

ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหักที่ต้อง
ผ่าตัดและมัดฟัน: โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

The result of giving methodical information on anxiety to maxilla-mandibular
fracture patients who need dental surgery and teeth wiring: Maharaj Nakhon Si
Thammarat Hospital

วิไล ณรงค์ฤทธิ์

Wilai Narongrit

พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด, โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Professional Nurse, Operating Room Nursing Group, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

E-mail: netnuanyai@gmail.com

บทคัดย่อ:

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหักที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน ก่อนและหลังให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เก็บรวบรวมระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน 2564 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 37 คน โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (CVI = .95) 2) วิดีโอ คู่มือ และแผ่นพับเรื่อง “การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหัก ที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน” (CVI = .93 เท่ากัน) 3) แบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์และคณะ แปลโดยดรรชนี ต๊ะปิ่นตา (IOC = .50) และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค = .88 ส่วนเครื่องวัดความดันโลหิต ได้ผ่านการหาความเที่ยงของเครื่องมือไม่เกิน 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ Paired sample t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 36.24 (S.D. = 16.64, Max = 70 ปี, Min = 15 ปี) ร้อยละ 75.68 เป็นเพศชาย ร้อยละ 40.54 มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ย 11,918.92 บาท (Min-Max = 3,000-60,000) รักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 45.95 รองลงมาเป็นพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ร้อยละ 40.54 เคยผ่าตัดด้วยวิสัญญยาสลบ ร้อยละ 24.32 มีกระดูกขากรรไกรล่างหัก ร้อยละ 64.86 และกระดูกขากรรไกรบนหัก ร้อยละ 27.03 มีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 43.24 สาเหตุของการหักของกระดูกขากรรไกรส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 83.78) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง อัตราการเต้นของชีพจร และอัตราการหายใจลดลงภายหลังการเย็บแผล และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และระดับความวิตกกังวล (VASA) ภายหลังการให้ข้อมูลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ดังนั้นพยาบาลงานห้องผ่าตัดจึงควรให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหักที่ต้องผ่าตัดและมัดฟันทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลจากการผ่าตัดได้ ทั้งนี้ควรให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนหลากหลายช่องทาง ทั้งแผ่นพับประกอบ คู่มือ และวิดีโอ ซึ่งสามารถดูซ้ำได้ผ่าน QR code

คำสำคัญ : การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน, ความวิตกกังวล, กระดูกขากรรไกรบน-ล่างหัก, การผ่าตัดและมัดฟัน

Abstract

This quasi-experimental research aims to compare the anxiety of patients whose maxilla and mandible are fractured and patients who require surgery and intermaxillary fixation (IMF) before and after giving formal information in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. Data were collected over the period from March to September 2021 from 37 patients recruited as study samples. Research tools were examined by three experts. Research instruments comprised 1) a demographic questionnaire (CVI = .95), 2.) videos, manuals, and leaflets containing "Practice advice that patients with their fractured maxilla and mandible must follow before and after the surgery" (CVI = .95). 3.) A questionnaire on patients' levels of anxiety by Spilburger et al., which was translated by Darawan Tapinta (IOC = .50) and obtained a Cronbach's alpha-coefficient of .88. The sphygmomanometer which has been validated for no longer than 1 year. Data were analyzed by using descriptive statistics such as number, percentage, mean, and standard deviation. A paired sample t-test was applied to compare the anxiety before and after giving formal information.

The result of the study showed that the average age was 36.24 (S.D.=16.64). 75.68% were male. 40.54% were self-employed, and the average income was 11,918.92 (S.D. = 10,649.40). Those using universal health insurance accounted for 45.95%, followed by the Car Accident Victim Protection Act at 40.54%, surgery with anesthetics at 24.32%, fractured maxilla at 64.86%, and fractured mandible at 27.03%. Those with other organ injuries involved accounted for 43.24%. Turning to the causes of the fractured maxilla and mandible, motorcycle accidents were the largest proportion (83.78%). The average Systolic and diastolic blood pressure levels, pulse, and respiration rate decreased after receiving the methodical information. The average of trait anxiety and state anxiety of the sample group and anxiety level after receiving the methodical information decreased with statistical significance ($p < .001$).

Therefore, nurses in an operating room should provide methodical information to all patients whose maxilla and mandible are fractured, requiring surgery and inter-maxillary fixation so that they understand what is required of them before and after the surgery. This will help reduce complications. However, the information should be disseminated via various platforms such as leaflets, instructions, and videos, allowing self-conducted study via QR code.

