

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. การผ่าตัดใหญ่
2. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดใหญ่
3. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่
4. สาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่

การผ่าตัดใหญ่

การผ่าตัด (surgery or operation) เป็นทางเลือกในการรักษาอย่างหนึ่งที่พบมากในปัจจุบัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค ขจัดสาเหตุของโรคหรือยับยั้งความผิดปกติของโรค เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยต่าง ๆ ในร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงกับสภาพปกติมากที่สุด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2541)

ประเภทของการผ่าตัด

การแบ่งประเภทของการผ่าตัดสามารถใช้เกณฑ์ในการแบ่งได้หลายประเภท (Monahan, Drak, & Neighbor, 1994 อ้างใน ลดาวัลย์ อาหาณู, 2545) ได้แก่ 1) การแบ่งตามความเร่งด่วนของการผ่าตัด (degree of urgency) 2) การแบ่งตามความเสี่ยง (degree of risk) และ 3) การแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการผ่าตัด (degree of surgery) ดังนี้

1. การแบ่งตามความเร่งด่วนของการผ่าตัด (degree of urgency) การแบ่งชนิดของการผ่าตัดตามความเร่งด่วนสามารถแบ่งได้ 3 ระดับ คือ 1) การผ่าตัดแบบรีบด่วน (emergency surgery / urgent surgery) เป็นการผ่าตัดที่ต้องรีบทำการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อคงไว้ซึ่งสภาพที่ดี ถ้ารอช้าอาจเกิดผลเสียได้ เช่น การผ่าตัดผู้ป่วยอุบัติเหตุ การผ่าตัดไส้ติ่งแตก เป็นต้น 2) การผ่าตัดชนิดรอได้ (elective surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น หรือขจัดสิ่งที่อาจคุกคามผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการผ่าตัดชนิดนี้มีเวลาในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การผ่าตัดเนื้องอก การผ่าตัดมะเร็ง เป็นต้น และ 3) การผ่าตัดเพื่อความเหมาะสม (optimal surgery) เป็นการผ่าตัดที่เกิดจากความต้องการของผู้ป่วย แม้ไม่มีความจำเป็นต่อสุขภาพร่างกาย เช่น การผ่าตัดสัลยกรรมตกแต่ง เป็นต้น

2. การแบ่งตามความเสี่ยง (degree of risk) ซึ่งการแบ่งชนิดของการผ่าตัดตามความเสี่ยงสามารถแบ่งได้ 2 ชนิด คือ 1) การผ่าตัดใหญ่ (major operation) เป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงต่อชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนสูง เนื่องจากใช้เวลาในการผ่าตัดนาน อาจมีการสูญเสียเลือดมาก อวัยวะสำคัญอาจขาดเลือดไปเลี้ยงได้และผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น การผ่าตัดอวัยวะในช่องท้อง การผ่าตัดอวัยวะในช่องอก เป็นต้น และ 2) การผ่าตัดเล็ก (minor operation) เป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงน้อย ภาวะแทรกซ้อนน้อย เช่น การผ่าตัดทอนซิล การผ่าตัดก้อนเนื้อขนาดเล็ก (cyst) เป็นต้น

3. การแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการผ่าตัด (degree of surgery) การแบ่งชนิดนี้สามารถแบ่งได้เป็น 1) การผ่าตัดเพื่อตรวจวินิจฉัย (diagnostic surgery) เช่นการผ่าตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ เป็นต้น 2) การผ่าตัดเพื่อหากระบวนการในการเกิดโรค (exploratory surgery) หรือดูการลุกลามของโรคต่ออวัยวะอื่น เช่นการผ่าตัดส่องกล้องดูการลุกลามของมะเร็งต่ออวัยวะอื่นในช่องท้อง 3) การผ่าตัดเพื่อลดอาการของโรค (palliative surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อบรรเทาความรุนแรงของโรค ไม่ได้รักษาสาเหตุของโรค เช่น การผ่าตัดระบายทางหน้าท้อง (colostomy) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ทางเดินอาหารอุดตัน เป็นต้น และ 4) การผ่าตัดเพื่อแก้ไขหรือสร้างใหม่ (constructive surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความพิการ เช่น การผ่าตัดเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ (repairs lip & palate) เป็นต้น

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่จะได้รับการผ่าตัดใหญ่ชนิดวางแผนไว้ล่วงหน้า จึงได้ให้ความหมายของการผ่าตัดใหญ่ในการศึกษานี้ คือ

