

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจ เป็นปัญหาสำคัญทางด้านการสาธารณสุข อุบัติการณ์ การเกิดของโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นสาเหตุของการตายอันดับแรก ของโลก นอกจากนี้ยังพบว่าในปี 2002 ประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีสาเหตุการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นลำดับที่ 2 โดยมีอัตรา การตายคิดเป็น 395 ต่อ ประชากร 100,000 คน (World Health Organization. 2011 : Online) สำหรับประเทศไทยโรคหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุของการตายที่สำคัญ ซึ่ง อัตราการตายด้วยโรคหัวใจต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2550-2554 เป็น 29.3, 29.8, 29.0, 28.9 และ 31.4 ตามลำดับ (กระทรวง สาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2556 : ออนไลน์) จาก สถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคหัวใจเป็นปัญหาที่สำคัญโดยเฉพาะ โรคหัวใจประเภทที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ด้วยการผ่าตัดแบบเปิด เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว โรคลิ้นไมตรัลตีบ หรือรั่ว เป็นต้น การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจึงมีความสำคัญในการแก้ไข ความผิดปกติที่มีอยู่ ช่วยบรรเทาอาการและอาการแสดงของโรค (อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. 2543) เพิ่มผลลัพธ์การดูแลรักษาและคุณภาพ ชีวิต รวมถึงช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (Lindsay and Others. 1997; Sethares, Seifert and Smith. 2008) ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือก รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมากขึ้น จากสถิติของ The American Heart Association พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมากกว่า 734,000 ราย ต่อปี (Doering, McGuire and Rourke. 2002) และในประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มการเข้ารับการรักษาหัวใจแบบเปิดเพิ่มขึ้น อย่าง ต่อเนื่องโดยปี 2550-2554 เป็น 9692, 9827, 10,444, 11,182 และ 10,526 รายตามลำดับ (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. 2555 : ออนไลน์)

การผ่าตัดหัวใจเป็นการผ่าตัดที่กระทำต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย (อรสา ภูพุดิ. 2551) เป็นภาวะวิกฤติที่มีอันตรายถึงชีวิต (Deyirmenjian, Karam and Salameh. 2006) ตามการรับรู้ ของ ผู้ป่วย เป็นการรักษาที่เสี่ยงเพราะเป็นการกระทำต่ออวัยวะที่สำคัญมาก ต่อการมีชีวิต (ศรัญญา คริ่งมี. 2543) ก่อนผ่าตัด หัวใจผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นในระดับสูง (Stengrevics and

Others. 1996; Duits and Others. 1998; Rymaszewska, Kiejna and Hadrys. 2003; Wattier and Others. 2011) และจะสูงขึ้นอย่างทันทีทันใด (Vingerhoets. 1998) ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล กลัวการเสียชีวิต กลัวการผ่าตัดไม่ประสบความสำเร็จ นอนไม่หลับ บางครั้งพบผู้ป่วยหนีกลับบ้าน (แซไซ ชาญ บัญชี. 2545) และพบว่าความวิตกกังวลเกิดจากความกลัวและความไม่แน่นอนจากการผ่าตัด (Guo, East and Arthur. 2011) ซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยที่พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่มารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดตามนัดเนื่องจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น อีกทั้งได้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในเรื่องภาวะสุขภาพก่อนผ่าตัด การผ่าตัดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ความไม่สุขสบาย ผลลัพธ์หลังผ่าตัด ความสำเร็จของการผ่าตัด และ การกลับมาทำงานใช้ชีวิตตามปกติ (Lindsay, Patrice and Others. 1997; Gallagher and Mckinley. 2007)