Keywords: Giving methodical information, Anxiety, Maxilla-mandibular fracture, Dental surgery and teeth wiring

บทนำ

การบาดเจ็บของกระดูกขากรรไกรบน-ล่าง เป็นการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนและการแตกหักของกระดูกขากรรไกรบนและล่าง โดยพบการบาดเจ็บบริเวณกระดูกใบหน้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42 ของการบาดเจ็บทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นบาดเจ็บบริเวณขากรรไกรล่าง ร้อยละ 70 และขากรรไกรบน ร้อยละ 30 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุบนท้องถนน และการเล่นกีฬา (Balihallimath, Jain, Mehrotra, & Rangnekar, 2018) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรล่างส่วนใหญ่พบในเพศชายอายุ 18-24 ปี ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บมาจากความรุนแรงส่วนบุคคล ซึ่งการบาดเจ็บดังกล่าวเกือบครึ่งหนึ่งมาจากการถูกทำร้ายร่างกาย ในขณะที่เพศหญิง มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ และการพลัดตกหกล้ม อย่างไรก็ตามในปี 2559 อุบัติการณ์การ

บาดเจ็บบริเวณใบหน้าของประเทศสหรัฐอเมริกา มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการพัฒนาเทคโนโลยีด้านความปลอดภัยของผู้โดยสารรถยนต์ และมีการแนะนำให้รัดเข็มขัดนิรภัย รวมถึงจัดการให้มีถุงลมนิรภัย ส่งผลให้การบาดเจ็บบริเวณกระดูกใบหน้าลดลงกว่าร้อยละ 50 (Afrooz, Bykowski, James, & Clavijo-Alvarez, 2015) สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาความชุกของการบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้าในโรงพยาบาลปทุมธานีย้อนหลัง 8 ปี จำนวน 419 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.50 อายุที่พบมากที่สุดคือ 16-30 ปี ร้อยละ 57.80 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 31-45 ปี ร้อยละ 27.60 ในจำนวนนี้พบการบาดเจ็บขากรรไกรล่างเพียงตำแหน่งเดียวมากที่สุด ร้อยละ 67.50 การบาดเจ็บขากรรไกรบนเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 6.00 ที่เหลือเป็นการบาดเจ็บบริเวณขากรรไกรล่างหรือขากรรไกรบนร่วมกับตำแหน่งอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในนักมวยที่สังกัดค่ายมวยไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 260 คน พบว่า ใน 5 ปีย้อนหลังของการเป็นนักมวย เคยได้รับบาดเจ็บบริเวณฟันหรือกระดูกขากรรไกรหรือข้อต่อขากรรไกรขณะชกมวย ร้อยละ 23.5 และ พบบาดเจ็บ 1 ครั้ง ร้อยละ 52.50 รองลงมาเป็นบาดเจ็บ 2 ครั้ง ร้อยละ 23.00 และบาดเจ็บ 5 ครั้ง ร้อยละ 8.20 (ชนิษฐา ห่องสวัสดิ์, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา, มุขตา ศิริเทพทวี และนงวิภา พุฒิกษา, 2554)

การบาดเจ็บของกระดูกขากรรไกรบน-ล่าง จำเป็นต้องทำการผ่าตัดดัดกระดูกให้เข้าที่และอยู่นิ่ง ทำได้โดยการมัดฟันบนและฟันล่างเข้าหากัน (intermaxillary fixation) ซึ่งมีทั้งการผ่าตัดแบบเปิดและแบบปิด จากการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วย 419 ราย ในโรงพยาบาลปทุมธานี พบว่าส่วนใหญ่รักษาตัวในโรงพยาบาล 4-6 วัน ร้อยละ 91.90 และใช้วิธีการผ่าตัดแบบ Open reduction and Internal fixation with plate and screw (ดนุศ ศิริสัมพันธ์, 2560) ซึ่งการรักษาดังกล่าวจำเป็นต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์แมกซิลโลเฟเชียล ทีมผ่าตัดที่มีความสามารถเฉพาะด้าน เครื่องมือผ่าตัดที่เฉพาะเจาะจง และต้องให้การพยาบาลที่มีความแตกต่างจากการผ่าตัดทั่วไป (จำไพ อินทวิเศษ, 2563) ซึ่งการรักษาดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การบดเคี้ยวอาหาร การมองเห็น และใบหน้าผิดรูป เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต เกิดความพิการ และทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ

จากข้อมูลสถิติของศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (2564) ปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่ามีผู้ป่วยผ่าตัดและมัดฟัน จำนวน 129, 154, และ 125 คน ตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีกระดูกขากรรไกรล่างหักเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 89.93, 85.72 และ 94.40 ในปีงบประมาณ 2561, 2562 และ 2563 ตามลำดับ ซึ่งมีสัดส่วนสูงกว่าที่พบในโรงพยาบาลปทุมธานี ซึ่งพบร้อยละ 67.50 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งได้รับการผ่าตัดแบบไม่เปิดแผล คิดเป็นร้อยละ 57.37, 51.92 และ 56.80 ในปีงบประมาณ 2561, 2562 และ 2563 ตามลำดับ ซึ่งผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะต้องนอนพักในโรงพยาบาล 5-7 วัน โดยผู้ป่วยผ่าตัดและมัดฟันส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 60.22 รองลงมาเป็นวัยรุ่น ร้อยละ 30.11 และวัยเรียน ร้อยละ 13.98 และจากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดและมัดฟันของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 – มกราคม 2564 จำนวน 30 ราย พบว่า ร้อยละ 96.67 มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล 8-10 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน สิ่งที่วิตกกังวลได้แก่ สิ่งที่ต้องเจอในขณะที่ผ่าตัดและหลังผ่าตัด การไม่ทราบว่าจะเตรียมตัวอย่างไรบ้างก่อนผ่าตัด ความกลัวว่าจะรับประทานอาหารหรือหายใจไม่ได้หลังได้รับการมัดฟัน การกลัวจะสื่อสารกับผู้อื่นไม่ได้ ระยะเวลาในการมัดฟัน การดูแลความสะอาดช่องปาก การกลัวอ้าปากไม่ได้หลังจากเอาลวดมัดฟันออก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง รวมถึงการปฏิบัติตัวอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น นอกจากนี้จากการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้น และขณะรอเอาท่อช่วยหายใจทางจมูกออก พบว่า ผู้ใช้บริการตื่นตระหนกกระวนกระวาย และพยายามอ้าปาก โดยไม่ฟังคำแนะนำและไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลของประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล หรือวิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของกระดูกขากรรไกรบน-ล่างที่ต้องได้รับการผ่าตัดและมัดฟัน ตั้งแต่การเตรียมก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และการติดตามเย็บหลังผ่าตัด ซึ่งตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาล จะต้องได้รับการเยี่ยมเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และติดตามเย็บหลังผ่าตัด อย่างน้อยร้อยละ 80 อย่างไรก็ตาม ด้วยอัตราค่าจ้างที่จำกัด ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นพยาบาลเฉพาะทาง ไม่สามารถไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และติดตามเย็บหลังผ่าตัดได้ตามตัวชี้วัด ซึ่งจากข้อมูลในปีงบประมาณ 2561, 2562 และ 2563 พยาบาลห้องผ่าตัดได้เยี่ยมผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ร้อยละ 61.50, 28.86 และ 36.00 ตามลำดับ และได้ติดตามเย็บหลังผ่าตัด ร้อยละ 75.22, 33.52 และ 29.00 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ที่ผ่านมาได้แก้ปัญหาโดยการเยี่ยมที่ห้องผ่าตัด ซึ่งมีเวลาจำกัด ไม่สามารถให้คำแนะนำ หรือตอบข้อซักถามของผู้ป่วยได้ครอบคลุม ผู้ป่วยสามารถหาความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเพิ่มเติมได้จากแผ่นพับเรื่อง “การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรหักและได้รับการใส่เครื่องมือในช่องปาก” ซึ่งมีอยู่ที่หอผู้ป่วย เพื่อให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเท่านั้น ดังนั้นการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของกระดูกขากรรไกรบน-ล่างที่ต้องได้รับการผ่าตัดและมัดฟัน ผ่านสื่อวิดีโอ คู่มือ และแผ่นพับ จะช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยแก้ปัญหาข้อจำกัดของการให้ข้อมูลอันเนื่องมาจากการขาดแคลนพยาบาลได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนดังกล่าว เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการของพยาบาลห้องผ่าตัดให้ได้มาตรฐานวิชาชีพ