การผ่าตัดใหญ่ (major operation) หมายถึง การผ่าตัดชนิดรอได้ ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานมากกว่า 1 ชั่วโมง และอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะบางส่วนของร่างกาย อาจมีการสูญเสียเลือดและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ประเภทของการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัด

การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัด สามารถทำได้ 2 วิธี คือ 1) การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) และ 2) การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2545) ดังนี้

1. การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกตัว ไม่รู้สึกเจ็บปวด กดปฏิกิริยาการตอบสนอง (reflex) ต่างๆ ทั้งระบบประสาทอัตโนมัติ และการเคลื่อนไหว รวมทั้งการไอ การกลืน การขย้อน กล้ามเนื้อทุกส่วนมีการหย่อนตัว (muscle relaxation) ตลอดเวลา และจะกลับคืนสู่สภาพปกติเมื่อหยุดการให้ยา การให้ยาระงับความรู้สึกชนิดนี้สามารถทำได้ 2 วิธีคือ การให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการสูดดม (inhalation anesthesia) และการให้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ (intravenous anesthesia)

2. การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกชั่วคราวและเฉพาะส่วนของร่างกาย โดยการบริหารยาชาบริเวณกลุ่มของเส้นประสาท โดยฤทธิ์ของยาชาจะสกัดกั้นการนำกระแสประสาท ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวดแต่จะรู้สึกตัวตลอดเวลา การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนที่ใช้อยู่ ได้แก่ การฉีดยาชาเฉพาะที่ (local anesthesia) การฉีดยาชาบริเวณผิวหนังหรือเยื่อเมือกในคอ (topical anesthesia) การฉีดยาชาที่กลุ่มเส้นประสาทเบรเกียล

(brachial plexus block) การฉีดยาชาทางช่องเหนือกระดูก (epidural block) และการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลัง (spinal block) เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่

การผ่าตัดใหญ่ในผู้ป่วยสูงอายุ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดใหญ่และการดูแลแต่ละระยะของการผ่าตัดใหญ่มีความสำคัญ เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่นั้นมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อชีวิตและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมีปัญหาลมหายใจของอวัยวะในร่างกายอยู่แล้ว และผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมด้วย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546) ดังนั้นการเตรียมสภาพร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุให้พร้อมก่อนผ่าตัดใหญ่ จึงมีความสำคัญ ทั้งการเตรียมสภาพด้านร่างกายและสภาพจิตใจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุทุกระยะของการผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ แบ่งเป็น 1) ระยะก่อนผ่าตัด (pre-operative) 2) ระยะผ่าตัด (intra-operative) และ 3) ระยะหลังผ่าตัด (post-operative) ดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด (pre-operative) เริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยสูงอายุตัดสินใจผ่าตัดและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับการผ่าตัด ในระยะนี้จะเน้นการประเมินปัญหา ก่อนผ่าตัดการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพราะผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวอื่นร่วม ด้านร่างกาย จะเตรียมการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษทางรังสี การเอกซเรย์ทรวงอก และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากพบความผิดปกติต้องปรึกษาอายุรแพทย์หรือแพทย์ผู้เกี่ยวข้องก่อนผ่าตัด ทางด้านจิตใจควรให้กำลังใจและให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง อธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด สิ่ง que ผู้ป่วยสูงอายุต้องประสบในแต่ละระยะของผ่าตัด รวมถึงการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยสูงอายุให้พร้อมก่อนผ่าตัดใหญ่สามารถลดปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ และยังเป็น การช่วยผู้ป่วยสูงอายุในการจัดการกับภาวะอารมณ์หรือปัญหาด้านจิตใจก่อนผ่าตัดใหญ่ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการรักษา เป็นต้น

2. ระยะผ่าตัด (intra-operative) ระยะนี้เริ่มต้นตั้งแต่ผ่าตัดจนเสร็จสิ้นการผ่าตัดและส่งผู้ป่วยสูงอายุเข้าห้องพักฟื้น การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จะเป็นการดูแลโดยพยาบาลประจำห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล ในระยะนี้การดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความปลอดภัยจากยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัด การทดแทนสารน้ำและเลือดให้เพียงพอ คงไว้ซึ่งการทำงานของระบบหัวใจและ

หลอดเลือดการทำงานของไตในการขับถ่ายปัสสาวะ การได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอระหว่างผ่าตัด การจัดทำที่ถูกต้องสำหรับการผ่าตัด เป็นต้น