เมื่อบุคคลมีความความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ สำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและสรีรวิทยา โดยความวิตกกังวลจะกระตุ้นการหลั่งของแคทีโคลามีนส์ (catecholamines) ที่มีผลต่อระบบประสาท ซิมพาเรติกและพาราซิมพาเรติก ส่งผลให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงคือหัวใจเต้นแรง เร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น เจ็บหน้าอก (วิจิตรา กุสมภ. 2546; Dunn. 1998; Bray. 2006; Norris, Rifai and Kaufmann. 2009) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลทำให้เพิ่มการทำงานของหัวใจ (Sharp. 1996) ซึ่งจะเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยที่กำลังจะเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด นอกจากนั้นยังทำให้แผลหาย ช้าลง เพราะไปขัดขวางการสมานของเนื้อเยื่อและการซ่อมแซมเนื้อเยื่อของบาดแผล (ลิวรรณ อนนากิริภักษ์และคณะ. 2552; Vaughn, Wichowski and Bosworth. 2007) ด้านจิตใจส่งผลให้เกิดความหวาดกลัว ตื่นเต้น กระสับกระส่าย ตึงเครียด กลัวตาย (วิจิตรา กุสมภ. 2546; ซอลดา พันธ์เสนา. 2536; Sharp. 1996) นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลก่อนทำผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดที่มีระดับสูงทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงขึ้น (Exacerbate) (Guo, East and

Arthur. 2011) ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีในระยะหลังผ่าตัด (Pignay-Demaria and Others. 2003; Vingerhoets.1998; Stengrevics and Others. 1996) เช่นภาวะซึมเศร้า (Rymaszewska, Kiejna and Hadrys. 2003) การฟื้นตัวช้า (Guo, East and Arthur. 2011) เพิ่มการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Tully and Others. 2008) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดอัตราการตายหลังผ่าตัด (Tully, Baker and Knight. 2008; Williams and Others. 2013)

เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลและต้องการลดความไม่สบายใจจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบุคคลเหล่านั้นจะมีการปรับตัวเองให้อยู่ในภาวะสมดุลและสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ (เสงี่ยม ช้วนน้อย และชวนพิศ มีสวัสดิ์. 2543) ซึ่งการแสวงหาข้อมูลเป็นการเผชิญปัญหาวิธีหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (McGaughey and Harrission. 1994; Deyirmenjian, Karam and Salameh. 2006) อีกทั้งได้มีการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด (ชนิษฐา นาคะ. 2534; เสงี่ยม ช้วนน้อย และชวนพิศ มีสวัสดิ์ 2543; วราภรณ์ กุประดิษฐ์. 2544; วาสนา วงศ์ชั้นทอง. 2544; McGaughey and Harrission. 1994) ความต้องการข้อมูลเป็นผลมาจากความวิตกกังวลและการขาดความรู้หรือ ความเข้าใจ (McGaughey and Harrission. 1994) การให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับระดับความเข้าใจและการจัดการปัญหาของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแต่ละคนเป็นสิ่งสำคัญ (Taylor and Norton. 2000; Malkin KF. 2000; Doering. 2002) ซึ่งจะทำให้การให้ข้อมูล มีประสิทธิภาพและเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย (Suhonen and Leino-Kilpi. 2006) การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตามความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะช่วยให้ ผู้ป่วยสามารถคาดหวังเหตุการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้สติปัญญา ในการประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ส่งเสริมการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย (เสงี่ยม ช้วนน้อยและชวนพิศ มีสวัสดิ์. 2543; McGaughey and Harrission. 1994; Lithner and Zilling. 2000) และเกิดผลลัพธ์หลังผ่าตัดที่ดี (McGaughey and

Harrission. 1994; Nelson. 1996) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลตรงกับความต้องการจะส่งผลต่อการเกิดความเสียหาย (Jacobs. 2000) ทั้งนี้ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในแต่ละคนมีความแตกต่างกันและมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลบางประการเช่นอายุและรายได้ โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีความต้องการข้อมูลมากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 65 ปี (Kattainen, Merilainen and Jokela. 2004) และรายได้มีความสัมพันธ์กับความต้องการมูลเกี่ยวกับขั้นตอนวิธีการ (Bernier and oyher. 2003)

