

ผลงานประเภทวิเคราะห์งานในหน้าที่รับผิดชอบ

เสนอพิจารณาในระดับ 7-8

เรื่อง

ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟื้นคืน

โดย

วาสนา วงศ์ชันทอง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์

All rights reserved มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ทันตแพทย์
ทองนารถ คำใจ และ คุณรุจิเรข อินทโชติ ซากาโมโต ผู้ซึ่งกรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ
คำปรึกษา และตรวจทานแก้ไขจนเสร็จสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้
กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน คือ รองศาสตราจารย์ทันตแพทย์ทองนารถ คำใจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิง ดร. สุมิตรา พงษ์ศิริ และ แพทย์หญิงเบญจลักษณ์ มณีทอง
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ได้กรุณาตรวจสอบ
สอบความตรงในเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ ขอขอบคุณคุณศิริพร พงระวีวงษา ที่กรุณาให้คำแนะนำ
ด้วยดีตลอดมา ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนตลอดจน
ให้กำลังใจเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณคุณแม่พ่อคุณแม่ที่คอยให้กำลังใจในการกระทำและทุกสิ่งทุกอย่าง
ท้ายที่สุดนี้หากมีสิ่งใดขาดตกบกพร่องหรือผิดพลาด ผู้ศึกษากราบขออภัยมา ณ โอกาสนี้
นี้ด้วย

วาสนา วงศ์ขันทอง

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนนอนฟันคุด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มาถอนฟันคุดที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคมถึง วันที่ 30 กันยายน 2544 ได้จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ มี 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวล ที่คัดแปลงมาจาก Hamilton Anxiety Rating Scale ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟันคุด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลเท่ากับ 0.82 และความต้องการข้อมูลเท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนนอนฟันคุด โดยรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X} = 0.73$, $SD = 0.49$)
2. ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟันคุด โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.66$, $SD = 0.32$) ส่วนในรายข้ออยู่ในระดับมากทุกข้อ
3. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความต้องการข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.273$, $p < .01$)
4. เพศ อายุ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล หรือความต้องการข้อมูล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลในระดับน้อยที่สุด แต่ก็มีความต้องการข้อมูลมาก ควรที่จะจัดให้มีการให้ข้อมูลเรื่องเกี่ยวกับฟันคุดแก่ผู้ป่วย

Abstract

The objective of this study to examine the level of anxiety and information needs in pre surgical removal of third molar patient. The 100 patients were chosen purposively during 1 August – 30 September 2001 from third molar impacted teeth at oral surgical department in the faculty of Dentistry Chiang Mai University. Research instrument used in the study was an interview schedules modified from Hamilton Anxiety Rating Scale. This interview schedules consist of three main parts : gender age education data, anxiety data and information needs data. Content validity was assured by a panel of experts. Internal consistency reliability using cronbach's alpha coefficient : anxiety data was 0.82 and information need was 0.79. Data was analyzed by means of descriptive statistics. The major results show as follows.

1. The anxiety level in pre surgical removal of third molar patients was at very low level ($\bar{X} = 0.73$, $SD = 0.49$)
2. The information needs level in pre surgical removal of third molar patients was at high level ($\bar{X} = 2.66$, $SD = 0.32$)
3. The correlation between anxiety and information needs was significant ($r = 0.273$, $P < .01$)
4. There had a positive correlation between gender age education data and anxiety / information needs.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	๗
บทคัดย่อภาษาไทย	๘
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	๙
สารบัญ	๑๐
สารบัญตาราง	๑๑
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์	4
สมมุติฐานการวิเคราะห์	4
ขอบเขตของการวิเคราะห์	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิเคราะห์	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
พินิจ	6
แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล	10
ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล ของผู้ป่วยก่อนนอนพินิจ	15
ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษากับความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูล	17
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิเคราะห์	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	19
เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์	19
การเก็บรวบรวมข้อมูล	21
การวิเคราะห์ข้อมูล	22
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	23
การอภิปรายผล	29

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	33
ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา	34
ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้	34
เอกสารอ้างอิง	35
ภาคผนวก	39

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา	24
2	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟื้นคืน จําแนกโดยรวม	25
3	จำนวน ร้อยละและระดับของความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนนอนฟื้นคืน จําแนกเป็นรายข้อ	26
4	จำนวน ร้อยละและระดับของความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย ก่อนนอนฟื้นคืน จําแนกเป็นรายข้อ	27
5	ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟื้นคืน	28
6	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษาและความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟื้นคืน	28

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ช่องปากเป็นอวัยวะที่สำคัญเพราะทำหน้าที่ได้หลายอย่าง ตั้งแต่การออกเสียง การพูด การกัด ตัด บดเคี้ยวอาหาร อมและกลืน รวมทั้งทำหน้าที่เป็นช่องทางเดินอากาศหายใจแทนช่องจมูก นอกจากนี้ยังทำให้มีรูปใบหน้าที่ได้สัดส่วน สวยงามเป็นเสน่ห์แก่ผู้พบเห็นหรือผู้ที่ได้คบหาสมาคมด้วย ผู้ที่มีความผิดปกติของอวัยวะในช่องปาก เช่น ฟันโยก ปวดฟัน มีบาดแผล หรือรอยโรคอื่นๆ ก็จะทำให้การทำหน้าที่ดังกล่าวผิดปกติหรือไม่สมบูรณ์ได้ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเคี้ยวกลืน การพูด หรือมีความเจ็บปวดรำคาญใจ เป็นสิ่งที่บั่นทอนสุขภาพทั้งกายและจิตใจ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในบุคลิกภาพของตนเอง

ฟันคุด (Impacted tooth) เป็นฟันที่ไม่สามารถขึ้นในช่องปากได้ตามปกติ เนื่องจากกระดูกหรือเหงือกที่ปกคลุมหนาแน่นหรือถูกขัดขวางจากฟันข้างเคียง (เชื้อ โชติ หังสสุติ, 2536) แบ่งเป็น 3 ชนิดคือ (AAOMS 2000) 1. ฟันคุดที่ส่วนตัวฟันขึ้นมาในช่องปากได้ทั้งหมด (Erupted third molar tooth) 2. ฟันคุดที่ขึ้นมาในช่องปากได้บางส่วน (Partially erupted third molar tooth) 3. ฟันคุดที่ไม่มีส่วนตัวฟันขึ้นมาในช่องปาก (Unerupted third molar tooth) ฟันเหล่านี้ไม่มีหน้าที่ในการบดเคี้ยวและทำความสะอาดได้ยาก เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการปวด บวม หรือการติดเชื้อในช่องฟังกัด (facial space infection) ของใบหน้าและลำคอได้ (พัชรี กัมพลานนท์, 2536) วิธีการรักษาคือการถอนฟันคุดออก ช่วงอายุที่เหมาะสมในการถอนฟันคุดคือ 12 – 24 ปี หรือก่อนอายุ 30 ปี เพราะในช่วงอายุน้อยกระดูกที่ปกคลุมยังไม่แข็งมากทำให้ง่ายต่อการกรอกระดูกและตัดแบ่งฟัน เนื่องจากมีอายุน้อยสุขภาพดีมีการซ่อมแซมบาดแผลได้ดี ทำให้บาดแผลหายได้เร็ว ไม่มีผลแทรกซ้อน (Osborn อ้างใน เชื้อ โชติ, 2536)

เมื่อทันตแพทย์ตรวจและวินิจฉัยพบว่าผู้ป่วยมีฟันคุด ก็จะแนะนำให้ถอนฟันคุดออก ผู้ป่วยมักจะบอกว่าตนยังไม่พร้อมที่จะถอนฟันในวันนี้และให้เหตุผลว่าขอล้างไปเตรียมจิตใจก่อน หรือบอกว่ากลัวความเจ็บปวด เมื่อถึงวันนัดผู้ป่วยบางส่วนมักจะไม่มาตามนัด หรือบางรายในขณะที่กำลังถอนก็จะร้องไห้ ไม่ยอมอ้าปาก และสังเกตเห็นอาการเกร็งที่มือทั้งสองข้างในขณะที่นอนทำฟันอยู่ในเก้าอี้ทำฟัน หรือบางครั้งพบว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกล้างหลังจากฉีดยาชาแล้ว ทำให้การรักษาไม่ราบรื่นและใช้เวลานาน รวมทั้งทำให้สิ้นเปลืองวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการถอนฟันคุด

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ช่องปากเป็นอวัยวะที่สำคัญเพราะทำหน้าที่ได้หลายอย่าง ตั้งแต่การออกเสียง การพูด การกัด ตัด บดเคี้ยวอาหาร อมและกลืน รวมทั้งทำหน้าที่เป็นช่องทางเดินอากาศหายใจแทนช่องจมูก นอกจากนี้ยังทำให้มีรูปใบหน้าที่ได้สัดส่วน สวยงามเป็นเสน่ห์แก่ผู้พบเห็นหรือผู้ที่ได้คบหาสมาคมด้วย ผู้ที่มีความผิดปกติของอวัยวะในช่องปาก เช่น ฟันโยก ปวดฟัน มีบาดแผล หรือรอยโรคอื่นๆ ก็จะทำให้การทำหน้าที่ดังกล่าวผิดปกติหรือไม่สมบูรณ์ได้ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเคี้ยวกลืน การพูด หรือมีความเจ็บปวดรำคาญใจ เป็นสิ่งที่บั่นทอนสุขภาพทั้งกายและจิตใจ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในบุคลิกภาพของตนเอง

ฟันคุด (Impacted tooth) เป็นฟันที่ไม่สามารถขึ้นในช่องปากได้ตามปกติ เนื่องจากกระดูกหรือเหงือกที่ปกคลุมหนามากหรือถูกขัดขวางจากฟันข้างเคียง (เชื้อโรค, หังสสุติ, 2536) แบ่งเป็น 3 ชนิดคือ (AAOMS 2000) 1. ฟันคุดที่ส่วนตัวฟันขึ้นมาในช่องปากได้ทั้งหมด (Erupted third molar tooth) 2. ฟันคุดที่ขึ้นมาในช่องปากได้บางส่วน (Partially erupted third molar tooth) 3. ฟันคุดที่ไม่มีส่วนตัวฟันขึ้นมาในช่องปาก (Unerupted third molar tooth) ฟันเหล่านี้ไม่มีหน้าที่ในการบดเคี้ยวและทำความสะอาดได้ยาก เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการปวด บวม หรือการติดเชื้อในช่องฟักผัด (facial space infection) ของใบหน้าและลำคอได้ (พัชรี กัมพลานนท์, 2536) วิธีการรักษาคือการถอนฟันคุดออก ช่วงอายุที่เหมาะสมในการถอนฟันคุดคือ 12 – 24 ปี หรือก่อนอายุ 30 ปี เพราะในช่วงอายุน้อยกระดูกที่ปกคลุมยังไม่แข็งมากทำให้ง่ายต่อการกรอกระดูกและตัดแบ่งฟัน เนื่องจากมีอายุน้อยสุขภาพดีมีการซ่อมแซมบาดแผลได้ดี ทำให้บาดแผลหายได้เร็วไม่มีผลแทรกซ้อน (Osborn อ้างใน เชื้อโรค, 2536)

เมื่อทันตแพทย์ตรวจและวินิจฉัยพบว่าผู้ป่วยมีฟันคุด ก็จะแนะนำให้ถอนฟันคุดออก ผู้ป่วยมักจะบอกว่าตนยังไม่พร้อมที่จะถอนฟันในวันนี้และให้เหตุผลว่าขอล้างไปเตรียมจิตใจก่อน หรือบอกว่ากลัวความเจ็บปวด เมื่อถึงวันนัดผู้ป่วยบางส่วนมักจะไม่มาตามนัด หรือบางรายในขณะที่กำลังถอนก็จะร้องไห้ ไม่ยอมอ้าปาก และสังเกตเห็นอาการเกร็งที่มือทั้งสองข้างในขณะที่นอนทำฟันอยู่ในเก้าอี้ทำฟัน หรือบางครั้งพบว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกลึกลับหลังจากฉีดยาชาแล้ว ทำให้การรักษาไม่ราบรื่นและใช้เวลานาน รวมทั้งทำให้สิ้นเปลืองวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการถอนฟันคุด

สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาในการรักษาของทันตแพทย์และหน่วยงาน ส่วนปัญหาต่อตัวผู้ป่วยก็คือเมื่อไม่มาถอนฟันคุดตามที่นัดหมาย สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ มีอาการปวดฟันอย่างรุนแรง ฟันผุ เกิดการติดเชื้อที่มีสาเหตุจากฟัน โรคปริทันต์ (โรคเหงือก) เกิดถุงน้ำ (cyst) อาการเหล่านี้ต้องใช้วิธีการรักษาที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น (พัชรี กัมพลานนท์, 2536)

การถอนฟันคุดนั้นมีขั้นตอนที่ซับซ้อนและใช้เครื่องมือมากและใช้ระยะเวลานานกว่าการถอนฟันทั่วไป เริ่มจากการฉีดยาเฉพาะที่เพื่อระงับความรู้สึกเจ็บปวดในขณะที่ถอนฟัน การเปิดเหงือก การใช้เครื่องมือกรอฟันในการกรอกระดูกและตัดแบ่งฟัน และการใช้เครื่องคุดน้ำลายและโลหิตร่วมด้วยเพื่อให้มองเห็นบริเวณที่ถอนฟันได้ชัดเจน เสียงที่เกิดจากเครื่องกรอฟันและเครื่องคุดน้ำลายและโลหิตอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวได้ จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากการฉีดยาเฉพาะที่และแผลที่เกิดจากการถอนฟัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการรักษาทางทันตกรรมดังกล่าว ดังนั้นความวิตกกังวลจึงเป็นมุมมองที่ผู้ให้บริการควรตระหนักถึง (Kent, 1991) ดังที่สเตปโฮล์ และเปเรทซ์ (Stabholz & Peretz, 1999) ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับการรักษาทางทันตกรรมในรูปแบบต่างๆ เช่น การถอนฟัน การขูดหินปูน การรักษาคลองรากฟัน การตัดเหงือก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงสุดในเรื่องการถอนฟัน นอกจากนั้นกอพรและเพื่อน (2543) ได้ศึกษาเรื่องการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในคนไข้ที่ไม่มีโรคทางระบบ ซึ่งมารับบริการถอนฟันภายใต้การฉีดยาเฉพาะที่ที่มีส่วนผสมของยาบีบเส้นเลือดชนิด epinephrine 1:100000 ที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ มีค่าสูงขึ้นในช่วงก่อนฉีดยา ระหว่างการถอนฟัน และหลังฉีดยา แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และคาดว่าปัจจัยที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงค่าเหล่านี้เป็นผลมาจาก endogenous catecholamine ที่ถูกกระตุ้นจากความกลัวและความวิตกกังวล กล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่มาถอนฟันมีความวิตกกังวลสูง

ความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ และประเมินสถานการณ์ว่ากำลังถูกคุกคาม (Spileberger, 1972) เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การรับรู้ ความคิด ความจำ สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและสรีรวิทยา โดยความวิตกกังวลจะกระตุ้นการหลั่งของแคทอิโคลามีน (catecholamine) ที่มีผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติก และพาราซิมพาเทติก ส่งผลให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงคือ ทำให้บุคคลรู้สึกตื่นตัว ร่างกายไม่สุขสบาย หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย ภาวะอาหารปั่นป่วน

สมาธิสั้นลง ความจำเสื่อม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอกจากนั้นยังทำให้แผลหายช้าลงเพราะไปขัดขวางการสมานของเนื้อเยื่อและการซ่อมแซมเนื้อเยื่อของบาดแผล (วิจิตรา กุสุมภ์, 2541)

บาร์บารา (Barbara, 1982) กล่าวว่าสิ่งที่เป็นปัญหามากและก่อให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก็คือความไม่รู้ในสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญ การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่นอกจากการให้ยาแล้ว อีกวิธีหนึ่งก็คือการตอบคำถามและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ดังที่เดลฟินโน (Delfino, 1997) ได้ศึกษาทัศนคติของประชาชนในการผ่าตัดในช่องปาก ในด้านความวิตกกังวลในการผ่าตัด การให้ยาชา และการให้คำปรึกษารวมทั้งการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 22 % มีความวิตกกังวลในระดับสูงพอที่จะเลี่ยงการรักษาในทันที 31% มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง 98 % ต้องการข้อมูลก่อนทำการรักษาในเรื่องขั้นตอนการผ่าตัดว่ามีอะไรบ้างและยาชาที่ใช้ในการผ่าตัด นอกจากนั้นเจริญขวัญ ชาลีภาและองอาจ ชาลีภา (2542) ได้ศึกษาความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครต่องานทันตกรรมในปัญหาทันตสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนร้อยละ 55.1 ต้องการรูปแบบการให้บริการคำปรึกษาด้วยการพูดคุยกับทันตแพทย์ และหัวข้อที่ต้องการคำปรึกษาได้แก่ ความเข้าใจที่ถูกต้องในกระบวนการรักษา รองลงมาได้แก่การลดความกลัวและความวิตกกังวลในการทำฟัน

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดในช่องปาก เช่น การถอนฟัน การถอนฟันคุด นอกจากจะมีความวิตกกังวลสูงแล้วยังมีความต้องการข้อมูลมาก การให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการจะช่วยให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวล มีความเข้าใจในขั้นตอนการรักษาและทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา (Delfino, 1997) จากการศึกษาของโรเบิร์ตและเพื่อน (Robert, et al., 1995) ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้ความเจ็บป่วย กลยุทธ์การจัดการและการบริหารความเครียดของผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดเหงือกกับการมารับการผ่าตัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่าถ้าผู้ป่วยทราบข้อมูลก่อนการผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดขณะผ่าตัดได้ดีขึ้นและหลังผ่าตัดมีความเจ็บปวดลดลง ดังนั้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุดเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรตระหนักถึง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่ศึกษาถึงความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุดยังไม่มี คงมีแค่การศึกษาเรื่องความวิตกกังวลเพียงด้านเดียวซึ่งก็พบจำนวนน้อย และเนื่องจากพยาบาลมักให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามมุมมองของตนเอง โดยยึดถือทฤษฎีที่เรียนมาเป็นเกณฑ์ มากกว่าการคำนึงถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย (Teasdale, 1993) จึงเป็นเหตุจูงใจให้ผู้ศึกษาสนใจว่าในผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุดมีความวิตกกังวลในระดับใด และมีความต้องการข้อมูลอะไรบ้าง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลโดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์

1. ศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนนอนฟื้นคืนทั้งโดยรวมและรายข้อ
2. ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟื้นคืนทั้งโดยรวม และรายข้อ
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟื้นคืน
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษาและความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล

สมมุติฐานในการวิเคราะห์

1. ผู้ป่วยก่อนนอนฟื้นคืนมีความวิตกกังวลสูงและมีความต้องการข้อมูลในระดับมาก
2. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. เพศ อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล

ขอบเขตการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟื้นคืน ที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้ป่วยที่ได้รับการนัดให้มารอรับการนอนฟื้นคืน ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2544

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิเคราะห์

ความวิตกกังวล หมายถึง ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่บุคคลนั้นถูกคุกคามจากสิ่งเร้าที่ไม่ทราบแน่ชัดทำให้เกิดความอึดอัดและกังวลใจ หรือในสิ่งเร้าที่ทราบอย่างชัดเจนจะทำให้เกิดความกลัว ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก ประเมินได้ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงมาจาก Hamilton Anxiety Rating Scale: (Buss, et al., 1955)

ความต้องการข้อมูล หมายถึง การที่ผู้ป่วยก่อนนอนฝันคุดขาดความรู้หรือมีความรู้ไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน จึงต้องการความรู้และคำอธิบายจากทันตแพทย์ หรือ พยาบาลในเรื่อง สาเหตุของการเกิดฝันคุด ความจำเป็นในการนอนฝันคุด อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการนอนฝันคุด ขั้นตอนการนอนฝันคุด ระยะเวลาที่แผลหายเป็นปกติ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการนอนฝันคุด ยาชาที่ใช้ระดับความรู้สึกเจ็บปวดในการนอนฝันคุด อาการไม่พึงประสงค์ของยาชา การป้องกันและรักษาอาการไม่พึงประสงค์ของยาชา ซึ่งประเมินได้ด้วยแบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฝันคุด ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด ผู้ศึกษาได้รวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้คือ ฟันคุด แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษาและความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล

ฟันคุด

ฟันคุด (Impacted tooth) เป็นฟันที่ไม่สามารถขึ้นในช่องปากได้ตามปกติเนื่องจากกระดูกหรือเหงือกที่ปกคลุมหนามากหรือถูกขัดขวางจากฟันข้างเคียง (เชื้อโชติ หังสสุติ, 2536) แบ่งเป็น 3 ชนิดคือ (AAOMS, 2000) 1. ฟันคุดที่ส่วนตัวฟันขึ้นมาในช่องปากได้ทั้งหมด (Erupted third molar tooth) 2. ฟันคุดที่ขึ้นมาในช่องปากได้บางส่วน (Partially erupted third molar tooth) 3. ฟันคุดที่ไม่มีส่วนตัวฟันขึ้นมาในช่องปาก (Unerrupted third molar tooth) ฟันเหล่านี้ไม่มีหน้าที่ในการบดเคี้ยวและทำความสะอาดได้ยาก เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการปวดบวม หรือการติดเชื้อในช่องปาก

สาเหตุของการเกิดฟันคุด

ฟันคุดที่พบบ่อยๆ ได้แก่ ฟันกรามซี่ที่สาม ฟันเขี้ยวบนและฟันกรามน้อยล่าง ที่พบบ่อยที่สุดคือฟันกรามซี่ที่สามเนื่องจากเป็นฟันซี่สุดท้ายที่โผล่ขึ้นในช่องปาก และอยู่ส่วนหลังสุดของกระดูกขากรรไกร ถ้ากระดูกขากรรไกรมีขนาดเล็กก็จะไม่มีเนื้อที่มากพอสำหรับให้ฟันกรามซี่นี้ขึ้นมาได้ตามปกติ หรือผู้ที่เป็นโรคแคระแกรน (Cretinism) มีถุงน้ำ (cyst) เนื้องอก (tumor) การอักเสบเฉพาะที่ สิ่งเหล่านี้ก็เป็นอุปสรรคขัดขวางการเกิดขึ้นของฟันซี่สุดท้ายทำให้ฟันไม่สามารถขึ้นได้ตามปกติ รองจากฟันกรามซี่ที่สาม คือ ฟันเขี้ยวบน เนื่องจากขึ้นมาภายหลังจากฟันหน้าและฟันกรามน้อยขึ้นมาเรียบร้อยแล้ว จึงมักพบว่าจะขึ้นมาโดยซ้อนทับกับฟันหน้าหรือยังคงฝังตัวในกระดูกขากรรไกร ส่วนฟันกรามน้อยล่างจะขึ้นหลังจากที่ฟันเขี้ยวและฟันกรามซี่ที่หนึ่งขึ้นแล้ว (เชื้อโชติ หังสสุติ, 2536)

เมื่อทำการตรวจและวินิจฉัย พบว่าผู้ป่วยมีฟันคุดควรจะแนะนำให้รีบผ่าตัดเอาออก ทั้งนี้ก็เพราะว่าขณะที่ผู้ป่วยยังมีอายุน้อยร่างกายจะแข็งแรงไม่มีโรคทางระบบใดๆ และกระดูกที่ปกคลุมยังไม่แข็งมากนัก ง่ายต่อการกรอกระดูกและตัดฟัน (ในรายที่จำเป็น) เนื่องจากมีอายุน้อย สุขภาพดีมีการซ่อมแซมบาดแผลได้ดี ดังนั้นแผลผ่าตัดจึงหายได้เร็ว ไม่มีผลแทรกซ้อนหรือมีเพียงเล็กน้อย กระดูกสร้างตัวได้เร็วและยังไม่มีผลเสียต่อเนื้อเยื่อปริทันต์ของฟันกรามซึ่งที่อยู่ข้างเคียง (เชื้อ โซติ หังสสุติ, 2536)