3. ระยะหลังผ่าตัด (post-operative) ระยะนี้นับตั้งแต่การผ่าตัดเสร็จสิ้นจนดูแลในห้อง พักฟื้นและสิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยสูงอายุกลับบ้าน ซึ่งในระยะนี้แบ่งเป็น 1) ระยะทันทีหลังผ่าตัด ระยะนี้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเพราะผู้ป่วยสูงอายุเพิ่งฟื้นจากยาระงับความรู้สึก ต้องเฝ้าระวังเกี่ยวกับ สัญญาณชีพ การหายใจ การสูญเสียเลือด เพื่อป้องกันภาวะช็อก จนกว่าผู้ป่วยสูงอายุฟื้นเต็มที่และ สัญญาณชีพปกติและคงที่ 2) ระยะหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นระยะที่ต้องดูแลต่อจากระยะทันทีหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับการดูแลที่หอผู้ป่วยจนกระทั่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ในระยะนี้ควรดูแล บาดแผลผ่าตัด การส่งเสริมการหายใจของแผล การควบคุมอาการปวดแผลผ่าตัด การกระตุ้นให้มีการ ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดและป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆ และเพื่อให้สามารถกลับสู่สภาพเดิม ได้ตามปกติโดยเร็ว (Smeltzer & Bare, 2008) เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดใหญ่

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดใหญ่ในผู้ป่วยสูงอายุ จะไม่มีความแตกต่างกับ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในวัยอื่นๆ แต่เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว จะมีความรุนแรงมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากกระบวนการสูงอายุ ที่ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง พลังงานสำรอง ในร่างกายลดลงและการมีโรคร่วม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546) โดยภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด ใหญ่ที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ 1) ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ 2) ภาวะแทรกซ้อน ระบบหัวใจและหลอดเลือด 3) ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหาร และ 4) ภาวะแทรกซ้อนจาก แผลผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Potter & Perry, 2005) ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยหลังการผ่าตัดใหญ่ ใน ระยะแรก ภาวะพร่องออกซิเจนเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ส่วนใหญ่สาเหตุมาจากการอุดกั้นของ ทางเดินหายใจ (airway obstruction) ภาวะหายใจช้า (hypoventilation) และสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อน ของระบบทางเดินหายใจ คืออาการปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากอาการปวดจะทำให้ ผู้ป่วยหายใจเร็ว ตื้น การทำหน้าที่ในการระบายอากาศไม่ดี อาจเกิดการกักตัวของสารคัดหลั่งในถุงลม และหลอดลม (Litwack, 2000) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ หรือการได้รับ ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์ทำให้หวั่งและมีฤทธิ์เป็นยาเสพติด ทำให้ปฏิกิริยาสะท้อนของการไอลดลงและ กดการหายใจ หรือมีภาวะท้องอืดอาจทำให้กระบังลมเคลื่อนไหวน้อย ทำให้เกิดภาวะถุงลมปอดแฟบ (atelectasis) และอาจทำให้หายใจลำบาก จนต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำได้ (Lemone & Burke, 2008)

2. ภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ การตกเลือดหลังผ่าตัด ภาวะช็อก ซึ่งเกิดจากการทำลายของหลอดเลือดขณะผ่าตัด (Smeltzer & Bare, 2004) อาจมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดหรือท่อระบายมีเลือดออกมากผิดปกติ ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญและส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ หรือ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Antle & Lewis, 2001)

3. ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหาร เช่น การคลื่นไส้ อาเจียน อึดแน่นท้องหรือการอุดตันของลำไส้ จากการเกิดพังผืดยึดหรือรัดลำไส้ (adhesion band) (ชอลดา พันธุเสนา, 2544) ซึ่งเกิดจากการที่มีอาการปวดแผลมากทำให้ลดการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อหลีกเลี่ยงการปวด หรืออาจเกิดจากผลของได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ที่ทำให้การส่งผ่านของกระแสไฟฟ้าในกล้ามเนื้อเรียบในกระเพาะอาหารลดลง ส่งผลให้ลำไส้ไม่ทำงานหรือทำงานลดลง โดยเฉพาะการผ่าตัดในช่องท้องที่มีการรบกวนการทำงานของลำไส้ในขณะผ่าตัด ทำให้ลดการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของลำไส้ (peristalsis) ส่งผลให้เกิดภาวะท้องอืดและปวดแน่นท้อง (Zeitz, McCutcheon, & Albrecht, 2002) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหารพบได้บ่อยตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกไปจนถึง 2-3 วันแรกหลังผ่าตัด

