อมสื่อวีดิทัศน์ที่ใช้ประกอบในการเชื่อม ผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินการปฏิบัติตนทั้งสองกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเชื่อมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถนำมาใช้ในการเชื่อมหญิงตั้งครรภ์ก่อนมารับบริการให้ขาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปได้

เสาวลักษณ์ โอฐเจริญชัย (2553: 7) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดแผลที่เท้าต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จำนวน 30 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดผลสองครั้ง (One-Group Pretest- Posttest Designs) ซึ่งใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูล ลดลงกว่าก่อนได้รับข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คงศักดิ์ เตชะวิบูลย์ผล และคณะ (2554: 71-80) ศึกษาผลการให้ความรู้ทางวีดิทัศน์ร่วมกับการอธิบายต่อภาวะวิตกกังวลของหญิงที่รอผ่าตัดคลอดบุตร ทดลองโดยวิธีสุ่มทำการทดลองในมารดา จำนวน 93 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 47 คน กลุ่มควบคุม 46 คน ใช้ระยะเวลาในการทำวิจัย 5 เดือน วัดผลก่อนและหลังการทดลองสื่อวีดิทัศน์มีความยาวทั้งสิ้น 7 นาที ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดผ่านสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการอธิบายนั้นมีความความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดผ่านการอธิบายเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ความวิตกกังวลของมารดานั้นไม่สัมพันธ์กับอายุ ระดับการศึกษา สถานสมรส และประวัติการผ่าตัด สรุปได้ว่า การให้ความรู้ทางวีดิทัศน์ร่วมกับการอธิบายนั้นสามารถลดความวิตกกังวลในมารดาที่รอการผ่าตัดคลอดบุตรแบบไม่เร่งด่วน

ฉันทนันท์ เกตุภาค (2554: 98-109) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูล โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า สื่อวีดิทัศน์เป็นสิ่งเร้าตามกระบวนการเรียนรู้ที่จูงใจผู้เรียน โดยสิ่งเร้านี้จะคอยกระตุ้นผ่านอวัยวะรับสัมผัสทางตาและหูของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในการรับรู้ข้อมูล มีการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์สิ่งเร้า เกิดการเรียนรู้ตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยเห็นว่าข้อมูลที่ได้รับเกิดผลดีกับตนเอง จะมีผลให้ผู้ป่วยตอบสนองออกมาคือ เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ตามความรู้ใหม่ที่ได้รับอีกทั้งการนำเสนอหลายๆอย่างในสื่อวีดิทัศน์ เช่น ตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเสียง เป็นต้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้ดีกว่าการใช้สื่อการสอนเพียงอย่างเดียว

สมฤทัย บุญชูดวง และคณะ (2554: 139-146) ศึกษาของผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการฝึกหายใจแบบมีประสิทธิภาพเพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว เป็นการศึกษาถึงทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาผ่าตัดช่องท้องในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 228 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 114 ราย และกลุ่มทดลอง 114 ราย โดยมีการสอนการหายใจแบบมีประสิทธิภาพด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในกลุ่มทดลอง และใช้วิธีการสอนด้วยการอธิบายตามปกติในกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกหายใจแบบมีประสิทธิภาพเพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวจากสื่อวีดิทัศน์มีความสามารถในการฝึกหายใจได้ดีกว่าการฝึกหายใจแบบ

อธิบายตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์ระดับสูงถึงสูงมาก โดยคะแนนเฉลี่ยสูงสุด  $4.91 \pm 0.29$  คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด  $4.65 \pm 0.52$  เนื่องจากสื่อมีความชัดเจนของภาพ เนื้อหา มีความชัดเจน ระยะเวลาในการบรรยายและความชัดเจนของเสียงบรรยาย

ยุพิน สังฆะมณี และวาสนา รวยสูงเนิน (2555: 15-21) ศึกษาผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจเป็นครั้งแรกจำนวน 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและคำแนะนำหลังผ่าตัดตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลตนเองหลังผ่าตัดผ่านสื่อวีดิทัศน์จำนวน 2 ครั้งๆ ละ 17 นาที และ 15 นาที ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ แบบวัดความวิตกกังวล และแบบวัดการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่าย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พัชรภรณ์ วิริยะประสพโชค และศิลาปะ ไชยจันทร์ (2555: 43-53) ศึกษาประสิทธิภาพการสอนญาติผู้ป่วยหลังผ่าตัดตาต่อกระจกโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ หอผู้ป่วยโสตศอนาสิกและจักษุ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า ผลการปฏิบัติของญาติผู้ป่วย ด้านการเช็ดตา ระหว่างกลุ่มที่ใช้สื่อวีดิทัศน์สอนและพยาบาลสอน เมื่อจำแนกเป็นรายชื่อ พบว่า การล้างมือก่อนเช็ดตา ( $p = 0.034$ ) การเตรียมสำลีเช็ดตา ( $p = 0.019$ ) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่สอนด้วยสื่อวีดิทัศน์จะสอนปฏิบัติได้ดีกว่า เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์สามารถสื่อออกมาได้ทั้งภาพและเสียง และมีตัวอย่างให้เห็นชัดเจน ทำให้จดจำได้ง่าย สามารถปฏิบัติตามได้อย่างดี