ความจำเป็นในการถอนฟันคุด

เมื่อทราบว่าฟันคุดบางครั้งผู้ป่วยยังไม่ต้องการถอนออก บุคลากรควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการถอนฟันคุดดังนี้ (อนันต์ พงสุวรรณกุล, 2521)

1. เกิดการอักเสบของเหงือกรอบฟันคุด พบว่าเกิดกับฟันคุดล่างชนิดฟันที่ขึ้นมาบางส่วนบ่อยที่สุด การอักเสบติดเชื้อจะเกิดระหว่างฟันคุดกับกระดูกและเหงือกรอบๆ อาจมีหนองใต้เหงือก จะมีอาการปวดร่วมกับการอ้าปากไม่ขึ้น (trismus) เชื้อที่เป็นสาเหตุมักเป็น Streptococci staphylococci และ vincent spirochete ซึ่งเป็นเชื้อที่มีอยู่ในช่องปากตามปกติ (normal flora) การติดเชื้ออาจเกิดเฉพาะที่รอบฟันคุดหรือกระจายไปยังบริเวณใกล้เคียง จะทำให้เกิด buccal space abscess ทำให้แก้มบวม อ้าปากไม่ขึ้น บางรายทำให้เกิด cellulitis หากฟันคุดไม่สามารถขึ้นได้เต็มที่การอักเสบหรือการติดเชื้อดังกล่าวจะเป็นๆหายๆสลับกันเรื่อยไป

2. โรคปริทันต์ เศษอาหารที่ติดระหว่างฟันคุดที่ขึ้นมาบางส่วนกับฟันกรามซี่ติดกัน ทำให้เกิดการอักเสบได้ มีการละลายตัวของกระดูกเกิดร่องลึกปริทันต์ด้านหลังทำให้ฟันกรามซี่ติดกันโยกและเกิดโรคปริทันต์อย่างรุนแรง จึงต้องถอนฟันคุดออกก่อนเพื่อเป็นการป้องกันอาการดังกล่าว

3. ฟันผุ เศษอาหารมักติดในซอกระหว่างฟันคุดกับฟันข้างเคียง ทำให้ฟันทั้งสองซี่ผุได้ง่าย แม้จะอุดแล้วก็มีโอกาสผุอีก การถอนฟันคุดออกเป็นการป้องกันฟันผุของฟันซี่ที่ติดกัน

4. การละลายของราก แรงดันของฟันคุดอาจทำให้รากฟันซี่ที่ติดกันละลาย ทำให้ฟันตายหรือเกิดอาการปวดได้

5. การเกิดถุงน้ำ ฟันคุดล่างจะเป็นฟันที่เกี่ยวข้องกับการเกิดถุงน้ำ (dentigerous cyst) บ่อยที่สุด อาจไม่มีอาการปวด พบโดยภาพถ่ายรังสี กระดูกจะถูกทำลายไปเรื่อยๆ พบการบวมหรือการขยายใหญ่ของกระดูกขากรรไกรได้ กรณีที่ถุงน้ำมีขนาดใหญ่อาจดันฟันคุดให้เคลื่อนห่าง

ไปจากตำแหน่งเดิมได้มาก เช่น ไปอยู่ใกล้ขอบล่างของกระดูกขากรรไกรหรือบริเวณ ramus เป็นต้น

6. ฟันคุดอยู่ในบริเวณที่จะได้รับการฉายรังสีรักษา (Radiotherapy) เพราะการอักเสบของเหงือกครอบฟันคุดที่เกิดได้ง่ายนั้นอาจทำให้เกิดกระดูกตาย (osteoradionecrosis) หลังจากฉายรังสีแล้ว

7. อาการปวด ฟันคุดอาจทำให้เกิดอาการปวดบริเวณที่มันอยู่ หรือปวดร้าวไปยังบริเวณอื่น อาการปวดอาจเป็นผลจากการอักเสบของเหงือกครอบฟันคุด ฟันผุ รากฟันข้างเคียงละลาย โรคปริทันต์หรือพยาธิสภาพรอบฟัน หรือสาเหตุไม่ได้ ผู้ที่มีอาการปวดบริเวณฟันคุดหรือปวดตื้อๆบริเวณขมับหรือบริเวณใกล้เคียงโดยที่สาเหตุอื่นไม่พบ อาการปวดดังกล่าวอาจหายไปหลังจากถอนฟันคุดออก

8. ฟันคุดที่อยู่ในขากรรไกรที่ไม่มีฟันและใส่ฟันปลอม ฟันคุดที่ฝังอยู่ไม่ลึก แรงกดของเหงือกที่คลุมอยู่จากฟันปลอมจะทำให้ปวดหรือกระตุ้นให้ฟันขึ้น หรือมีการละลายของกระดูกที่คลุมฟันทำให้ฟันโผล่ขึ้นมาบางส่วนทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อตามมาได้

9. ฟันซ้อน แรงดันจากฟันคุดจะทำให้ฟันหน้าล่างเกซ้อนได้ จึงต้องถอนฟันคุดก่อนหรือหลังการจัดฟัน

10. ฟันคุดอยู่ในรอยหักของกระดูกขากรรไกร ในกรณีที่ฟันคุดมีการแตกหักชัดเจน การจัดกระดูกให้เข้าที่ หรือมีช่องว่างตรงรอยหักกว้างพอที่จะถอนฟันคุดออกได้ ให้ถอนฟันคุดออก

ขั้นตอนในการถอนฟันคุดชนิดต่างๆ ประกอบด้วย

1. การซักประวัติการเจ็บป่วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด การแพ้ยาชนิดต่างๆ การวัดสัญญาณชีพ เพื่อประกอบการประเมินผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด

2. การประเมินลักษณะทางภาพรังสี

3. การฉีดยาชาในบริเวณฟันที่ต้องการถอน

4. การเปิดแผลด้วยมีดผ่าตัดขนาดเล็กและการเปิดแผ่นเหงือก (flap)

5. การกรอกระดูก และการตัดแบ่งฟันและเอาฟันคุดออก

6. การทำความสะอาดแผล

7. การเย็บแผล

เมื่อเย็บแผลเรียบร้อยแล้วผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังการถอนฟันคุณพร้อมทั้งนัดให้มาตัดไหมอีก 7 วันต่อมา และให้ยาไปรับประทานต่อที่บ้าน

อาการข้างเคียงของการถอนฟันคุณ

1. เลือดออกมาก

โดยปกติแผลหลังผ่าตัดจะมีเลือดซึมออกมา ซึ่งกั๊ดผ้าก๊อชจะหยุดได้เอง แต่ถ้าเลือดออกมากอาจเกิดจากการตัด retromolar vessel

วิธีการรักษา ฉีดยาชาและใช้น้ำเกลือล้างแผลเอาก้อนเลือดออกให้หมดแล้วดูว่าสาเหตุมาจากอะไร อาจใช้วัสดุห้ามเลือดช่วย หลังจากนั้นเย็บขอบแผลปิดให้แน่น กั๊ดผ้าก๊อชที่วางบนเย็บฟันให้แน่น 5-10 นาที

2. การบวม

การบวมจะมากที่สุดในวันที่ 2 หลังถอนฟันคุณ หลังจากนั้นจะยุบลงเรื่อยๆและหายไปตัวเองกินเวลาประมาณ 1 อาทิตย์ การใช้น้ำแข็งประคบหลังถอนฟันทันทีจะช่วยลดอาการบวมได้

3. การติดเชื้อ

หากหลังถอนฟันคุณการบวมไม่ยุบลง แต่บวมมากขึ้น หรือบวมหลังถอนฟันคุณไปแล้ว 3-5 วัน มักมีสาเหตุจากการติดเชื้อ ผิวหนังด้านนอกมักจะบวมแดง มีไข้ ซึ่งต่างจากการบวมธรรมดาหลังผ่าตัด การติดเชื้ออาจมีก่อนการผ่าตัดอยู่แล้ว เช่น การอักเสบของเหงือกรอบฟันคุณ การติดเชื้ออาจมีสาเหตุมาจากวิธีทำให้ปราศจากเชื้อขณะผ่าตัดไม่เพียงพอ หรือสุขภาพในช่องปากหลังผ่าตัดไม่ดีเพราะทำความสะอาดช่องปากไม่ได้ เนื่องจากอ้าปากไม่ขึ้นและปวด

4. Alveolar osteitis (dry socket)

พบได้บ่อยหลังถอนฟันคุณล่าง แต่ไม่ค่อยพบในฟันคุณบน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดเนื่องมาจากกั๊ดยันตรายและการติดเชื้อ

5. Pyogenic granuloma

เกิดจากการทำความสะอาดแผลก่อนเย็บปิดไม่ดี หรือไม่ได้เอาขอบกระดูกที่แตกออก อาจทำให้เกิดเศษหรือชิ้นกระดูกตาย ทำให้ติดเชื้อ เกิดหนองหรือมี granulation tissue เกิดขึ้นมากผิดปกติ ทำให้เกิด Pyogenic granuloma ได้

6. อ้าปากไม่ขึ้น มักเกิดหลังฟันคุณล่าง สาเหตุที่พบบ่อยคือการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นผลของการอักเสบบริเวณ external oblique ridge หรือเกิดจากการแยก temporalis tendon ที่เกาะที่ external และ internal oblique ridge ขณะเปิด flap

การถอนฟันคุณนับว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อความปลอดภัยทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายนั้นทำให้เกิดการสูญเสียเลือดหรือเกิดอันตรายต่อฟันได้ ส่วนในด้านจิตใจนั้นผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากการฉีดยาชาและแผลถอนฟันคุณ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นเรื่องสำคัญอีกเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความเคร่งเครียดและการปรับตัว เพราะในความยุ่งยากของการดำเนินชีวิต ความล้มเหลวในการปรับตัว หรือแม้แต่ความสำเร็จในชีวิต ล้วนมีเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวข้องด้วยเกือบตลอดเวลา ได้มีนักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

จากแนวคิดของกลุ่มจิตวิเคราะห์ (May, 1977 อ้างใน คาราวรรณ ตะปินตา, 2527) กล่าวว่า ความวิตกกังวลหมายถึง ภาวะการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่อาจมาทำร้าย ทำอันตรายต่อจิตใจและร่างกายของบุคคล ซึ่งการตอบสนองนี้ขึ้นกับประสบการณ์ บุคลิกภาพ ความเชื่อ หรือความคิดของแต่ละบุคคล โดยสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นบุคคลมีลักษณะที่ไม่ชัดเจน และไม่เฉพาะเจาะจง แต่ถ้าเป็นสิ่งเร้าที่เฉพาะเจาะจงได้ชัดเจน และบุคคลทราบว่าจะทำให้เกิดอันตรายได้มากหรือน้อย โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ตรงของบุคคลหรือประสบการณ์อ้อมจากผู้อื่น บุคคลจะเกิดความกลัวแทนความวิตกกังวล

สไปล์เบอร์เกอร์ (Spileberger, 1972) กล่าวว่า การคาดคะเนหรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคลทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือทำให้เกิดอันตราย ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลนี้ บุคคลจะประเมินหรือคาดคะเนได้แตกต่างกันไปแล้วแต่การรับรู้และการคิดของแต่ละบุคคล ถ้าบุคคลประเมินได้ว่าสิ่งเร้านั้นทำให้เกิดความไม่พึงพอใจอย่างรุนแรง ก็จะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นมาก และอาจจะมากเกินกว่าที่สิ่งเร้านั้นจะมีผลต่อบุคคล ในขณะที่อีกบุคคลหนึ่งตอบสนองต่อสิ่งเร้าเดียวกันนี้น้อยกว่า เพราะเขาประเมินว่าสิ่งเร้านี้จะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อตนเองน้อยกว่า ในกรณีที่บุคคลส่วนใหญ่คาดคะเนหรือประเมินสิ่งเร้าว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือทำร้ายได้อย่างชัดเจน และมีพฤติกรรมการตอบสนองอย่างสมเหตุสมผลกับการที่สิ่งเร้าจะมาทำอันตรายให้บุคคลเรียกภาวะนี้ว่าความกลัว