4. ภาวะแทรกซ้อนจากแผลผ่าตัด การติดเชื้อของแผลผ่าตัด การแยกของแผลผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีการตอบสนองต่อการอักเสบน้อย การสังเคราะห์คอลลาเจนลดลง (collagen) การสร้างเซลล์อีพิทีเลียลลดลง (epithelial cell) ทำให้การหายของแผลช้า (วิจิตรา กุสมภ์, 2546) หรือในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะท้องอืดมากอาจส่งผลให้แผลแยกได้ (Nettina, 2001)

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดใหญ่

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ จะไม่มีความแตกต่างจากความวิตกกังวลในวัยอื่นๆ ผู้ป่วยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อม ทำให้มีความสามารถในการชีวิตประจำวันอาจมีขอบเขตจำกัด รวมทั้งผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ถ้าต้องรับการผ่าตัดใหญ่ อาจต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าวัยอื่นๆ จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการที่เจ็บผ่าตัดใหญ่ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างยิ่ง บางครั้งอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือปฏิเสธการรักษาได้ (World Health Organization, 2005) ได้มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้หลายความหมาย ดังนี้

ศุภลักษณ์ โชติสุวรรณ (2549) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางอารมณ์ที่ทุกคนประสบอยู่เสมอในชีวิตประจำวัน โดยความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ตั้งแต่แรกเกิดและต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เมื่อเกิดความวิตกกังวลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ ความคิดที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษา

มานิช หล่อตระกูล (2548) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ของบุคคลแต่ละคน ที่บุคคลอื่นไม่อาจจะทราบได้ว่าบุคคลที่ตกอยู่ในความวิตกกังวลนั้นมีความรู้สึกอย่างไร แต่คาดคะเนว่า ความรู้สึกวิตกกังวลต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่ทำให้ไม่สบายใจของบุคคลนั้น เหมือนสัญญาณอันตรายของจิตใจที่บอกเตือนถึงความไม่สมดุลในจิตใจโดยบุคคลนั้นจะกระทำ การอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อรักษาระดับสมดุลทางอารมณ์ไว้

งามพิศ ธนไพศาล (2551) ภาวะวิตกกังวลเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง เป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคามหรืออยู่ในภาวะที่มั่นคงปลอดภัย ความไม่แน่นอนและไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง

จากความหมายข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ คือ ภาวะทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัดใหญ่ โดยเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่แน่นอนกับการผ่าตัด รู้สึกกระวนกระวายใจหรือไม่มั่นใจกับการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น ทำให้รู้สึกไม่มั่นคงต่อชีวิต

ชนิดของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถจำแนกได้ 2 ชนิด (Spielberger cited in Salzman & Lebowitz, 1991) คือ

1. ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or T-Anxiety or A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง สามารถสังเกตเห็นได้จากการแสดงออกจนเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (personality trait)

2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or S-Anxiety or A-state) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เมื่อมีสถานการณ์เข้ามากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคาม เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้เกิดความรู้สึก หวาดหวั่น กระวนกระวาย

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ จะเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องแยกจากบ้านจากครอบครัว วิตกกังวลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และการได้ยาระงับความรู้สึก วิตกกังวลต่อการเสียชีวิต (White & Duncan, 2002) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความไม่แน่นอนในความปลอดภัยจากการผ่าตัดมักจะมองการผ่าตัดเป็นเรื่องใหญ่ และเป็นอันตรายต่อชีวิต (Clayton, 2008) ภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุแต่ละบุคคลมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสิ่งที่เข้ามากระตุ้นและบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ ภาวะวิตกกังวลมีมากจะทำให้บุคคลมีการรับรู้แคบ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง นอนไม่หลับ หากภาวะวิตกกังวลมีมากขึ้นและเรื้อรังจะทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ผิดปกติ การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นลดลง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

ระดับของความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลจะแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Spielberger cited in Stuart & Laraia, 2005)

1. ความวิตกกังวลระดับน้อย (mild anxiety) เป็นความกังวลที่พบบ่อยในชีวิตประจำวัน ทำให้สมาธิขึ้น ร่างกายมีการกระตือรือร้นมากขึ้น สามารถควบคุมและจัดการกับตนเองได้
2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety) ในระดับนี้ บุคคลจะมีการรับรู้แคบ เลือกรับรู้เฉพาะสิ่งที่ตนเองสนใจ ประสิทธิภาพในการตัดสินใจลดลง
3. ความวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety) จะทำให้บุคคลหมกมุ่น จนไม่สามารถจับใจความสำคัญหรือสาระได้ บางรายอาจงุนงง จนทำให้ควบคุมตนเองไม่ได้
4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (panic anxiety) เป็นภาวะที่หวาดหวั่นสุดขีด จนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บางครั้งอาจประสาทมึน จนเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นได้