วัตถุประสงค์

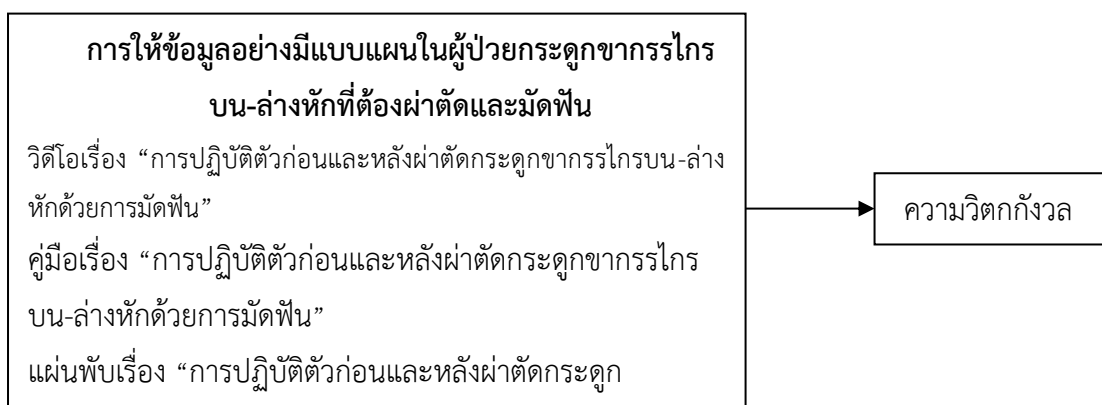
เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหักที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน ก่อนและหลังการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

สมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหักที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน หลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน ต่ำกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยการพูดคุย นำสื่อต่างๆ มาใช้ เพื่อผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหักที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน ได้ทราบถึงสาเหตุของการบาดเจ็บ อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขั้นตอนการดูแลระหว่างผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และข้อพึงระวัง จะช่วยลดความวิตกกังวล เมื่อต้องเจอกับสถานการณ์จริง ซึ่งจะช่วยลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้การหลั่งของฮอร์โมนอิพิเนพรีน (epinephrine) นอร์อิพิเนพรีน (norepinephrine) และอะดรีนาคอร์ติคอล (adrenocortical) ลดลง มีผลให้ระบบไหลเวียนโลหิตทำงานเป็นปกติ ความวิตกกังวลลดลง (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2553). ผู้วิจัยสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการให้ข้อมูล (The one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหักที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีจำนวนน้อย (125 ราย ในปีงบประมาณ 2563) และสาเหตุของกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหักส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุจราจร ทั้งจากรถยนต์และรถจักรยานยนต์ ประกอบกับสถานการณ์โควิด-19 ที่กระทรวงสาธารณสุขณรงค์เรื่องของการทำงานอยู่ที่บ้าน และการเว้นระยะห่าง ทำให้การเดินทางของประชาชนลดลง จึงส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนของจำนวนผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการในระหว่างเดือนมีนาคม-กันยายน 2564 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหักที่ต้องผ่าตัดทั้งแบบเปิดแผลและไม่เปิดแผลที่ต้องมัดฟัน 2) อายุ ≥ 15 ปี เนื่องจากสามารถเข้าใจข้อคำถามในแบบประเมินความวิตกกังวลได้ 3) ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย 4) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และ 5) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และใช้เกณฑ์คัดออก คือ ถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างเก็บข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยที่ผ่านมา ประวัติการผ่าตัดด้วยวิธีดามยาสลบ การแพ้ยา/แพ้อาหาร โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่/การดื่มสุรา ตำแหน่งของการหัก การบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย สาเหตุของการหักของขากรรไกร และสัญญาณชีพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory {STAI} from Y) ของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1983) แปลเป็นภาษาไทยโดยดรรารวรรณ ต๊ะปินตา (2534) ซึ่งแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ 20 ข้อ มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน (rating scale) โดยข้อคำถามด้านบวก มี 11 ข้อ ซึ่งการพิจารณาคะแนน มีดังนี้ 1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้น ท่านมีความรู้สึกเกือบตลอดเวลา 2 ข้อความในประโยคนั้น ท่านมีความรู้สึกบ่อยครั้ง 3 ข้อความในประโยคนั้น ท่านมีความรู้สึกบางครั้ง และ 4 ข้อความในประโยคนั้น ท่านเกือบไม่มีความรู้สึกแบบนี้เลย สำหรับข้อความด้านลบให้แปลความหมายในทิศทางตรงกันข้าม

2) แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง 20 ข้อ มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน โดยข้อคำถามด้านบวก มี 10 ข้อ ซึ่งการพิจารณาคะแนน มีดังนี้ 1 หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด 2 ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมาก 3 ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย และ 4 ไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเลย สำหรับข้อความด้านลบให้แปลความหมายในทิศทางตรงกันข้าม

แบบประเมินในแต่ละส่วน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 20-80 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

20-39 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลแฝงหรือขณะเผชิญอยู่ในระดับต่ำ

40-59 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลแฝงหรือขณะเผชิญอยู่ในระดับปานกลาง