ไอแซค (Isaacs, 1996) อธิบายว่า ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความเครียด เป็นความรู้สึกหวั่นใจ หงุดหงิด ไม่สบายใจ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลถูกคุกคามจากสิ่งที่ไม่ทราบแน่ชัด

ในทางจิตวิทยาได้กล่าวถึงความวิตกกังวลว่า หมายถึงปฏิกิริยาโต้ตอบสถานการณ์บางอย่างที่ทำให้คนเรตกอยู่ในภาวะอึดอัดและกังวลใจซึ่งจะสังเกตได้จากการพูดจา กริยาท่าทาง หรือการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่เกิดขึ้น หรือหมายถึงภาวะทางจิตอย่างหนึ่งที่เป็นลักษณะประจำตัวของบางคน ซึ่งอาจเกิดจากสิ่งกระตุ้นบางอย่างจากประสบการณ์ที่ผ่านมา เช่น จากการศึกษาที่ไม่ยอมรับ การถูกตำหนิติเตียน ความล้มเหลว หรือภัยอันตรายจากความเจ็บปวด หรือการบาดเจ็บ เป็นต้น (นิภา นิธยาน, 2530)

สรุปได้ว่าความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ ที่บุคคลนั้นถูกคุกคามจากสิ่งเร้าที่ไม่ทราบแน่ชัดทำให้เกิดความอึดอัดและกังวลใจ หรือในสิ่งเร้าที่ทราบอย่างชัดเจนทำให้เกิดความกลัว ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก

ประเภทของความวิตกกังวล

สไปล์เบอร์เกอร์ (Spilberger, 1972) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety or a-state) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์หนึ่งๆ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราวและมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงขึ้นลงได้ตลอดเวลา แต่จะคงอยู่ในช่วงระยะเวลาไม่นาน
2. ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety or a-trait) เป็นลักษณะคงที่ของบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ และเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะเผชิญเมื่อบุคคลนั้นมีความวิตกกังวลสูง

ชิฟว์ (Shive, 1998) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 4 ประเภทคือ

1. Signal anxiety หมายถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ เช่น เมื่อลูกไปโรงเรียนครั้งแรก แม่จะมีอาการหัวใจเต้นเร็ว มีนสิริระ และนอนไม่หลับ
2. Trait anxiety หมายถึงบุคลิกภาพ อารมณ์ และพฤติกรรมการเรียนรู้ของบุคคลนั้นๆ พฤติกรรมในการตอบสนองต่อความเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ เช่น เลขานุการอายุ 25 ปี

บ่นเรื่องการมองเห็นไม่ชัดเจน อาการมีศีรษะ ปวดศีรษะ และนอนไม่หลับ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานที่มีแต่ความเครียด

3. State anxiety หมายถึง ความวิตกกังวลขณะเผชิญกับเหตุการณ์ เช่น แม่เกิดความวิตกกังวลเมื่อได้รับข่าวว่าลูกได้รับอันตรายและถูกนำส่งโรงพยาบาล

4. Free floating anxiety หมายถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นพร้อมกับความรู้สึกกลัว เช่น กลัวว่าจะมีขโมยเข้ามาขโมยของในเวลากลางคืน จะย่ำคิดย่ำทำในการปิดประตูหน้าต่าง และหลีกเลี่ยงการออกนอกบ้านในเวลากลางคืน เพราะเธอกลัวว่าเมื่อกลับมาถึงบ้านจะพบกับบ้านที่ว่างเปล่า

ปัจจัยของความวิตกกังวล

วิลสันและนีลส์ (Wilson&Kneisl,1996) ได้อธิบายถึงสาเหตุของความวิตกกังวลว่าเกิดจาก

1. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เช่น ความต้องการด้านปัจจัยสี่ ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค
2. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของบุคคล เช่น
 - 2.1 ความผิดหวัง
 - 2.2 การหมดความเชื่อถือ อำนาจ ความศักดิ์สิทธิ์ที่มีต่อบุคคลอื่นๆ
 - 2.3 การไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น
 - 2.4 ไม่สามารถทำให้ผู้อื่นมีความเคารพต่อตนเองได้
 - 2.5 เกิดความรู้สึกผิดที่แสดงพฤติกรรมที่ไม่เป็นไปตามความคิดของตนได้

คาร์เพนนิโต (Carpenito, 1995 cited in Shives, 1998) ได้กล่าวถึงปัจจัยของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล ที่เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์
2. ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ซึ่งเป็นผลของการถูกคุกคามของความเชื่อมั่นในตนเอง หรือการรับรู้ว่าคุณไม่มีความสำคัญต่อผู้อื่น สภาพแวดล้อมรอบตัวเปลี่ยนแปลง หรือการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ หรือการคบกับคนที่มีความวิตกกังวล

แมคฟาลแลนและวาสลิ (Macfarland and Wasli,1997 cited in Shives, 1998) ได้รวบรวมสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล นั่นคือการถูกคุกคามในเรื่องดังต่อไปนี้

1. ความเชื่อมั่นในตนเอง (self concept)

2. ระบบความปลอดภัยของบุคคล (personal security system)
3. ความเชื่อ (beliefs)
4. สิ่งแวดล้อมที่คงที่ (stable environment)
5. บทบาทและหน้าที่ ของบุคคล (role- functioning)
6. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ใกล้ชิด (meaningful interpersonal relationship)
7. ภาวะสุขภาพ (health status)

อาการของความวิตกกังวล

อาการของความวิตกกังวลมีรายละเอียดมาก คังที่ชีพัว (Shive, 1998) ได้แบ่งออกเป็น 3 แบบคือ ทางสรีรวิทยา (physiological) ทางจิตวิทยา (psychological or emotional response) และทางพฤติกรรมการเรียนรู้ (intellectual or cognitive response)

อาการทางสรีรวิทยา (physiological) มีดังนี้คือ ชีพจร ความดันโลหิต และอัตราการหายใจ เพิ่มขึ้น มีการหยุดหายใจในบางครั้งหรือหายใจเร็ว เหงื่อออกมาก เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว เมื่ออาหาร คลื่นไส้และอาเจียน ปัสสาวะบ่อย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ กล้ามเนื้ออ่อนแรง แน่นหน้าอก เหงื่อออกที่ฝ่ามือ รูม่านตาขยาย

อาการทางจิตวิทยา (psychological or emotional response) คือ มีการถดถอย (regression) การซึมเศร้า หงุดหงิด ร้องไห้ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม โกรธ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า กลัวหรือสิ้นหวัง

อาการทางพฤติกรรมการเรียนรู้ (intellectual or cognitive response) คือ การลดความสนใจ สมาธิไม่ดี ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายนอก ความรู้สึกทางเพศลดลง ลืมง่าย รับรู้อดีตมากกว่าปัจจุบันหรืออนาคต ยุ่งเหยิงตลอดเวลา

ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งเป็น 4 ระดับ (Stuart, 1998) ตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่แตกต่างกัน คือ

1. ความวิตกกังวลในระดับต่ำหรือเล็กน้อย (mild anxiety) พบได้ทั่วไปในการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นระดับที่ทำให้บุคคลมีการตื่นตัวและรับรู้เพิ่มขึ้น บุคคลจะมีการเรียนรู้ดีขึ้น ร่างกายมีความไม่สุขสบายเล็กน้อย

2. ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (moderate anxiety) มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น การรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้งห้าแคบลง จะมุ่งสนใจในสิ่งที่ตนเองกระทำอยู่ ความคิดจะถูกขัดขวางแต่ยังสามารถเรียนรู้และแก้ปัญหาได้ในระดับหนึ่งแม้ว่าจะไม่ใช่ระดับสูงสุด ความสามารถจะเพิ่มขึ้นถ้าได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้อตึงตัว หายใจเข้าออกแรงขึ้น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย รู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

3. ความวิตกกังวลในระดับสูง (severe anxiety) ประสาทสัมผัสทั้งห้าแคบลงอย่างมาก มองสิ่งแวดล้อมแตกต่างไปจากความเป็นจริง ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง มีความไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นไปได้เพื่อการลดความวิตกกังวล

4. ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (panic anxiety) การรับรู้จากประสาทสัมผัสทั้งห้าผิดไปจากความเป็นจริง มีความกลัว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บุคลิกภาพและความคิดผิดปกติ ความสามารถในการเรียนรู้เสียไป อาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนร่วมด้วย ร่างกายมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานอาหารไม่ได้ มีภาวะซึมเศร้า

การประเมินระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลประเมินได้หลายวิธี ซึ่งผู้ประเมินควรพิจารณาเลือกให้เหมาะสม ซึ่งทำได้ 2 ด้าน (Willson-Barnet, 1992) คือ

1. การประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา เป็นการประเมินทางด้านร่างกายโดยวัดจาก อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ การขยายของรูม่านตา เป็นต้น

2. การประเมินทางด้านจิตใจ แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ

2.1 การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (behavior measure of anxiety) เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายและการพูด การรับรู้ เนื่องจากมีความเชื่อว่าการแสดงออกเป็นสิ่งที่สะท้อนมาจากจิตใจ ทำให้บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ เช่น อาการกระสับกระส่าย มือสั่น ถอนหายใจ พุดรัว ร้องไห้ เป็นต้น

2.2 การประเมินโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self report measure of anxiety) เป็นการประเมินจากความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึกของตนเอง แล้วจึงนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล เช่น แบบประเมินของสไปล์เบอร์เจอร์ (Spielberger, 1972) ที่มีแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวล 2 แบบ คือ

2.2.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety inventory or a-state inventory) เป็นแบบประเมินในช่วงเวลาขณะหนึ่งของบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง มี 20 คำถาม โดยวัดเกี่ยวกับความรู้สึกถึงเครียด กระวนกระวาย กังวลและความหวั่นใจ ซึ่งเกี่ยวกับภาวะความไม่สงบ ไม่นั่นคงปลอดภัย ไม่พอใจของบุคคล และวัดการไม่มีความรู้สึกในด้านเดียวกันด้วย คะแนนจะเพิ่มขึ้นในสถานการณ์ที่เครียดที่บุคคลรู้สึก ว่าถูกคุกคาม

2.2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety inventory or a-trait inventory) เป็นการประเมินบุคลิกภาพของบุคคล มี 20 คำถาม วัดความรู้สึกที่ทุกๆ ไปของบุคคลซึ่งค่อนข้างคงที่ ไม่เปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ที่เครียด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แบบวัดความวิตกกังวลที่ดัดแปลงมาจาก Hamilton Anxiety Rating Scale (Buss, et al., 1955) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้วัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้อย่างครอบคลุมจึงเป็นแบบวัดที่นิยมใช้ในทางจิตเวช และผู้ศึกษาเห็นว่ามีความชัดเจนและเหมาะสมจึงนำมาใช้วัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนนอนฟื้นคืนครั้งนี้

การนอนฟื้นคืนเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่เคยประสบมาก่อน นับเป็นสิ่งเร้าที่ไม่ทราบแน่ชัดแต่สามารถคุกคามต่อความปลอดภัยของบุคคล ทำให้เกิดการสูญเสียฟื้นหรือการเลี้ยวเหือด ซึ่งทำให้บุคคลที่จะต้องมานอนฟื้นคืนนั้นเกิดความวิตกกังวลได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟื้นคืน

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีความสามารถที่จะจัดการแก้ไขปัญหานั้นได้น้อย หรือปรับตัวได้น้อย และจะกระตุ้นให้บุคคลแสวงหาข้อมูล (Dodge, 1969) การแสวงหาข้อมูลเป็นวิธีการแรกที่บุคคลนำมาใช้ และเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูลอันเกิดจากการขาดข้อมูลที่ต้องการ (Derdiarian, 1987) แจคสัน (Jackson cited in Barbara, 1982) กล่าวว่าความกลัวต่อความไม่รู้ในสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความวิตกกังวล และพบว่ามุมมองของทันตแพทย์และผู้ป่วยในการรักษาทางทันตกรรมมีความแตกต่างกัน ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงการให้ข้อมูลการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น การให้คำอธิบายในเรื่องวิธี