ยอนท์ เอเดจล และจาโคเวค (Yount, Edgell and Jakovec. 1990) เสนอว่าข้อมูลก่อนผ่าตัดต้องการแบ่งเป็น 5 ด้านคือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ (situation or procedural information) 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกทักษะด้านการปฏิบัติตัว (skill training information) 3) ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย (patient role information) 4) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบาย (sensation-discomfort information) 5) ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (psychosocial support information) การศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ ในเรื่องรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัด (Doering, McGuire and Rourke. 2002; Fleming and Others. 2001; Lindsay and Others. 1997) การเข้าพักในโรงพยาบาล (Lindsay and Others. 1997) ท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ (Miller and Shada. 1978; Rothrock. 1989; Asilioglu and Celik. 2004) การสื่อสารระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจ (Doering, McGuire and Rourke. 2002) การดูแลหะ การถอดท่อระบายทรวงอก (Miller and Shada. 1978; Rothrock. 1989; Asilioglu and Celik. 2004) สายต่าง ๆ ที่สอดใส่เข้าร่างกายของผู้ป่วย (Asilioglu and Celik. 2004) ผลข้างเคียงของยา (Grady, KL and Others. 1988) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย พบยาก (Ivarsson and Others. 2005) และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปหลังผ่าตัด (Lindsay and Others. 1997; Asilioglu and Celik. 2004) ในด้านข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกทักษะด้านการปฏิบัติตัว พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเรื่องการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (Doering, McGuire and Rourke. 2002; Rothrock. 1989; Miller and Shada. 1978) และการออกกำลัง

กาย (Fleming and Others. 2001) สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลมากที่สุดในเรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ การหายของแผล และการดูแลตนเองภายหลังออกจากโรงพยาบาล (Kattainen, Merilainen and Jokela. 2004) การรับประทานอาหาร ยา (Fleming and Others. 2001) และข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตใจมีการศึกษาในผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบว่ามีความต้องการข้อมูลมากที่สุดในเรื่องจิตใจ (Kattainen, Merilainen and Jokela. 2004) แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลด้านความรู้สึกไม่สบาย (sensation-discomfort information) และจากประสบการณ์ การทำงานของผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในเรื่องความเจ็บปวดของแผลผ่าตัด ระยะเวลาการติดของกระดูกหน้าอกหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

จากการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยยังไม่พึงพอใจกับการให้ข้อมูล รู้สึกว่าได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ (ศรีประภา จันท์มีศรี. 2551; Lithner and Zilling. 2000; Ivarsson. 2005) และมีความพึงพอใจด้านการให้ข้อมูลน้อยที่สุด (อารีรัตน์ ภิรมย์วงศ์. 2544) การศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมและในหอผ่าตัดพบว่าคุณภาพการพยาบาลด้านที่มีคะแนนต่ำคือด้านการให้คำแนะนำ ผู้ป่วยระบุว่าต้องการคำแนะนำเพิ่มเป็นอย่างมาก (Leinonen and Others. 2001) พยาบาลควรปรับปรุงการบริการพยาบาลในเรื่องการให้ข้อมูล (ปาริชาติ ภักติวิภาส. 2543) อีกทั้งจากการศึกษาความต้องการและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องพบว่าระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลในระดับมากแต่ได้รับข้อมูลในระดับปานกลาง (ศรีประภา จันท์มีศรี. 2551) นอกจากนี้ยังพบว่าการประเมินความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นปัญหาที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลมักประสบความล้มเหลว ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะราย (Suhonen and Leino-Kilpi. 2006) ทำให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ กับข้อมูล que ผู้ป่วยได้รับบางส่วนไม่ตรงกันและไม่เพียงพอ (ชนิษฐา นาคะ. 2534; Suhonen and Leino-Kilpi. 2006) พยาบาลมักให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามมุมมองของตนเอง มากกว่าการคำนึงถึง ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย (Teasdale. 1993) จึงเป็นความท้าทายของพยาบาลในการพัฒนา การให้ข้อมูลเพื่อให้เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มและแต่ละราย (Kattainen, Merilainen and Jokela. 2004)