60-80 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลแฝงหรือขณะเผชิญอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 ระดับความวิตกกังวล (Visual Analog Scale-Anxiety: VASA) ประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล โดยการให้คะแนนตามเส้นตรงแนวขวาง ยาว 100 มิลลิเมตร (1 มิลลิเมตร = 1 คะแนน) โดยปลายซ้ายสุดมีค่า 0 คะแนน หมายถึงไม่มีความวิตกกังวล ปลายขวาสุด มีค่า 100 คะแนน หมายถึงมีความวิตกกังวลมากที่สุด ซึ่งข้อความดังกล่าวปรากฏอยู่ในเครื่องมือ

0 คะแนน _____ 100 คะแนน

(ไม่มีความวิตกกังวล)

(วิตกกังวลมากที่สุด)

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการพยาบาล ดังนี้

- แนะนำตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง
- สอบถามข้อมูลทั่วไป วัดสัญญาณชีพ วัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลแฝงและแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และวัดระดับความวิตกกังวล
- ให้สแกน QR code เพื่อดูวิดีโอ หรือคู่มือ เรื่อง “การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยกระดูขากรรไกรบน-ล่างหัก ที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน” ซึ่งมีเนื้อหา ประกอบด้วย ความหมายของกระดูขากรรไกรบนและล่าง สาเหตุของการบาดเจ็บ อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขั้นตอนการดูแลระหว่างผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และข้อพึงระวัง สอบถามความรู้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยกระดูขากรรไกรบน-ล่างหักที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยสงสัย
- ให้แผ่นพับเรื่อง “การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยกระดูขากรรไกรบน-ล่างหัก ที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน” มีเนื้อหาเช่นเดียวกับวิดีโอและคู่มือ โดยผู้วิจัยจะนำไปให้ผู้ป่วยระหว่างการเยี่ยมก่อนผ่าตัด
- วัดสัญญาณชีพ และความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลแฝง แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และวัดระดับความวิตกกังวล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งในส่วนของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและในส่วนของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) วิดีโอเรื่อง “การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหัก ที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน” 3) คู่มือเรื่อง “การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหัก ที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน” และ 4) แผ่นพับเรื่อง “การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหัก ที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน” ใช้การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Index Validity; CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ หน่วยศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด) 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ความถูกต้อง ครอบคลุม ความชัดเจนของภาษา เนื้อหา และรูปแบบของสื่อต่างๆ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95, 0.93, 0.93, และ 0.93 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความถูกต้อง ครอบคลุม ชัดเจนเหมาะสม น่าสนใจ และตรงตามเนื้อหามากขึ้น จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหักที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน จำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจ และนำมาแก้ไขเพิ่มเติมก่อนนำไปใช้จริง

สำหรับแบบประเมินความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1983) ตา รารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ได้แปลเป็นภาษาไทยโดยและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่านตรวจสอบ และนำไปปรับปรุงแก้ไข โดยใช้เกณฑ์ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะตรงกัน โดยใช้เกณฑ์ Item Objective Conclusion (IOC) = .50 ขึ้นไป (เชาวน์ประภา เชื้อสาธุชน, 2545) จากนั้นจึงนำแบบประเมินไปปรับปรุงเพื่อทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มาผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าในโรงพยาบาล และนำมาหาความความเชื่อถือได้ทั้งฉบับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .88

เครื่องวัดความดันโลหิต ผู้วิจัยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิตอล ยี่ห้อ NIHON KOHDEN จำนวน 1 เครื่อง ที่ผ่านการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือไม่เกิน 1 ปี นับจนถึงระยะเวลาเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 13/2564 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวม ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังหัวหน้าหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย
2. แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขออนุญาตทำวิจัยกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหัก และได้รับการวางแผนผ่าตัดและมัดฟัน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยประมาณ 30-35 นาที รวมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า “ท่านสามารถที่

จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล หรือการได้รับการดูแลจากพยาบาล และข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ การเก็บรวบรวมข้อมูล จะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของท่าน และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น” จากนั้นจึงมอบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างหรือญาติ (กรณีกลุ่มตัวอย่างได้รับบาดเจ็บบริเวณแขนร่วมด้วย และไม่สามารถเขียนหนังสือได้) เซนต์หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. สอบถามข้อมูลทั่วไป วัดสัญญาณชีพ วัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลแฝงและแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และวัดระดับความวิตกกังวล โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที
5. ให้กลุ่มตัวอย่างดูวิดีโอ หรือคู่มือ ผ่าน QR code หรือแผ่นพับ เรื่อง “การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหัก ที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน” ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที
6. สอบถามความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหัก ที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยสงสัย
7. วัดสัญญาณชีพ วัดความวิตกกังวลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลแฝงและแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และวัดระดับความวิตกกังวล โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที
8. ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของแบบสอบถาม
9. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยหรือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไป และใช้ Paired sample t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอม ให้เซ็นชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ การเก็บรวบรวมข้อมูล จะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะเวลา 6 เดือน ได้กลุ่มตัวอย่าง 37 คน นำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง และ 3) ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 36.24 (S.D. = 16.64) สามในสี่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.68) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 91.89) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.43 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ร้อยละ 27.03 เกือบครึ่งมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 40.54) มีรายได้เฉลี่ย 11,918.92 (S.D. = 10,649.40) กว่าครึ่งมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 54.05) ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 45.95 รองลงมาเป็นพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ร้อยละ 40.54 ส่วนใหญ่ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร (ร้อยละ 86.49 และ 89.19 ตามลำดับ) เคยผ่าตัดด้วยวิธีดมยาสลบ ร้อยละ 24.32 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 79.27) เกือบครึ่งหนึ่งให้ประวัติว่าสูบบุหรี่ (ร้อยละ 45.95) หนึ่งในสี่ให้ประวัติดื่มสุรา (ร้อยละ 27.03) สองในสามเป็นการหักของกระดูกขากรรไกรล่าง (ร้อยละ 64.86) เกือบครึ่งหนึ่งมีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 43.24) สำหรับสาเหตุของการหักของกระดูกขากรรไกร ส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 83.78) ระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างก่อนการเย็บแผลเฉลี่ย 130.62 (S.D. = 8.55) และ 79.14 (S.D. = 9.98) มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ ระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างภายหลังการเย็บแผลเฉลี่ย 121.27 (S.D. = 11.32) และ 74.00 (S.D. = 11.14) มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ อัตราการเต้นของชีพจรก่อนและหลังการเย็บแผลเฉลี่ย 87.95 (S.D. = 11.06) และ 80.46 (S.D. = 10.62) ครั้ง/นาที ตามลำดับ อัตราการหายใจก่อนและหลังการเย็บแผลเฉลี่ย 20.65 (S.D. = 1.42) และ 19.89 (S.D. = 0.94) ครั้ง/นาที ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย (Mean = 36.24, S.D. = 16.64, Min - Max = 15 - 70)		
เพศ		
หญิง	9	24.32
ชาย	28	75.68
ศาสนา		
พุทธ	34	91.89
อื่นๆ	3	8.11
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	12	32.43
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	10	27.03
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	7	18.92
ประกาศนียบัตรหรือเทียบเท่า	6	16.22
ปริญญาตรี	2	5.40
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	2	5.41
รับจ้าง	15	40.53
ค้าขาย	6	16.22
รับราชการ	5	13.51

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
นักเรียน/นักศึกษา	7	18.92
อื่นๆ	2	5.41
รายได้เฉลี่ย (Mean = 11918.92, S.D. = 10649.40, Min - Max = 3,000 - 60,000)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	9	24.32
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	20	54.05
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	6	16.22
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	2	5.41
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	17	45.95
เบิกได้จากสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	5.41
พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	15	40.53
อื่นๆ	3	8.11
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต		
ไม่มี	32	86.49
มี	5	13.51
ประวัติการผ่าตัดด้วยวิธีดมยาสลบ		
ไม่เคย	28	75.68
เคย	9	24.32
ประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร		
ไม่มี	33	89.19
มี	4	10.81
โรคประจำตัว		
ไม่มี	26	70.27
โรคความดันโลหิตสูง	2	5.41
โรคหอบหืด	3	8.11
อื่นๆ	6	16.22
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	20	54.05
สูบ	17	45.95
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	27	72.97
ดื่ม	10	27.03
ตำแหน่งของการหักของกระดูกขากรรไกร		
กระดูกขากรรไกรบน	10	27.03