การรักษา ระยะเวลาในการรักษาและความรู้สึก การได้ยินเสียงต่างๆ ควรหลีกเลี่ยงคำว่า ตัด เจาะ ลีว มีด เข็ม เป็นต้น และพูดคุยกับผู้ป่วยให้มีความเข้าใจถูกต้องก่อนทำการรักษา

จีบอย (Geboy, 1989) กล่าวถึงผู้ป่วยที่มาปรึกษาทางทันตกรรมว่า ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังในเรื่องความเจ็บปวด ความไม่แน่นอนในสถานการณ์ และการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร และทันตแพทย์ไม่สนใจในความรู้สึกของผู้ป่วยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล วิธีลดความวิตกกังวลมีหลายวิธีกล่าวคือ การให้การต้อนรับอย่างเป็นกันเอง การยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ผู้ป่วยดูวิดีโอ มีหนังสือที่ให้คำอธิบายการรักษา มีแผ่นพับ รวมทั้งการให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการตอบคำถาม การพูดคุยและให้ข้อมูลซึ่งมีข้อมูล 2 แบบที่ควรให้แก่ผู้ป่วย คือข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา เช่นผู้ป่วยเข้าใจไหมว่าจะทำอะไร ใช้ระยะเวลาเท่าไร อีกข้อหนึ่งคือความรู้สึกในขณะที่รักษา เช่น เสียง สัมผัส กลิ่น เป็นต้น การให้ข้อมูลช่วยลดความวิตกกังวลได้เพราะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจระหว่างความคาดหวังกับสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญ หรือการใช้ยานอนหลับอย่างอ่อนๆร่วมด้วย (Eric Spielers, 1999)

จากการศึกษาของเจริญขวัญ ชาลีภาและ งามอาจ ชาลีภา (2542) พบว่าผู้ป่วยสนใจต่อการจัดให้มีบริการคำปรึกษาปัญหาทันตสุขภาพสูงสุด คือจำนวนร้อยละ 85.1 ด้านความต้องการพบว่ามีความต้องการคำปรึกษาจากทันตแพทย์มากที่สุด คือร้อยละ 55 หัวข้อที่ต้องการคำปรึกษาได้แก่ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรักษา รองลงมาได้แก่การลดความกลัว ความวิตกกังวลในการทำฟัน

ผลการศึกษาของโรเบิร์ตและเพื่อน (Robert, et al., 1995) พบว่าการลดความเครียดก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมระหว่างผ่าตัดและมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และมีคำแนะนำว่าก่อนการผ่าตัดควรให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับการผ่าตัดจะช่วยให้ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลดลงได้

นอกจากนั้น เดลฟินโน (Delfino, 1997) ได้ศึกษาเรื่องทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการผ่าตัดในช่องปาก ที่มลรัฐเซนต์หลุยส์จำนวน 1,008 คน ในเรื่องความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับการผ่าตัด, ภาษาที่ใช้ในการผ่าตัด, ความต้องการข้อมูลหรือคำปรึกษาก่อนผ่าตัด ผลการศึกษาในด้านความวิตกกังวลพบว่า ร้อยละ 22 มีความวิตกกังวลมากและเลี่ยงการรักษาในทันที ร้อยละ 31 มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง อายุที่มีความวิตกกังวลสูงที่สุดคือช่วงอายุ 35-49 ปี การระงับความรู้สึกเจ็บปวดที่ใช้ในการผ่าตัดพบว่า ร้อยละ 65 ชอบใช้ระงับความรู้สึกที่จะทำให้เขาไม่รู้สึกเจ็บปวดแต่ยังรู้สึกตัวดี ร้อยละ 56ชอบใช้ระงับความรู้สึกที่จะทำให้เขาลืมไปชั่วขณะ ในด้านความต้องการข้อมูลพบว่าเกือบทั้งหมด คือร้อยละ 98 ต้องการข้อมูลก่อนการรักษา เกี่ยวกับ ขั้นตอนการผ่าตัดว่าจะทำอะไร และทำอย่างไร รวมทั้งชนิดของยาชาที่จะใช้

รวมทั้ง สเตปโฮล์ และเปเรทซ์ (Stabholz & Peretz, 1999) ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยในการรักษาทางทันตกรรมในรูปแบบต่างๆ คือ การขูดหินปูน การอุดฟัน การรักษารากฟัน การผ่าตัดทางปริทันต์หรือการถอนฟัน ที่ School of Dental Medicine, the Hebrew University—Hadassah, Jerusalem, Israel จำนวน 180 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงที่สุดในเรื่องการถอนฟัน และรองลงมาคือการขูดหินปูน อายุที่มีความวิตกกังวลคือช่วงอายุน้อยจะมีความวิตกกังวลมากและมีความต้องการข้อมูลมาก และเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย

ในประเทศไทยมีผู้ศึกษา คือ ขนิษฐา นาคะ (2534) ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณศีรษะและลำคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์ จำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ แต่มีความต้องการข้อมูลในระดับสูง และพบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย ผู้ป่วยอายุ 21- 40 ปี มีความวิตกกังวลสูงกว่า อายุ 61-80 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาที่มีความวิตกกังวลสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานผลวิจัยที่เกี่ยวข้อง แสดงว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูล ซึ่งข้อมูลดังกล่าวก็มีผลต่อการปรับระดับความวิตกกังวลเช่นกัน ดังผลการศึกษาจำนวนมากที่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยข้างต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ และระดับการศึกษากับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีทำให้เกิดความวิตกกังวลมี 2 แบบ คือ ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ที่คุกคามความเชื่อมั่นของตัวเอง และปัจจัยทางด้านร่างกายรวมทั้ง เพศ การศึกษา และอายุ ดังผลการศึกษาของสเตปโฮล์ และเปเรทซ์ (Stabholz & Peretz, 1999) พบว่าเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย เช่นเดียวกันกับการศึกษาของซินเทียและเพื่อน (Cynthia, et al., 2000) ที่ศึกษาเรื่อง dental hygiene fear : gender and age difference ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีความกลัวมากกว่าเพศชาย แต่อายุมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับความวิตกกังวล และช่วงอายุที่มีความวิตกกังวลสูงที่สุดคืออายุ 35-49 ปี ส่วนในเรื่องระดับการศึกษานั้นจันทร์เพ็ญ การิเวท (2514) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาเลยมีความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตามลำดับ แตกต่างกับการศึกษาของโดมาร์และศึกษาเรื่องคณะ (Domar, et al., 1989) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ ลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus &

Folkman, 1984) กล่าวว่าการศึกษาเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา และพบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาค่ำกว่าจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงขึ้น ส่วนเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ และระดับการศึกษากับความต้องการข้อมูลนั้นยังไม่พบรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานผลวิจัยที่เกี่ยวข้อง แสดงว่าอายุ เพศ และระดับการศึกษา น่าจะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและอาจมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลด้วย

The logo of Chiang Mai University is a circular emblem. In the center is a stylized elephant facing left, with a flame-like symbol above its head. The elephant is surrounded by a circular border containing the text 'CHIANG MAI UNIVERSITY 1964'. There are also decorative floral motifs on either side of the elephant.

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิเคราะห์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟื้นคืน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับการนอนฟื้นคืน ที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรคือ ที่ใช้ในการศึกษานี้คือผู้ป่วยที่มานอนฟื้นคืนเป็นครั้งแรก ที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง

ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มานอนฟื้นคืน ที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้มารับการนอนฟื้นคืนเป็นครั้งแรก ที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง วันที่ 30 กันยายน 2544 ได้จำนวน 100 คน
2. เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และมีความเต็มใจที่จะให้ข้อมูลในการตอบแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลที่ผู้ศึกษาได้คัดแปลงมาจาก Hamilton Anxiety Rating Scale (Buss, et al., 1955) มีจำนวน 14 ข้อ คำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ วิตกกังวลมาก วิตกกังวลปานกลาง วิตกกังวลน้อย วิตกกังวลน้อยที่สุด และไม่มีความวิตกกังวล

วิธีการให้คะแนน

มาก	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึก หรือมีอาการมากให้คะแนน 4
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึก หรือมีอาการปานกลางให้คะแนน 3
น้อย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึก หรือมีอาการน้อยให้คะแนน 2
น้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึก หรือมีอาการน้อยที่สุดให้คะแนน 1
ไม่มีความวิตกกังวล	หมายถึง	ผู้ตอบไม่มีความรู้สึก หรือไม่มีอาการเลยให้คะแนน 0

การแปลผลการศึกษา

คะแนนเฉลี่ย	0.00-0.79	หมายถึง	มีความวิตกกังวลน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	0.80-1.59	หมายถึง	มีความวิตกกังวลน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.60-2.39	หมายถึง	มีความวิตกกังวลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.40-3.19	หมายถึง	มีความวิตกกังวลมาก
คะแนนเฉลี่ย	3.20-4.00	หมายถึง	มีความวิตกกังวลมากที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟันคุด ที่ผู้ศึกษาสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของไลเคอร์ท (Likert's scale) สำหรับให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คำตอบแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

มาก	หมายถึง	ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลในระดับมากให้คะแนนเท่ากับ 3
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลในระดับปานกลางให้คะแนนเท่ากับ 2
น้อย	หมายถึง	ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลในระดับน้อยให้คะแนนเท่ากับ 1

การแปลผลการศึกษา

คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.66	หมายถึง	ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.67-2.33	หมายถึง	ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.34-3.00	หมายถึง	ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ (content validity)

ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวล และตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิคือแพทย์จิตเวชจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ทันตแพทย์ 2 ท่าน รวม 3 ท่าน ทำการตรวจสอบ แล้วนำแบบสอบถามไปแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปหาความเที่ยงและนำไปใช้จริง

การหาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ (reliability)

ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์ที่หาความตรงของเนื้อหาแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยก่อน ตอนฟื้นคุดเป็นครั้งแรก จำนวน 20 คน นำผลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟาของคอนบาค (conbach's coefficient) โดยแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลได้ค่าความเที่ยง 0.82 และแบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูลได้ค่าความเที่ยง 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้ศึกษาส่งบันทึกข้อความถึงคณบดี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ช่วงเวลาที่สัมภาษณ์ คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารอดอนฟันคุดตามที่ได้นัดหมายไว้ในเวลา 8.30 - 9.00 น. และ 13.30-14.00 น.