สุชญาดา ขุนเสถียร และคณะ (2555: 1-13) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลในมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในภาวะวิกฤตภายหลังผ่าตัด พบว่าความเครียดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมน้อยกว่าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) และเมื่อวิเคราะห์ความเครียดในแต่ละด้าน พบว่า ลักษณะของลูกที่พบเห็น การตอบสนองด้านพฤติกรรม และอารมณ์ของลูก ภาพและเสียงจากเครื่องมือ การพยาบาลที่ลูกได้รับ และบทบาทของบิดามารดา พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

กาญจนา วิเชียรประดิษฐ์ และคณะ (2556, พฤษภาคม) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐ พบว่า จำนวน OT เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ด้านการพยาบาล ตำแหน่ง ระดับงานในปัจจุบัน การทำงานกะ และการทำงานในวันหยุดประจำสัปดาห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ที่อยู่ในกำกับของรัฐ

วิยะดา เปาวนา (2556: 99-106) ศึกษาประสิทธิภาพสื่อวีดิทัศน์เรื่องการสวนล้างช่องคลอด ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ วิทยาลัยบรมราชชนนี อุรธานี จากการศึกษาพบว่า สื่อวีดิทัศน์ที่ให้ความน่าสนใจกับบุคคลที่ได้รับการเรียนรู้ คือ สื่อที่มีสีสันเป็นธรรมชาติ สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และนำกลับมาทบทวนได้อีกหลายครั้งเพื่อให้จดจำได้ในผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับการเรียนรู้

วรนุช ฤทธิธรรม และสมพร ชินโนรส (2556: 75-87) ศึกษาผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล และความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง พบว่า การที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบ อาจเนื่องจากการได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดช่องท้องความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจต้องประสบจากการผ่าตัดช่องท้อง และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ในขณะที่การให้ข้อมูลตามปกติเนื้อหาในการให้ข้อมูลเน้นข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดช่องท้องเป็นส่วนใหญ่ ส่วนข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกต่างๆอาจมีบ้าง โดยใช้การบอกด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจหรือไม่เกิดโครงสร้างความคิดที่ชัดเจน จึงมีผลในการลดความวิตกกังวลและลดความปวดได้ไม่ดีเท่ากับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมโดยสื่อมัลติมีเดียที่มีการให้ข้อมูลทั้งสามชนิดร่วมกัน อนึ่งก่อนการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยมาพบ และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยภายหลังดูสื่อมัลติมีเดีย การกระทำดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า ตนได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาลจึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ แตกต่างจากการให้ข้อมูลตามปกติ

ญาณิกา เศษฐโชติศักดิ์ และคณะ (2556: 155-162) ศึกษาการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวล ความรู้ และการปฏิบัติของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีความผิดปกติที่จอตา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีความผิดปกติที่จอตาที่พานูตรมารับการตรวจตาครั้งแรก ได้รับข้อมูล

ผ่านสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับคู่มือเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจอตาคิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนด ผลการวิจัยพบว่า การให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับคู่มือ ส่งผลให้มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีความผิดปกติที่จอตามีความรู้และมีความเข้าใจเรื่องโรคมมากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลทารก คือมีความมั่นใจในการดูแลทารกได้ถูกต้องเหมาะสมขึ้น

สุริศา ถ้าม้าง และคณะ (2556: 150-163) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อคอมพิวเตอร์มัลติมีเดียต่อความรู้เกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาลและความกลัวของเด็กวัยเรียนที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์มัลติมีเดียเรื่องเมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่นำเสนอเป็นข้อความ ภาพนิ่ง กราฟ ภาพเคลื่อนไหว ตลอดจนเสียงประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียน ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคปอดบวม และโรคท้องร่วง พร้อมกับการตรวจรักษาเด็ก ๆ ด้วยวิธีการ เช่น การตรวจร่างกาย การเจาะเลือด การถ่ายภาพรังสี วัดความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การได้รับออกซิเจนการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยทั้งหมดเป็นสื่อที่ออกแบบให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับคอมพิวเตอร์ และเรียนรู้ด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับข้อมูลผ่านสื่อมัลติมีเดียมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ดีขึ้น

นันธิดา วัชยัม (2557: 95-106) ศึกษาผลของดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดที่ได้ฟังดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพและการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่า การฟังดนตรีจัดเป็นสื่อที่คอยส่งกระแสประสาทนำเข้าทางหู ที่มีกระแสมากกว่าการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดจากระดับไขสันหลัง ส่งผลให้เรดิคูลาร์ฟอรัมซันทำหน้าที่เพิ่มขึ้น เกิดการยับยั้งการส่งกระแสประสาท ประตูดึงปิด ส่งผลให้ความเจ็บปวดลดลง ในขณะที่การสร้างจินตภาพมีผลในการกระตุ้นการทำงานของเปลือกสมองซีกขวา และระบบลิมบิกทำให้ลดการกระตุ้นทางอารมณ์ ทำให้การรับรู้และการแปลผลความเจ็บปวดลดลง

Lindeman CA, Stetzer SL (1973: 4-16) ที่ได้ศึกษาผลการเชื่อมก่อนผ่าตัดทางโทรศัพท์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเนื้องอกที่เต้านมแบบไม่พักค้าง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเชื่อมทางโทรศัพท์ก่อนผ่าตัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ซึ่งในปัจจุบันมีการปฏิบัติอย่างแพร่หลายในต่างประเทศเริ่มตั้งแต่ปีค.ศ.1972 เพราะการพูดคุยก่อนรับบริการผ่าตัดมักจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวลได้มากขึ้น

Connel N (1989: 7-16) ที่ได้ทำการศึกษาถึงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนและหลังการผ่าตัด พบว่า การให้ข้อมูลสามารถลดความวิตกกังวลได้ เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Hermann



M.(2002: 50-507), Enzenhofer M, et al.(2004;6:16),Munch R, Sabri A, Altorfer J.(1997: 1296-1300) ที่ได้ศึกษาความสอดคล้องกันเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล พบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีทางคอมพิวเตอร์ก่อนทำหัตถการในการผ่าตัดหัวใจ ผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และก่อนทำการส่องกล้องทางเดินอาหารตามลำดับ พบว่า การให้ข้อมูลด้วยสื่อวีดิทัศน์ด้วยสื่อคอมพิวเตอร์สามารถลดความวิตกกังวลก่อนทำหัตถการหรือผ่าตัดได้ เนื่องจากสื่อคอมพิวเตอร์เป็นโปรแกรมที่มีภาพประกอบแสดงให้เห็นภาพพจน์ เสมือนเหตุการณ์จริง

Kathol DK (1989: 131-137) ได้ทำการศึกษาความวิตกกังวลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า การให้ข้อมูลโดยการใช้อัลบั้มวีดิโอเสียงและวีดิโอเทปและการให้ข้อมูลโดยพยาบาลต่อครอบครัวผู้ป่วยจะสามารถลดความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยได้ดี

Callaghan P and Chan HC (2001: 225-230) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารเป็นครั้งแรกที่โรงพยาบาลทั่วไปในประเทศจีน โดยผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลผ่านการชมวีดิทัศน์ พบว่า คะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าความดันโลหิตและชีพจรก่อนและหลังได้รับข้อมูล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pornthawee Riddhiputra and Nuthapong Ukarapol. (2006: 231-235) ซึ่งทำการศึกษาเรื่องผลของการให้ความรู้และการให้คำแนะนำโดยใช้ภาพประกอบต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองก่อนทำการส่องกล้องทางเดินอาหาร พบว่า ภายหลังจากให้ข้อมูลระดับความวิตกกังวลของผู้ปกครองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือสมุด สามารถทำให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพเหตุการณ์ต่างๆที่จะเผชิญ เกิดการรับรู้ การเรียนรู้ และสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับคู่มือการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ห่อผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ที่มารับบริการการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังด้วยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block) ในกรณีที่ศัลยแพทย์นัดผ่าตัดล่วงหน้า 1 วันก่อนผ่าตัด นอกเวลาราชการ และไม่มีบุคลากรทางวิสัญญีตรวจเยี่ยมก่อนวันผ่าตัด โดยใช้สื่อการสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับคู่มือในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย จัดทำสื่อวีดิทัศน์และคู่มือที่มีเนื้อหา การเรียนรู้ทั้งภาพและเสียงที่น่าสนใจ สามารถเปิดดูซ้ำได้ทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ดี เนื้อเรื่องมีความทันสมัย มีเนื้อเรื่องเฉพาะเจาะจง ไม่สับสน การเรียงเนื้อหาอ่านเข้าใจง่าย ซึ่งสื่อวีดิทัศน์และคู่มือจะเป็นการช่วยสอนที่จะสามารถกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น