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
กระดูขากรรไกรล่าง	24	64.86
กระดูขากรรไกรบนและล่าง	3	8.11
การบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย		
ไม่มี	21	56.76
มี	16	43.24
สาเหตุของการหักของกระดูขากรรไกร		
อุบัติเหตุจากรถยนต์	4	10.81
อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	31	83.79
อุบัติเหตุจากการพลัดตกจากที่สูง	1	2.70
อื่นๆ	1	2.70
ระดับความดันโลหิตตัวบนก่อนเยี่ยม (Mean = 130.62, S.D. = 8.55, Min - Max = 110 - 150)		
ระดับความดันโลหิตตัวล่างก่อนเยี่ยม (Mean = 79.14, S.D. = 9.98, Min - Max = 63 - 105)		
อัตราการเต้นของชีพจรก่อนเยี่ยม (Mean = 87.95, S.D. = 11.06, Min - Max = 66 - 112)		
อัตราการหายใจก่อนเยี่ยม (Mean = 20.65, S.D. = 1.42, Min - Max = 18 - 24)		
ระดับความดันโลหิตตัวบนหลังเยี่ยม (Mean = 121.27, S.D. = 11.32, Min - Max = 92 - 140)		
ระดับความดันโลหิตตัวล่างหลังเยี่ยม (Mean = 74.00, S.D. = 11.14, Min - Max = 47 - 96)		
อัตราการเต้นของชีพจรหลังเยี่ยม (Mean = 80.46, S.D. = 10.62, Min - Max = 60 - 100)		
อัตราการหายใจหลังเยี่ยม (Mean = 19.89, S.D. = 0.94, Min - Max = 18 - 22)		

2) ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และระดับความวิตกกังวล ผลการวิจัยพบว่า ก่อนให้ข้อมูลและหลังให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลแฝงและระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 86.49) เท่ากัน ส่วนระดับความวิตกกังวล (VASA) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังให้ข้อมูล พบว่า มีระดับคะแนนความวิตกกังวลลดลง (Mean = 67.08, S.D. = 21.53 และ Mean = 32.51, S.D. = 17.55 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของระดับความวิตกกังวลแฝง ระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความวิตกกังวล (VASA)

ความวิตกกังวล	ก่อนให้ข้อมูล		หลังให้ข้อมูล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความวิตกกังวลแฝง				
ระดับต่ำ	4	10.82	4	10.82
ระดับปานกลาง	32	86.49	32	86.49
ระดับสูง	1	2.70	1	2.70
ระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ				

ความวิตกกังวล	ก่อนให้ข้อมูล		หลังให้ข้อมูล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	3	8.11	9	24.32
ระดับปานกลาง	31	83.78	27	72.97
ระดับสูง	3	8.11	1	2.70
ระดับความวิตกกังวล (VASA)	Mean = 67.08 (S.D. = 21.53)		Mean = 32.51 (S.D. = 17.55)	

ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ระดับความวิตกกังวล (VASA) ก่อนและหลังให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนให้ข้อมูล		หลังให้ข้อมูล		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
ความวิตกกังวลแฝง	47.32	6.25	44.81	5.50	3.78	.000**
ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	52.49	7.11	40.92	6.49	11.52	.000**
ระดับความวิตกกังวล (VASA)	67.08	21.53	32.51	17.55	12.42	.000**

หมายเหตุ: ** p-value < .001

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย คือ เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหักที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน ก่อนและหลังการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15-70 ปี เฉลี่ย 36.24 (S.D. = 16.64) สามในสี่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 75.68) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของโรงพยาบาลปทุมธานีย้อนหลัง 8 ปี ที่พบผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บกระดูกขากรรไกรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.5 (บุญยศ ศรีคุ้มวงศ์, 2560)

กลุ่มตัวอย่างมีการหักของกระดูกขากรรไกรล่างเพียงอย่างเดียวมากที่สุด ร้อยละ 64.86 รองลงมาเป็นการบาดเจ็บของกระดูกขากรรไกรบนเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 27.03 นอกจากนั้นเป็นการหักของกระดูกขากรรไกรบนและล่าง และส่วนใหญ่มีสสาเหตุการบาดเจ็บมาจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 83.78) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของเบลลิแฮลลิเมท (Balihallimath et al., 2018) ที่พบการบาดเจ็บบริเวณขากรรไกรล่าง ร้อยละ 70.00 และขากรรไกรบน ร้อยละ 30.00 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุทางท้องถนน และการเล่นกีฬา และใกล้เคียงกับการศึกษาของโรงพยาบาลปทุมธานีย้อนหลัง 8 ปี ที่พบการบาดเจ็บขากรรไกรล่างเพียงตำแหน่งเดียว ร้อยละ 67.5 สำหรับการบาดเจ็บขากรรไกรบนเพียงอย่างเดียวของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าของโรงพยาบาลปทุมธานีที่พบเพียง ร้อยละ 6.00 (บุญยศ ศรีคุ้มวงศ์, 2560)

เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยกระดูกขากรรไกรบน-ล่างหักที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน ก่อนและหลังการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และระดับความวิตกกังวล (VASA) ภายหลังการให้ข้อมูลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อันเป็นผลมาจากการพูดคุย นำสื่อต่างๆ มาใช้ เพื่อผู้ป่วยกระตุกขากรรไกรบน-ล่างหักที่ต้องผ่าตัดและมัดฟัน ได้ทราบถึงสาเหตุของการบาดเจ็บ อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขั้นตอนการดูแลระหว่างผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และข้อพึงระวัง จะช่วยลดความวิตกกังวลเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์จริง ซึ่งจะช่วยลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้การหลั่งของฮอร์โมนอิพิเนพรีน (epinephrine) นอร์อิพิเนพรีน (norepinephrine) และอะดรีนาคอร์ติคอล (adrenocortical) ลดลง มีผลให้ระบบไหลเวียนโลหิตทำงานเป็นปกติ ความวิตกกังวลลดลง (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลการใช้สื่อหลายๆ ประเภทร่วมกันในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการดมยาสลบ ซึ่งพบว่าทำให้ความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) (Jlala, French, Foxall, Hardmen, & Bedfordth, 2010) และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร ถือชาติ, อุษาวดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และอัฐพร ตระการสง่า (2562) ที่ใช้วิธีทัศน์เพื่อให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยตัดช่องท้อง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลดังกล่าวมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ทันทีภายหลังได้รับข้อมูล

สรุป

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 36.24 (S.D. = 16.64) สามในสี่เป็นเพศชาย เกือบครึ่งมีอาชีพรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ย 11,918.92 (S.D. = 10,649.40) รักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 45.95 รองลงมาเป็นพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ร้อยละ 40.54 เคยผ่าตัดด้วยวิธีดมยาสลบ ร้อยละ 24.32 สองในสามมีกระตุกขากรรไกรล่างหัก เกือบครึ่งหนึ่งมีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย สำหรับสาเหตุของการหักของกระตุกขากรรไกร ส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 83.78) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง อัตราการเต้นของชีพจร และอัตราการหายใจมีแนวโน้มลดลงภายหลังการเย็บ และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ และระดับความวิตกกังวล (VASA) ภายหลังการให้ข้อมูลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการจัดทำการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดทุกประเภทก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการผ่าตัดได้
2. ควรมีการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยแผนกอื่นๆ เพื่อลดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีการดูแลสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค
- 3.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ข้อมูลเป็นอย่างดีเยี่ยม ขอขอบคุณโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่ให้เวลาในการทำวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัย และขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ ที่ปรึกษาสำหรับภาควิชาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา ห่องสวัสดิ์, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวัฒนา, มุขตา ศิริเทพทวี และนงวิภา พุฒิกษา. (2554). Dental and jaw injuries among Thai boxing athletes in Northeast Thailand. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*. 6(4), 10-33.
- ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2534). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา). บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดนุศ ศรีสัมพันธ์. (2560). ความชุกของการบาดเจ็บของกระดูกขากรรไกรและใบหน้าในโรงพยาบาลปทุมธานี การศึกษาย้อนหลังระยะเวลา 8 ปี. *ครีนิครินทร์เวชสาร*. 32(5), 422-6.
- รำไพ อินทร์วิเศษ. (2563). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกขากรรไกรและใบหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*. 3(2), 18-24.
- ศิริพร ถือชาติ, อุษาดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญาสกุล และอัฐพร ตระการสง่า. (2562). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 38(2), 78-91.
- ศรีพิมล ดิษยบุตร. (2553). *สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช*. นนทบุรี: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. (2564). *ข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช*. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.
- Afrooz, P. N., Bykowski, M. R, James, I. B., Daniali, L. N. & Clavijo-Alvarez, J. A. (2015). The epidemiology of mandibular fractures in the United States, part 1: a review of 13,142 cases from the US National Trauma Data Bank. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*. 73(12), 2361–2366.
- Balihallimath L., Jain, R., Mehrotra, U., & Rangnekar, N. (2018). To compare the efficiency of maxillomandibular fixation screws over Erich arch bar in achieving intermaxillary fixation in maxillofacial trauma: A clinical study. *Journal of Internal Clinical Dental Research Organization [serial online]*. 10(1), 27-31. Retrieved from: <https://www.jicdro.org/text.asp?2018/10/1/27/236091>.
- Jlala, H. A., French, J. L., Foxall, G. L., Hardmen, J. G., & Bedforth, N. M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anesthesia. *British Journal of Anaesthesia*. 104 (3), 369–374. Retrieved from: <https://www.researchgate.net/publication/41399375>
- Effect_of_preoperative_multimedia_information_on_perioperative_anxiety_in_patientsundergoing_procedures_under_regional_anaesthesia:doi:10.1093/bja/aeq002Advance Access publication February 1, 2010
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.