3. กล่าวคำแนะนำตัวเองก่อนทุกครั้ง ขอความร่วมมือและกล่าวคำขอบคุณในการตอบคำถาม
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์
5. ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์แล้วไปจัดเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS for Windows โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป นำมาวิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ร้อยละ
2. แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวล วิเคราะห์โดยรวมโดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลโดยใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ส่วนในรายชื่อวิเคราะห์หาจำนวนและร้อยละ
3. แบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูลวิเคราะห์โดยรวม โดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลโดยใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ส่วนในรายชื่อวิเคราะห์หาจำนวนและร้อยละ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ และระดับการศึกษากับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล ใช้การหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอน
พินคุด ซึ่งผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน
ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ส่วนที่ 2
เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลที่คัดแปลงมาจาก Hamilton Anxiety Rating Scale (Buss,
et al., 1955) นำเสนอโดยรวมและรายข้อ ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ ซึ่งนำ
เสนอโดยรวมและรายข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา (n = 100)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	34
หญิง	66	66
อายุ		
13 – 20 ปี	34	34
21 – 30 ปี	56	56
31 – 40 ปี	7	7
41 – 50 ปี	3	3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	9	9
มัธยมศึกษา	16	16
ประกาศนียบัตร	14	14
ปริญญาตรี	59	59
สูงกว่าปริญญาตรี	2	2

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 66 เพศชายมีจำนวนน้อยกว่าเพศหญิงประมาณครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 34 อายุของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คนมีอายุ 13-50 ปี (อายุเฉลี่ย 25.5 ปี) ส่วนใหญ่ร้อยละ 56 มีอายุช่วง 21-30 ปี รองลงมาร้อยละ 34 มีอายุช่วง 13-20 ปี ด้านการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 59 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 16 และระดับประกาศนียบัตรคิดเป็นร้อยละ 14 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด

ตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด จำแนกโดยรวม (n = 100)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
ความวิตกกังวล	0.73	0.49	น้อยที่สุด
ความต้องการข้อมูล	2.66	0.32	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 แสดงระดับความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุดโดยรวม พบว่าความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X} = 0.73, SD = 0.49$) ส่วนความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 2.66, SD = 0.32$)

ตารางที่ 3

จำนวน ร้อยละ และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนนอนฟันคุด จำแนกเป็นรายข้อ
(n = 100)

ความวิตกกังวล	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. อารมณ์วิตกกังวล	19 (19)	14 (14)	18 (18)	40 (40)	9 (9)
2. ความตึงเครียด	34 (34)	29 (29)	24 (24)	6 (6)	7 (7)
3. พฤติกรรมขณะสัมผัส	93 (93)	6 (6)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
4. เชาวน์ปัญญา (ความรู้)	80 (80)	0 (0)	16 (16)	0 (0)	4 (4)
5. อาการแสดงของระบบ ประสาทสัมผัสหรือการรับรู้	72 (72)	19 (19)	6 (6)	2 (2)	1 (1)
6. อาการแสดงของระบบหัวใจ และหลอดเลือด	57 (57)	21 (21)	19 (19)	3 (3)	0 (0)
7. อาการแสดงของระบบหายใจ	81 (81)	14 (14)	2 (2)	3 (3)	0 (0)
8. อาการแสดงของระบบ ประสาทอัตโนมัติ	63 (63)	17 (17)	17 (17)	3 (3)	0 (0)
9. ความกลัว	20 (20)	26 (26)	37 (37)	10 (10)	7 (7)
10. การนอนไม่หลับ	35 (35)	42 (42)	21 (21)	1 (1)	1 (1)
11. อารมณ์ซึมเศร้า	61 (61)	26 (26)	6 (6)	3 (3)	4 (4)
12. อาการแสดงของระบบ ทางเดินอาหาร	58 (58)	24 (24)	12 (12)	6 (6)	0 (0)
13. อาการแสดงของระบบ สืบพันธุ์-ขับถ่าย	84 (84)	15 (15)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
14. อาการแสดงของระบบ กล้ามเนื้อ	71 (71)	16 (16)	12 (12)	1 (1)	0 (0)
รวม	828 (59.15)	269 (19.21)	192 (13.71)	78 (5.57)	33 (2.36)

ตารางที่ 3

จำนวน ร้อยละ และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด จำแนกเป็นรายชื่อ
(n = 100)

ความวิตกกังวล	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. อารมณ์วิตกกังวล	19 (19)	14 (14)	18 (18)	40 (40)	9 (9)
2. ความตึงเครียด	34 (34)	29 (29)	24 (24)	6 (6)	7 (7)
3. พฤติกรรมขณะสัมภาษณ์	93 (93)	6 (6)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
4. เซอร์วิญญา (ความรู้)	80 (80)	0 (0)	16 (16)	0 (0)	4 (4)
5. อาการแสดงของระบบ ประสาทสัมผัสหรือการรับรู้	72 (72)	19 (19)	6 (6)	2 (2)	1 (1)
6. อาการแสดงของระบบหัวใจ และหลอดเลือด	57 (57)	21 (21)	19 (19)	3 (3)	0 (0)
7. อาการแสดงของระบบหายใจ	81 (81)	14 (14)	2 (2)	3 (3)	0 (0)
8. อาการแสดงของระบบ ประสาทอัตโนมัติ	63 (63)	17 (17)	17 (17)	3 (3)	0 (0)
9. ความกลัว	20 (20)	26 (26)	37 (37)	10 (10)	7 (7)
10. การนอนไม่หลับ	35 (35)	42 (42)	21 (21)	1 (1)	1 (1)
11. อารมณ์ซึมเศร้า	61 (61)	26 (26)	6 (6)	3 (3)	4 (4)
12. อาการแสดงของระบบ ทางเดินอาหาร	58 (58)	24 (24)	12 (12)	6 (6)	0 (0)
13. อาการแสดงของระบบ สืบพันธุ์-ขับถ่าย	84 (84)	15 (15)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
14. อาการแสดงของระบบ กล้ามเนื้อ	71 (71)	16 (16)	12 (12)	1 (1)	0 (0)
รวม	828 (59.15)	269 (19.21)	192 (13.71)	78 (5.57)	33 (2.36)

จากตารางที่ 3 แสดงความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนนอนฟันคุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความวิตกกังวลมีตั้งแต่ระดับน้อยที่สุดถึงมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยร้อยละ 9 มีความวิตกกังวลในระดับมากที่สุดในเรื่องอารมณ์วิตกกังวล ร้อยละ 40 มีความวิตกกังวลในระดับมากในเรื่องอารมณ์วิตกกังวล เช่นเดียวกัน ส่วนความวิตกกังวลในระดับปานกลางนั้นมี 2 เรื่อง คือ ความกลัว (ร้อยละ 37) และความตึงเครียด (ร้อยละ 24) ความวิตกกังวลในระดับน้อย ได้แก่ เรื่องการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 42) ในระดับน้อยที่สุดนั้นร้อยละ 93 ไม่มีพฤติกรรมที่แสดงออก ในขณะที่สัมภาษณ์ และร้อยละ 84 ไม่มีอาการแสดงทางระบบสืบพันธุ์-ขับถ่าย

ตารางที่ 4

จำนวน ร้อยละ และระดับของความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟันคุด จำแนกเป็นรายข้อ (n = 100)

ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ	น้อย	ปานกลาง	มาก
	n (%)	n (%)	n (%)
1. สาเหตุของการเกิดฟันคุด	7 (7)	31 (31)	62 (62)
2. ความจำเป็นในการถอนฟันคุด	5 (5)	23 (23)	72 (72)
3. อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการถอนฟันคุด	3 (3)	17 (17)	80 (80)
4. ขั้นตอนการถอนฟันคุด	4 (4)	28 (28)	68 (68)
5. ระยะเวลาที่แผลหายเป็นปกติ	4 (4)	29 (29)	67 (67)
6. การปฏิบัติตัวก่อนถอนฟันคุด	8 (8)	43 (43)	49 (49)
7. การปฏิบัติตัวหลังถอนฟันคุด	4 (4)	13 (13)	83 (83)
8. ยาที่ใช้ระงับความรู้สึกเจ็บปวดในการถอนฟันคุด	3 (3)	23 (23)	74 (74)
9. อาการไม่พึงประสงค์ของยา	6 (6)	28 (28)	66 (66)
10. การป้องกันและการรักษาเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา	1 (1)	18 (18)	81 (81)
รวม	45 (4.5)	253 (25.3)	702 (70.2)

จากตารางที่ 4 แสดงความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยต้องการทราบ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ จะเห็นว่าความต้องการข้อมูลมีทุกระดับตั้งแต่ระดับน้อยถึงมาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 83, 81 และ ร้อยละ 80 ต้องการทราบข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการถอนฟันคุด การป้องกันและรักษาเมื่อเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยาชา และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการถอนฟันคุด ตามลำดับ ในข้ออื่น ๆ นั้นผู้ป่วยก็ต้องการทราบข้อมูลเหมือนกันแต่มีจำนวนที่ลดลงมา ส่วนข้อที่ผู้ป่วยต้องการทราบน้อยที่สุด (ร้อยละ 49) คือ การปฏิบัติตัวก่อนถอนฟันคุด

ตารางที่ 5

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด (n = 100)

ความวิตกกังวล	r
ความต้องการข้อมูล	0.273

$$p < 0.01$$

จากตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด พบว่าคะแนนความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.273, p < 0.01$)

ตารางที่ 6

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษาและความวิตกกังวลและต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด (n = 100)

ตัวแปร	ความวิตกกังวล	ความต้องการข้อมูล
เพศ	0.118	0.160
อายุ	-0.161	0.014
ระดับการศึกษา	-0.078	-0.088

จากตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษาและความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ การศึกษาไม่มี ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลหรือความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุดอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

ผลที่ได้จากการศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด ผู้ศึกษาได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่ได้กำหนดไว้ คือความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนถอนฟันคุด โดยรวมและรายข้อ ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด โดยรวมและ รายข้อ ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ และระดับการศึกษากับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุดโดยรวมและรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 0.73$, $SD = 0.49$ จากตารางที่ 1) โดยปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ว่าผู้ป่วยก่อนถอนฟัน คุดมีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากในขณะที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยยังไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์จริง ประกอบกับผู้ป่วยที่ถอนฟันคุดส่วนมากจะมีอาการปวดฟันมาก่อน จึงต้องการถอนฟันออก โดยเร็วและไม่มีทางเลือกอื่น อนึ่งเมื่อถอนฟันคุดเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลน้อย ซึ่งแตกต่างจากการ ศึกษาของกอพรและคณะ (2543) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิต อัตรา การเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในคนไข้ที่ไม่มีโรคทางระบบและมารับ การถอนฟันที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผล การศึกษาพบว่า ค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ มีค่าสูงขึ้นก่อนฉีดยา ระหว่างการถอนฟัน และหลังฉีดยา โดยได้อธิบายสาเหตุมาจากการหลั่ง endogenous catecholamine ที่สัมพันธ์กับความกลัวและความวิตกกังวล และการวัดนั้นก็เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ส่วนในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ ซึ่งเป็นการวัดที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนั้นยังแตกต่างจากผลการศึกษาของ สเตปโฮลด์ และเปเรทซ์ (Stepholz & Peretz, 1999) ที่ศึกษาเพื่อประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการ

รักษาทางทันตกรรมในรูปแบบต่างๆ เช่น การถอนฟัน การขูดหินปูน การรักษาดลองรากฟัน การตัดเหงือก พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงสุดเรื่องการถอนฟัน และตรงกับคำกล่าวของวอง และเพื่อน รวมทั้งบาร์และเพื่อน (Wong, et al., 1991 : Bar, et al., 1997) ที่กล่าวว่า การผ่าตัดในช่องปาก เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง

ส่วนในรายชื่อนั้นพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลตั้งแต่ร้อยละน้อยที่สุดถึงมากที่สุด มีส่วนน้อย (ร้อยละ 2.36) ที่มีความวิตกกังวลมากที่สุดในข้ออารมณ์วิตกกังวล ร้อยละ 40 มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางในข้ออารมณ์วิตกกังวลเช่นเดียวกัน ซึ่งประกอบไปด้วยข้อย่อยคือความกังวลขณะถอนฟันคุณ โดยผู้ป่วยจะถามว่าจะถอนยากหรือไม่และจะเจ็บมากไหม? เป็นต้น ซึ่งตรงกับคำกล่าวของแจคสัน (Jackson cited in Barbara, 1982) ที่กล่าวว่าความกลัวต่อความไม่รู้ ในสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความวิตกกังวล ส่วนความกังวลไปล่วงหน้าหมายถึง กังวลว่าหลังการถอนฟันคุณแล้วจะมีอาการบวมและปวดแผลมากหรือไม่ กลัวไปล่วงหน้าโดยผู้ป่วยจะบอกว่าคุณกลัวความเจ็บปวดจากการถูกฉีดยา และการมีอารมณ์ที่หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของเคลเพคและเพื่อน (Klepac, et al., 1982) กล่าวว่าความคาดหวังในเรื่องความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และแมคเนล (McNeil, 1989) กล่าวว่า การกลัวความเจ็บปวดและอื่นๆ เช่น การที่เนื้อเยื่อถูกทำลายมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการรักษาทางทันตกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของเอิร์ล (Earl, 1994) ที่พบว่าร้อยละ 43 ของผู้ป่วยที่มาถอนฟันกรามซี่ที่ 3 กลัวความเจ็บปวดมากที่สุด รองลงมาคือร้อยละ 18 กลัวเรื่องยาชาที่ใช้ระงับความเจ็บปวด ร้อยละ 17 กลัวเข็มฉีดยา และร้อยละ 10 กลัวอาการบวม

ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37 มีความวิตกกังวลในข้อความกลัว ซึ่งประกอบด้วยข้อย่อยคือกลัวการอยู่คนเดียว กลัวการเดินทาง กลัวอยู่ในที่ฝูงชนเบียดเสียด กลัวสัตว์ต่างๆ เป็นต้น ซึ่งตรงกับสไปล์เบอร์เจอร์ (Spielberger, 1972) ที่กล่าวถึงลักษณะของบุคคลที่มีแนวโน้มจะเกิดความวิตกกังวล ว่าเป็นผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝง ที่เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพและเป็นตัวเสริมความกังวลขณะเผชิญ

2. ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุณโดยรวมและรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่าความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุณ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.66$, $SD = 0.32$ จากตารางที่ 2) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานในข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ว่าผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุณมีความต้องการข้อมูลในระดับมาก เนื่องมาจากการให้สุขศึกษาเรื่องฟันคุณยังมี

น้อย ผู้ป่วยมักจะได้รับข้อมูลมาจากแหล่งอื่น เช่น เพื่อน เป็นต้น ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วนชัดเจนตามที่ต้องการ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการถอนฟันคุดมาก อีกประการหนึ่งคือผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีซึ่งเป็นผู้ที่ใฝ่ศึกษาและต้องการทราบข้อมูลในสิ่งที่ตนเองต้องเผชิญเพื่อใช้เป็นแหล่งประโยชน์ในการลดความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของโรเบิร์ตและเพื่อน (Robert, et al., 1995) ที่พบว่า การลดความเครียดก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมระหว่างผ่าตัดและความเจ็บปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ และให้คำแนะนำว่าควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดให้ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดก็จะทำให้ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลดลง เช่นเดียวกับเดลฟินโน (Delfino, 1997) ที่ศึกษาเรื่องทัศนคติของประชาชนในการผ่าตัดในช่องปาก พบว่าในด้านความต้องการข้อมูลผู้ป่วยเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 98 ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เช่น ขั้นตอนการผ่าตัดว่าจะทำอะไร ทำอย่างไร รวมทั้งชนิดของยาที่ใช้ด้วย และการศึกษาของเจริญขวัญ ชาลีภาและองอาจ ชาลีภา (2542) ที่ศึกษาถึงความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครต่องานทันตกรรม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 85.1 มีความสนใจต่อการจัดให้มีบริการคำปรึกษาปัญหาทางทันตสุขภาพ ร้อยละ 55 มีความต้องการคำปรึกษาจากทันตแพทย์มากที่สุด

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 83, 81 และร้อยละ 80 ต้องการทราบข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการถอนฟันคุด การป้องกันและรักษาเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของขาขา และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการถอนฟันคุด ตามลำดับ อันดับท้ายที่สุด คือต้องการทราบข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนถอนฟันคุด (ร้อยละ 49) เนื่องจากในปัจจุบันการนัดหมายผู้ที่จะถอนฟันคุดนั้นได้มีการให้คำแนะนำพร้อมทั้งให้เอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนมาถอนฟันคุดด้วย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.273, p < .01$) นั่นคือผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุดที่มีความวิตกกังวลสูงขึ้นจะมีความต้องการข้อมูลเพิ่มขึ้น ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 และผลการศึกษาดังกล่าวตรงกับเคอเดียแรน (Derdarian, 1987) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกนี้จะกระตุ้นให้บุคคลแสวงหาข้อมูล ซึ่งเป็นวิธีการพื้นฐานอันแรกที่น่ามาใช้เพื่อปรับตัวต่อสถานการณ์ดังกล่าว และการแสวงหาข้อมูลเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูลอันเนื่องมาจากการขาดข้อมูลที่ต้องการ สอดคล้อง

กับการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) ที่ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล ในผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดบริเวณ ศีรษะและลำคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางก่อนไปทางคำแต่มีความต้องการข้อมูลในระดับสูง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ และระดับการศึกษากับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่าเพศ อายุ และการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 3 และผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของหลายท่าน เช่น ขนิษฐา นาคะ (2524) ที่พบว่าในเรื่องความวิตกกังวลนั้น ผู้ป่วยที่มีเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย ผู้ป่วยอายุ 21 – 40 ปี มีความวิตกกังวลสูงกว่าอายุ 61 – 80 ปี ส่วนระดับการศึกษานั้นระดับประถมศึกษามีความวิตกกังวลสูงกว่ามัธยมศึกษาต่างกัน แต่ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับสูง เดลฟินโน (Delfino, 1997) และ สเตปโฮลต์และเปเรทซ์ (Stepholz & Peretz, 1999) ที่พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย จันท์เพ็ญ การิเวท (2514) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาเลยจะมีความวิตกกังวลมากที่สุด และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ผกผันกับอายุ แต่โดมาร์และคณะ (Domar, et al., 1989) พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลสูงมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด ประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายให้มาถอนฟันคุดที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากประชากรที่กำหนดไว้ ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคมถึงวันที่ 30 กันยายน 2544 ได้จำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์มี 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลที่ผู้ศึกษาได้ตัดแปลงมาจาก Hamilton Anxiety Rating Scale (Buss, et al., 1955) มีทั้งหมด 14 ข้อมี 5 ระดับคือ ไม่มีความวิตกกังวล มีความวิตกกังวลน้อย มีความวิตกกังวลปานกลาง มีความวิตกกังวลมาก และมีความวิตกกังวลมากที่สุด ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูลที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 10 ข้อมี 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง และน้อย ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปหาความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ช่วยตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำไปหาความเที่ยง โดยนำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้กับผู้รับบริการจำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดความวิตกกังวล 0.82 และแบบวัดความต้องการข้อมูล 0.79 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาคือเป็นดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66 ช่วงอายุระหว่าง 21-30 ปี (อายุเฉลี่ย 25.5 ปี) มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี
2. ข้อมูลความวิตกกังวล พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X} = 0.73$) ส่วนในรายข้อ ความวิตกกังวลมีตั้งแต่ระดับน้อยที่สุดถึงระดับมากที่สุด ระดับมากที่สุด (ร้อยละ 9) และระดับมาก (ร้อยละ 40) กังวลในเรื่องอารมณ์วิตกกังวล ในระดับปานกลาง พบว่าผู้ป่วยกังวลในเรื่องความกลัว (ร้อยละ 37) และความตึงเครียด (ร้อยละ 24) ในระดับน้อยที่สุดคือ การไม่มีพฤติ

กรรมแสดงออกในขณะสัมภาษณ์ (ร้อยละ 93) และไม่มีอาการแสดงออกของระบบอวัยวะสืบพันธุ์และระบบขับถ่าย (ร้อยละ 84)

3. ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.66$) ในรายชื่อพบว่ามีทุกระดับตั้งแต่น้อยถึงมาก และข้อมูล que ผู้ป่วยต้องการทราบมากที่สุดคือการปฏิบัติตัวหลังการถอนฟันคุด รองลงมาได้แก่การป้องกันและรักษาเมื่อเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยาชา

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.273, p < .01$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษาและความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูล พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูล

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญ ให้ความร่วมมือในขณะถอนฟันคุด มีการปฏิบัติตัวหลังถอนฟันคุดได้อย่างถูกต้องและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. จัดบอร์ดวิชาการ หรือทำคู่มือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถอนฟันคุด หรือทำแผ่นพับในเรื่องที่เกี่ยวกับฟันคุด

2. แนะนำให้นักศึกษาทันตแพทย์อธิบายให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งว่าจะทำอะไร และทำอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในขณะถอนฟันคุด

เอกสารอ้างอิง

- กอพร สมิตโยธิน, ณรงค์ บุตรวารี, พรทิพย์ ฟองเจริญ และ รุ่งทิวา สำเนียง. (2543). การเปลี่ยนแปลง ค่าความดันโลหิต, อัตราการเต้นของหัวใจ, อัตราการหายใจ และ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในคนไข้ที่ไม่มีโรคทางระบบ ซึ่งมารับบริการตอนพ้นภายใต้การฉีดยาเฉพาะที่ที่มีส่วนผสมของยาบีบเส้นเลือดชนิด epinephrine 1: 100000. รายงานการวิจัย. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ขนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจริญขวัญ ชาลีภา และ อองอาจ ชาลีภา. (2542). ความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครต่องานทันตกรรมในปัญหาสุขภาพจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 7(3), 159 – 167.
- ชลดา จันทร์ขาว. (2541). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- เชื้อ โชติ หังสสุต. (2536). ศัลยศาสตร์ช่องปากและแมกซิลโลเฟเชียล. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : บริษัทเอียร์บุคพับลิชเชอร์.
- นิภา นิธยาน. (2530). การปรับตัวและบุคลิกภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : โอ. เอส. พรินติ้ง เฮาส์.
- พัชรี กัมพลานนท์. (2536). การติดเชื้อใน Lateral Pharyngeal Space ที่มีสาเหตุจากฟัน. วารสารศัลยศาสตร์ช่องปากและแมกซิลโลเฟเชียล, 7(7), 17 – 25.
- มนัส โรจน์วนาคาร. (2538). ฟันเขี้ยวล่างขึ้นผิดปกติร่วมกับถุงน้ำเดนติเจอร์ส. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์มหิดล, 15(1), 21-26.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : บริษัท บพิธการพิมพ์ จำกัด.
- วิลาวลัย พิเชียรเสถียร. (2542). กลุ่มตัวอย่าง. พยาบาลสาร, 26(2), 10-25.
- สุวิทนา อารีพรรค. (2524). ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรสา ไวกกุล และ จิรพันธ์ พันธุ์ฉนิกร. (2536). ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดฟันกรามล่างซี่ที่สามคุด. วารสารศัลยศาสตร์ช่องปากและแมกซิลโลเฟเชียล, 7(7), 10 – 16.

อนันต์ พงศ์สุวรรณกุล. (2521). ฟันคุด. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการถอนฟันคุด ภาควิชา
ศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

The American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. (2000). **Dentoalveolar surgery**. Personal communication.

Buss, A. H., Wiener, M., Durkee, A. & Baer, M. (1955). The measurement of anxiety in clinical situation. **Journal Cons. Psychology**, 19(2), 125-9.

Cynthia, C. & William, K.B. (2000). Dental hygiene fear : Gender and age difference. **The Journal of Contemporary Dental practice**, 1(3).

Delfino, J., (1997). Public attitudes toward oral surgery : result of gallop poll. **Journal Oral Maxillofacial Surgery**, 55(6), 564-7.

Derdarian, A. K. (1987). Information needs of recently diagnosed cancer patient : Part 1, A theoretical framework. **Cancer nursing**, 10(2), 107-115.

Dodge, J. S. (1986). Factor related to patients' perception of their cognitive needs. **Nursing Reserch**, 18(6), 502-513.

Domar, A. D., Everett, L. L., & Keller, M. G. (1989). Preoperative anxiety : Is it a predictable entity?. **Anesthesia and Analgesia**, 69(6), 763-767.

Earl, P. (1994). Patient's anxieties with third molar surgery. **British Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, 32, 293-297.

Eli, I., Bath, R., Kozlovsky, A. & Simon, H. (2000). Effect of gender on acute pain prediction and memory in periodontal surgery. **European Journal of Oral Sciences**, 108, 99-103.