ส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดอันจะนำมาซึ่งการลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย (Patricia and Others. 2005) และเกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังผ่าตัด

ดังนั้นด้วยสภาพปัญหาที่ได้กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดซึ่งพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดด้านต่าง ๆ แต่เป็นการศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดกับปัจจัยต่าง ๆ พบแต่เพียงการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกลุ่มอื่น และไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลกับ ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพในการวางแผนให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การเตรียมตัวที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจในการเข้ารับ การผ่าตัด ลดระดับความวิตกกังวล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและช่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นอย่างไร
2. ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นอย่างไร
3. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
2. เพื่อศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งได้แก่อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ การผ่าตัดที่เคยได้รับมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษารังนี้ เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคลิ้นหัวใจ และโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 1 วัน ก่อนการผ่าตัด ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ในโรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนธันวาคม 2555 ถึง เดือนเมษายน 2556

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ตัวแปรตาม คือความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคลิ้นหัวใจ และโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดที่ต้องใช้ เครื่องหัวใจและปอดเทียม (heart -lung machine) ทำงานแทนหัวใจและปอดของผู้ป่วย โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 1 วัน ก่อนการผ่าตัด ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

2. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

2.1 อายุ หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบประเมิน โดยอายุของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดคิดเป็นจำนวนปีเต็มในวันตอบแบบประเมิน (เศษของอายุที่มากกว่า 6 เดือนคิดเป็น 1 ปี)

2.2 เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงความเป็นเพศหญิงหรือเพศชายของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2.3 ระดับการศึกษา หมายถึงวุฒิการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2.4 รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้รับจากการประกอบอาชีพต่อเดือน (บาท)

2.5 อาชีพ หมายถึง งานที่ทำในปัจจุบันเพื่อหารายได้ในการเล่นกีฬา

2.6 ประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับ หมายถึง ประวัติการผ่าตัดทุกชนิดที่ผู้ป่วยเคยได้รับก่อนเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในครั้งนี้

3. ความวิตกกังวล หมายถึงความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ กลัวไม่สบายใจ และกระวนกระวายใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามที่พัฒนามาจากแบบประเมินความวิตกกังวลหรือความเครียดต่อการผ่าตัดหัวใจของอัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. (2543) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ

4. ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด หมายถึงความรู้และคำอธิบายที่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ต้องการจากแพทย์และพยาบาลซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 5 ด้าน ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของของยอนท์ เอ็ดเจลและจาโคเวค (Yount, Edgell and Jakovec. 1990) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม (ขนิษฐา นาคะ. 2534; งามพิศ ธนไพศาล และคณะ. 2550; ศรีประภา จันทรมีศรี. 2551; และแซมซุดิน (Samsudin. 2005) โดยที่ข้อมูลทั้ง 5 ด้านได้แก่

4.1 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ (Situation or procedural information) หมายถึงข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยและเครื่องมือที่ผู้ป่วยจะได้รับ

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกทักษะด้านการปฏิบัติตัว (skill training information) หมายถึงคำอธิบายและแนวทางปฏิบัติของ

ทักษะต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการฟื้นฟูสภาพของร่างกายภายหลังผ่าตัด เช่น การไอและการหายใจลึกๆ

4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย (patient role information) หมายถึงข้อมูล เกี่ยวกับกิจกรรมของผู้ป่วยที่ควรจะปฏิบัติเพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย

4.4 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบาย (sensation-discomfort information) หมายถึง เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญในการเข้ารับ การผ่าตัด

4.5 ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (psychosocial support information) หมายถึงข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพ