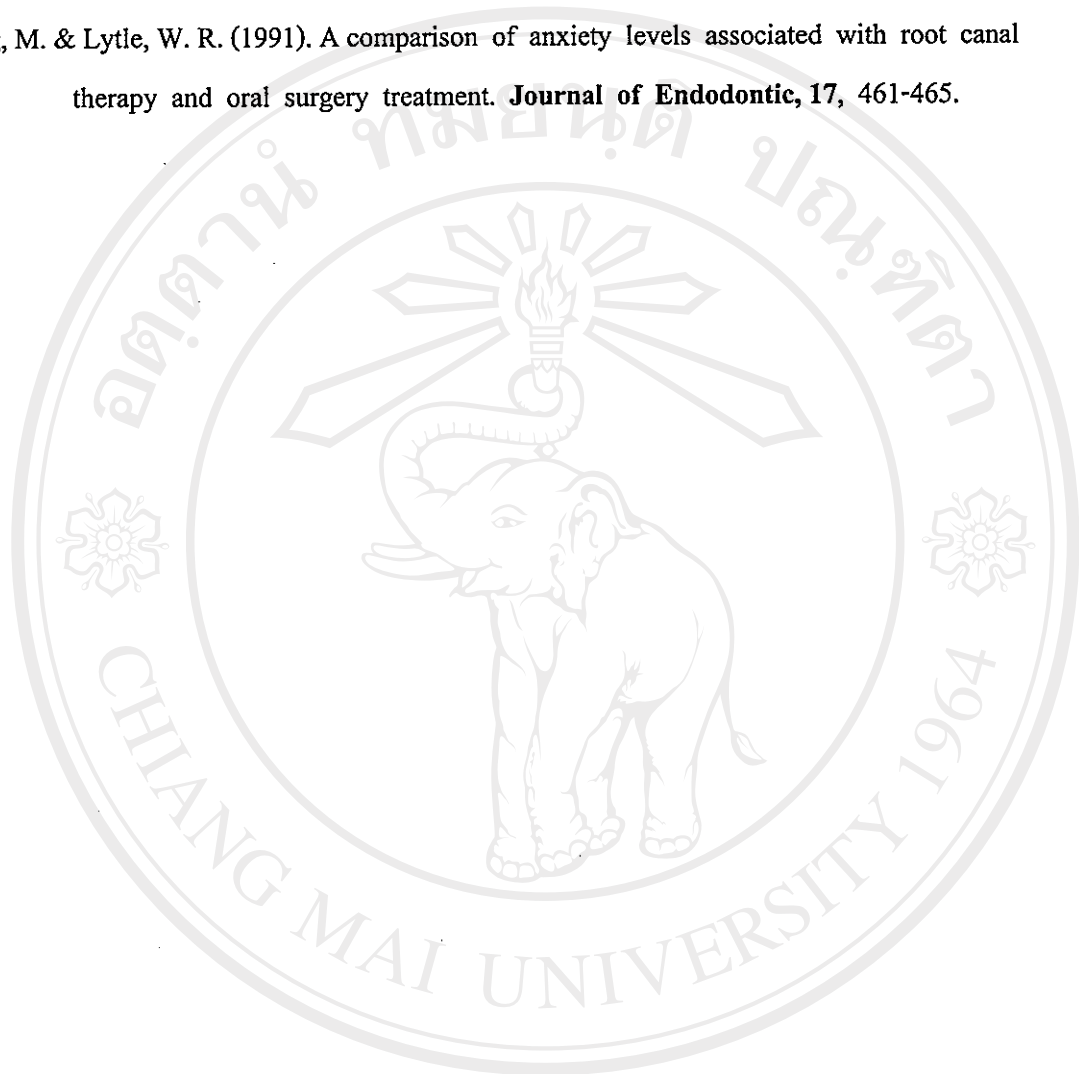
Engstrom, B. (1984). The patients' need for information during hospital stay. **International Journal of Nursing Studies**, 21(2). 113-130.

Eric Spieler. (1999). **Conquer your fear of the dentish [Online]**. Available : [http :/ www.saveyoursmile.com](http://www.saveyoursmile.com).

Holtzman, J., Berg. R., Mann, J. & Berkey, D. (1997). The relationship of age and gender to fear and anxiety response to dental care. **Special Care Dentist**, (17), 82- 87.

- Isaacs, A. (1996). **Mental health and psychiatric nursing**. (2nd edition). Philadelphia : Lippincott – Raven.
- James, M. G., Charles, L. M., Marvin, J. B., & William, G. H., (1986). **Stress management for the dental team**. Philadelphia : Lea & Febiger.
- Kent, G. G., & Blinkhorn, A. S., (1991). **The psychology of dental care**. (2nd edition). British : Butterworth-Heinemann Ltd.
- Lazarus, R. S. & Averill, J.R. (1972). Emotion and cognition : With special reference to anxiety. In C. D. Spielberger (Ed), **Anxiety : Current trends in theory and reserch**. New York : Academic Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). **Stress appraisal and coping**. New York : Springer Publishing.
- Pender, N. J. (1994). Patient identification of health information received during hospitalization. **Nursing Reserch**, 23(3), 2162-267.
- Robert, M. B., Sydney, H. C., & John Nalbandian. (1995). Pain perception, coping strategies, and stress management among periodontal patient with repeat surgeries. **Perceptual and Motor Skill**, 80(1), 307-319.
- Shives, L. R. (1998). **Basic concept of psychiatric – mental health nursing**. (4th edition). Newyork : Lippincott.
- Spileberger, C. D. (1972). Anxiety as and emotional state. In C. D. Spileberger (Ed). **Anxiety : Current trends in theory and reserch**. New York : Academic Press.
- Stabholz, A., & Peretz, B. (1999). Dental anxiety among patients prior to different dental treatments. **International Dentristry Journal**, 49(2), 90-4.
- Stuart, G. W. (1995). Anxiety response and anxiety disorder. **Principle and practice of psychiatric nursing**. Saint Louis : The C. V. Mosby – Year Book.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (1998). **Principle and practice of psychiatric nursing**. (6th edition) St Louis : Mosby Inc.
- Teasdale, K. (1993). Information and anxiety : A critical reappraisal. **Journal of Advance Nursing**, 18(7).
- Wilson – Barnet, J. (1992). **Anxiety. A textbook of psychiatric and mental health nursing**. London : Churchill Livingstone.

- Wilson, H. D., & Kneisl, C. R. (1996). **Psychiatric nursing**, (5th edition). California : Addison – Wesley Nursing, a division of The Benjamin / Cumming Publishing Company, Inc.
- Wong, M. & Lytle, W. R. (1991). A comparison of anxiety levels associated with root canal therapy and oral surgery treatment. **Journal of Endodontic**, 17, 461-465.



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนนอนฟื้นคืน
จาก Hamilton Anxiety Rating Scale

ความวิตกกังวล	
1. อารมณ์วิตกกังวล (ในการนอนฟื้นคืนครั้งนี้) (ข้อละ 1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. กังวลขณะปัจจุบัน 2. กังวลไปล่วงหน้า 3. กลัวไปล่วงหน้า 4. หงุดหงิด, ฉุนเฉียวง่าย	
2. ความตึงเครียด (ข้อละ0.67)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. รู้สึกตึงเครียด 2. รู้สึกเหนื่อย, อ่อนเพลีย 3. ตกใจง่ายกว่าปกติ 4. ร้องไห้ได้ง่าย 5. รู้สึกกระสับกระส่าย 6. ไม่ค่อยผ่อนคลาย	
3. พฤติกรรมขณะสัมภาษณ์ (ข้อละ 0.36)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. งุ่มง่าม 2. พฤติกรรมอยู่ไม่สุข (อยู่ไม่คิดที่) 3. มือสั่น 4. คิ้วขมวด 5. สีหน้าตึงเครียด 6. ถอนหายใจหรือ หายใจเร็ว 7. หน้าซีด 8. กลืนน้ำลายบ่อย 9. เรอ 10. ม่านตาขยาย 11. ตาเบิกโพลง	

9. ความกลัว (ข้อละ 0.66)

1. กลัวความมืด
2. กลัวคนแปลกหน้า
3. กลัวถูกปล่อยให้อยู่คนเดียว
4. กลัวสัตว์
5. กลัวการเดินทาง
6. กลัวฝูงชนเบียดเสียด

--	--	--	--	--

10. การนอนไม่หลับ (ข้อละ 0.66)

1. นอนหลับยาก
2. หลับไม่สนิท
3. หลับเต็มอิ่มแต่เมื่อตื่นขึ้นมาตอนเช้ารู้สึกอ่อนเพลีย
4. ฝันมาก
5. ฝันร้าย
6. ตะโกน กรีดร้องตอนกลางคืนและจำเหตุการณ์ไม่ได้.

--	--	--	--	--

11. อารมณ์ซึมเศร้า (ข้อละ 0.8)

1. ขาดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ
2. ไม่มีความสุขในการทำงานที่เราเคยชอบ
3. มีอารมณ์ซึมเศร้า
4. ตื่นเช้ากว่าปกติ
5. มีอารมณ์แปรปรวนในแต่ละช่วงของวัน
(เช่น ตอนเช้ารู้สึกซึมเศร้ามากกว่าช่วงบ่าย)

--	--	--	--	--

12. อาการของระบบทางเดินอาหาร (ข้อละ 0.36)

1. กลืนอาหารลำบาก
2. มีลมป่วนในท้อง
3. ปวดท้อง
4. แสบท้อง
5. ท้องอืด
6. คลื่นไส้
7. อาเจียน
8. ท้องร้องเสียงดัง
9. ท้องเสีย
10. น้ำหนักลด
11. ท้องผูก

--	--	--	--	--

13. ระบบสืบพันธุ์ – ขับถ่ายปัสสาวะ (ข้อละ 0.8)

1. ปัสสาวะบ่อย
2. เมื่อปวดปัสสาวะแล้วปัสสาวะจะเล็ดออกทันที
3. หลับ
 - 3.1 ประจำเดือนหายไป
 - 3.2 ประจำเดือนมามาก
 - 3.3 กามตายดำ
4. ชาย
 - 4.1 หลังน้ำอสุจิเร็ว
 - 4.2 ไม่มีความต้องการทางเพศ
 - 4.3 อวัยวะเพศไม่มีการแข็งตัว

--	--	--	--	--

14. ระบบกล้ามเนื้อ (ข้อละ 0.57)

1. เจ็บ, ปวดเมื่อยตามร่างกาย
2. กล้ามเนื้อสั่นกระตุก
3. กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง
4. แขน-ขา กระตุก
5. กัดฟัน
6. พูดเสียงสั่น
7. ตึงกล้ามเนื้อ

--	--	--	--	--

วิธีการให้คะแนนในแต่ละข้อ (0-4)

ไม่มีอาการเลย	=	0
0.00-0.99	=	1
1.00-1.99	=	2
2.00-2.99	=	3
3.00-4.00	=	4

อ. ศาสตราจารย์ ดร. ชัยวัฒน์

คณะแพทยศาสตร์
เลขรับที่ 2042
วันที่ 18.11.44
เวลา ๑.30

ส่วนราชการ คณะทันตแพทยศาสตร์

วันที่ 17 กรกฎาคม 2544

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการวิเคราะห์งาน

ภาควิชาทันตกรรมช่องปาก
เลขรับที่ 0851
วันที่ 19 ก.ค. 2544
เวลา 14.30

เรียน คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

ด้วยดิฉัน นางสาว วาสนา วงศ์ขันทอง ตำแหน่งพยาบาล 6 ระดับ 6 ภาควิชาศัลยศาสตร์
ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ดำเนินการวิเคราะห์งานเรื่อง “ความวิตก
กังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟันอุด” และประสงค์ใคร่ขออนุญาตเก็บข้อมูลจาก
ผู้รับบริการที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม
ถึงวันที่ 30 กันยายน 2544

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

วาสนา วงศ์ขันทอง
(นางสาว วาสนา วงศ์ขันทอง)
พยาบาล 6 ระดับ 6

เรียน คณบดี

เมื่อโปรดทราบ เห็นสมควรแล้วรบกวนด้วย และพิจารณา ในขอบเขตที่ได้รับอนุญาตแล้ว
เก็บข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์ที่ภาคศัลยศาสตร์ จำนวน 130 คน
ให้

ขออภัย
ทตว. พัดมาแล้วไม่จัดเรื่อง
23 กค. 44

อ. 18 ก.ค. 44
18 กค. 44
18 กค. 44
19 กค. 44
อ. 18 กค. 44
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เจริญ)
รองคณบดี ปฏิบัติราชการแทน
คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์