การแบ่งระดับของความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ จะไม่มีความแตกต่างจากวัยอื่นๆ ซึ่งระดับความวิตกกังวลของแต่ละบุคคล จะแสดงออกหรือมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสิ่งที่มากระตุ้น (Clayton, 2008) โดยทั่วไประดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุ ก่อนผ่าตัดใหญ่จะอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุ สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง (พรเพ็ญวงศ์คำแน่น, 2551) เมื่อระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุและการผ่าตัดได้ (Linton & Maebius, 2003)

การตอบสนองของความวิตกกังวลต่อระบบต่างๆ ของผู้ป่วยสูงอายุ

ความวิตกกังวลมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายในระบบต่างๆ ดังนี้

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความวิตกกังวลนั้นจะทำให้ต่อมหมวกไตชั้นในมีการปล่อยแคทีโคลามีน และต่อมหมวกไตชั้นนอกปล่อยคอร์ติโคสเตียรอยด์ เกิดการกั่งของโซเดียมและโปแตสเซียมในเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ และพบว่าระบบซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจสูงกว่าปกติ จะทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไม่เพียงพอ แก่ความต้องการของร่างกาย หัวใจจะต้องทำงานหนักขึ้น และจากผนังหลอดเลือดที่แข็งขึ้นทำให้ความสามารถในการหดตัวและขยายตัวลดลง ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญไม่เพียงพอ อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ (McCleane & Cooper as cited in Khan & Nazir, 2007)

2. ระบบทางเดินหายใจ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะในระบบหายใจลดลง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง ความยืดหยุ่นของผนังทรวงอกลดลง และความจุของปอดลดลง (บรรลุ ศิริพานิช, 2544) เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติโดยจะทำให้หายใจถี่และเร็ว ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาเซลล์ขาดออกซิเจนได้

3. ระบบทางเดินอาหาร เมื่อเกิดความวิตกกังวลทำให้การบีบตัวของลำไส้ช้าลง ทำให้กากอาหารค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่มากขึ้น ร่วมกับมีการหลั่งกรดลดลงทำให้อาหารไม่ย่อย เกิดภาวะท้องอืดและท้องผูกได้ง่าย (Potter & Perry, 2003)

4. ระบบประสาท เมื่อเกิดความวิตกกังวลจะทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลงมาก การมองสภาพแวดล้อมจะบิดเบือนไปจากสภาพความเป็นจริง (Stuart & Sundeen, 1987) ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ปัญหาต่างๆ ลดลง ผู้ป่วยสูงอายุแต่ละคนจะมีความสามารถในการปรับตัวและแสดงพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับพื้นฐานด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละคน บางคนอาจไม่แสดงอาการให้เห็น แต่รายที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้อาจแสดงพฤติกรรมให้เห็นหงุดหงิด ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำและความสามารถในการใช้สติปัญญาลดลง (World Health Organization, 2005)

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่

ในภาวะปกติของผู้ป่วยสูงอายุมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้เสมอ ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นตามปกติจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ พร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ แต่เมื่อผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าการผ่าตัดใหญ่นั้นเป็นสิ่งที่คุณค่าต่อความปลอดภัยของตนเอง (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุอาจจะประเมินการผ่าตัดใหญ่ต่างกัน ทำให้ระดับความวิตกกังวลต่างกัน ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเหตุการณ์ และ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วยความแตกต่างของบุคคล ในเรื่องคุณสมบัติพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ และ การศึกษา (สุนีย์ จันทน์มหาเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2549) ดังนี้

1.1 เพศ มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน เพศหญิงจะมีอารมณ์เศร้า หงุดหงิดกังวล ซึ่งเพศหญิงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าเพศชาย (สุนีย์ จันทน์มหาเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2549; Apfel, Kranke, & Eberhart, 2004)

1.2 อายุ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกาย ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ชีวิตมาก มีวุฒิภาวะสูงขึ้นรวมทั้งมีความสามารถในการวินิจฉัยไตร่ตรองเพิ่มมากขึ้น (หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์, 2544) จึงให้ความสำคัญและความหมาย ต่อทั้งการผ่าตัดและการรอผ่าตัดแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเชื่อในความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ของตนเองมาก และสามารถเลือกวิธีการในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม จึงประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลน้อยกว่า

1.3 การศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการปรับตัว ที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของบุคคลพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาเลย มีความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง มีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้การศึกษา (อารีรัตน์ ภิรมย์วงศ์, 2544) แต่ก็ยังมีการศึกษาที่ผลการศึกษามีความขัดแย้งในเรื่องของปัจจัยด้านระดับการศึกษาที่ระบุว่าระดับการศึกษาไม่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล เช่น การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมทั้งระยะก่อนผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วยที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (สุนีย์ จันทน์มหาเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2549)

2. ปัจจัยด้านเหตุการณ์ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ สถานการณ์ที่แปลกใหม่ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ เวลาในการเกิดสถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของโรค บริเวณที่ผ่าตัด ประสบการณ์ในการผ่าตัด เป็นต้น (สุนีย์ จันทรมหเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2549)

2.1 ระดับความรุนแรงของโรค บุคคลที่มีระดับความรุนแรงของโรคมาย่อมมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง ความรุนแรงของโรคยิ่งมากการรักษาก็ต้องซับซ้อนมากขึ้นตามทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว จนไม่สามารถรับรู้คำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแล ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโรคมีความรุนแรงมาก ระดับความวิตกกังวลจะมากทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ส่วนผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโรคมีความรุนแรงน้อยระดับความวิตกกังวลก็น้อยกว่า (อุราดิ เจริญไชย, 2541)

2.2 บริเวณที่ผ่าตัด จากการศึกษาพบว่าบริเวณผ่าตัดมีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอง ตับ การผ่าตัดอวัยวะที่เป็นสัญลักษณ์หรือเกี่ยวกับภาพลักษณ์ เช่น เต้านม อวัยวะเพศ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าอวัยวะอื่น ๆ (อุราดิ เจริญไชย, 2541)

2.3 ประสบการณ์ในการผ่าตัด ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อนจะสามารถประเมินสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ตามขั้นตอนตามประสบการณ์ที่เคยประสบมา หากมีประสบการณ์ผ่าตัดในทางลบมาก่อน จะทำให้ความวิตกกังวลในครั้งต่อไปเพิ่มขึ้น (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2540) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อน จะมีความวิตกกังวลไม่ต่างกัน เพราะการผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ แล้วหายไป

3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัญหาค่าใช้จ่ายเป็นส่วนหนึ่ง ของแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสูงอายุพิจารณาว่า ต้องดึงมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังหรือไม่ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความวิตกกังวล ผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า มีความวิตกกังวลต่ำกว่า เพราะทำให้มีโอกาสในการรักษา แสวงหาแหล่งประโยชน์และทางเลือกมากกว่า (สุนีย์ จันทรมหเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2549) ซึ่งต่างจากการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) ที่พบว่าปัจจัยปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ไม่มีผลต่อความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ผลกระทบของความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่

ผลของความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุในทุกระยะของการผ่าตัด ได้แก่ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ระยะผ่าตัด และ 3) ระยะหลังผ่าตัด ดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด

จากผลของความวิตกกังวลต่อสรีรวิทยาผู้ป่วยสูงอายุทุกระบบที่กล่าวข้างต้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุระยะนี้ (Carr, Brockbank, Allen, & Strick, 2006) คือ หากเกิดผลกระทบด้านร่างกายจากปฏิกิริยาที่กล่าวข้างต้น อาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีชีพจรเร็วขึ้น ส่งผลความดันโลหิตสูงขึ้น หากอยู่ในระดับสูงจนผิดปกติซึ่งเสี่ยงต่ออันตรายและภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาระงับความรู้สึก ส่งผลทำให้สูงอายุอาจถูกเลื่อนผ่าตัดได้ หรือผู้ป่วยสูงอายุบางคนอาจมีผลต่อด้านจิตใจ ไม่มั่นใจว่าจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร เมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็วทำให้ขาดสติในการพิจารณาไตร่ตรอง ทำให้การตัดสินใจผิดพลาด จนไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล หรือไม่ยินยอมผ่าตัดได้

2. ระยะผ่าตัด

ความวิตกกังวลในระยะนี้จะทำให้ ผู้ป่วยสูงอายุต้องใช้ยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดเพิ่มขึ้น ใช้เวลาในการผ่าตัดนานขึ้น มีผลต่อการฟื้นจากยาระงับความรู้สึกช้าลง และขณะผ่าตัดผลของความวิตกกังวลต่อทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยสูงอายุ ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เมื่อความดันโลหิตสูงระหว่างผ่าตัดอาจทำให้การผ่าตัดสูญเสียเลือดมากขึ้นได้ เป็นต้น (Osborn & Sandler, 2004)

3. ระยะหลังผ่าตัด

ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในระยะหลังผ่าตัดนี้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดมากขึ้น ทำให้ต้องใช้ยาบรรเทาปวดมากขึ้น และความปวดจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุหายใจเร็วขึ้น อาจส่งผลต่อร่างกายในระบบทางเดินหายใจได้ เช่น อาจเกิดภาวะถุงลมปอดแฟบ (atelectasis) และอาจทำให้หายใจลำบากจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำได้ (Lemone & Burke, 2008) ผลของความวิตกกังวลต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น การคลื่นไส้ อาเจียน อึดแน่นท้องหรือถ้าเป็นมากอาจทำให้แผลแยกได้ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยสูงอายุวิตกกังวลสูงจะมีการตอบสนองต่อการอักเสบน้อย การสังเคราะห์คอลลาเจนลดลง การสร้างเซลล์อีพิทีเลียลลดลง ทำให้การหายของแผลช้า (วิจิตรากุสุมภ์, 2546) ทำให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดช้าลง (Linton & Maebius, 2003) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องนอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาลนานขึ้นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (เสงี่ยมช่วยนุ้ย และ ชวนพิศ มีสวัสดิ์, 2543; Chang, Calligaro, Lombardi, & Dougherty, 2003)

จากผลกระทบของความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดในแต่ละระยะ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับผลกระทบดังกล่าว ดังนั้นการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ จึงนับเป็นสิ่งที่

สำคัญและควรปฏิบัติ ในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุ มีความพร้อมที่จะรับการผ่าตัดใหญ่ ช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี และผู้ป่วยสูงอายุมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้รวดเร็ว และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติ

การลดความวิตกกังวลโดยการให้ความรู้ในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่

การลดความวิตกกังวลโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ เป็นกิจกรรมที่วิสัญญีพยาบาลสามารถกระทำได้อย่างอิสระ ด้วยองค์ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ และในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่นั้น จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้ข้อมูลได้มากหรือน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับ วิธีการและหลักการในการให้ข้อมูลของบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งหลักในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ (ประณีต ส่องวัฒนา, 2547) มีดังนี้

1. ประเมินสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดในการรับรู้ เนื่องจากจะมีผลต่อความตั้งใจและทำให้ความสามารถในการจดจำ และรับรู้ลดลง ผู้ให้ข้อมูลจึงควรหาแนวทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุแต่ละคน
2. ประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละคน ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยสูงอายุแต่ละคน จะมีความสามารถในการเรียนรู้และมีความต้องการข้อมูลที่แตกต่างกัน
3. กำหนดเวลาที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การให้ข้อมูลในเวลา กลางวันช่วงบ่ายหรือเย็นก่อนวันผ่าตัด หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลในวันผ่าตัดหรือให้ก่อนผ่าตัดไม่กี่ ชั่วโมงเพราะผู้ป่วยสูงอายุอาจไม่พร้อมที่จะรับฟัง เนื่องจากมีความวิตกกังวลสูง และไม่สามารถจดจำข้อมูลได้
4. ให้ข้อมูลในลักษณะที่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถรับรู้ได้จากหลายช่องทาง ทั้งนี้ควรวางแผนการให้ข้อมูล และเลือกสื่อหรืออุปกรณ์ที่ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ
5. ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นข้อมูลที่ชัดเจน มีรูปภาพแสดง ไม่สับสน ภาษาต้องชัดเจนเข้าใจง่าย ควรเป็นข้อมูลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้และข้อเท็จจริงมากกว่าความคิดเห็น และเป็นข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด
6. ใช้เวลาการสอนหรือให้ข้อมูลในระยะเวลาที่สั้น และให้เวลากับผู้ป่วยสูงอายุในการซักถามหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หากเป็นเรื่องของการปฏิบัติ ควรให้ผู้ป่วยสูงอายุได้มีการทดลองปฏิบัติ
7. การให้ข้อมูลควรกำหนดเป็นมาตรฐานหรือรูปแบบเดียวกัน หรือเป็นระบบที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ ไม่มีความซ้ำซ้อนหรือมีการให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกันของทีมสุขภาพ

8. การให้ข้อมูลอาจให้เป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มตามความเหมาะสม หากสอนเป็นรายกลุ่ม ควรเลือกกลุ่มที่ผู้ป่วยสูงอายุมีความคล้ายคลึงกัน และจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ากลุ่มไม่ควรมากเกินไป 5 คน

9. การให้ข้อมูลควรอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล โดยสนับสนุนให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่เริ่มให้ข้อมูล

10. ตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยสูงอายุในการได้รับข้อมูล และจริยธรรมในทุกขั้นตอน ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดตั้งแต่ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุตัดสินใจที่จะเข้ารับการผ่าตัด จนกระทั่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ตลอดจนถึงระยะพักฟื้นทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน

ลักษณะของข้อมูลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่

โดยลักษณะของข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนหรือวิธีการ (procedural information) 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (behavioral information) 3) ข้อมูลทั่วไป (general information) และ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (sensory information) (ประณีต สังวัฒนา, 2547) ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนหรือวิธีการ (procedural information) เป็นข้อมูลที่บอกเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์และวิธีการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุขณะรอผ่าตัดใหญ่ ซึ่งรวมถึงกิจกรรมต่างๆ ที่บุคลากรห้องผ่าตัดปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถควบคุมความรู้สึกนึกคิดและมีความเข้าใจต่อสถานการณ์ (cognitive control) ได้ดี มีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องของข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา ของโรค อาการ การรักษาโดยการผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ ทั้งทางด้านร่างกายและการเตรียมทางด้านจิตใจ เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุระหว่างรอผ่าตัด จนกระทั่งผ่าตัดเสร็จการให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพและการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดใหญ่

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (behavioral information) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดใหญ่ ทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยลักษณะของข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ จะก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดี และผู้ป่วยสูงอายุสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดความทุกข์ทรมานและลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (Pasero & Belden, 2006) ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (early ambulation) การหายใจเข้า-ออกลึก ๆ

(deep breathing) (Potter & Perry, 2007) การไอจับเสมหะ (coughing) (Potter & Perry, 2007) การจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การดูแลแผล (wound care) การพักผ่อน การรับประทานยา การรับประทานอาหาร ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถควบคุมพฤติกรรม (behavioral control) ที่ควรปฏิบัติเกี่ยวกับการผ่าตัดใหญ่ได้ดี และข้อมูล que ผู้ป่วยสูงอายุขณะรอผ่าตัดต้องการสูงสุด คือ ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รองลงมาคือต้องการทราบวิธีบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (สุชนา โรจนดำรงค์, 2542; Potter & Perry, 2007)

3. ข้อมูลทั่วไป (general information) ซึ่งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม และตรงกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ ตรงกับความเป็นจริง ลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นและทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

4. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึก ที่ผู้ป่วยสูงอายุอาจประสบและความทุกข์ทรมาน ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผ่าตัดใหญ่ ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุ สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนอง ทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจริง ทั้งขณะรับการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด ลดความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับสิ่งที่คาดคิดมาก่อน และผู้ป่วยสูงอายุจะแปลความหมายของข้อมูล ตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้องชัดเจน

ดังนั้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ ควรประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนหรือวิธีการเกี่ยวกับการผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและข้อมูลทั่วไป ที่เกี่ยวกับการผ่าตัดใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้และมีความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดภาพรวมของความคิด แปลความหมายของเหตุการณ์ได้และสามารถควบคุมเหตุการณ์และลดปฏิกิริยาการตอบสนองได้

การประเมินความวิตกกังวล

วิธีการประเมินความวิตกกังวล

1. การประเมินด้านการเปลี่ยนแปลง ทางสรีระ (physiological measures of anxiety) โดยประเมินการเปลี่ยนแปลง ของระบบประสาทอัตโนมัติ 2 ด้าน คือ 1) ระบบซิมพาเทติก ซึ่งทำหน้าที่ในการให้พลังงาน และช่วยด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อจะหลีกเลี่ยงหรือเผชิญกับความวิตก

กังวล และ 2) ระบบพาราซิมพาเธติก ซึ่งทำหน้าที่ตรงกันข้าม เพื่อปรับภาวะที่มากเกินไปของระบบซิมพาเธติก โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น หน้าแดง เหงื่อออก อัตราการเต้นของหัวใจเต้นเร็วขึ้น อัตราการหายใจเร็ว เป็นต้น (Mitchell, 2003)

2. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (behavior measures of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล เกี่ยวกับการแสดงออกทางพฤติกรรม โดยสังเกตการเคลื่อนไหว คำพูด ความสอดคล้องกันในการทำงานของร่างกาย กับการรับรู้ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายใน เช่น การเคลื่อนไหว การพูดกระสับกระส่าย เสียงสูงหรือเสียงดัง หรือถอนหายใจ นอนไม่หลับ เป็นต้น (Graham & Conley อ้างใน นาดยา พิงสว่าง, 2545)

3. การประเมินโดยใช้แบบประเมินด้วยตัวเอง (self-report measure of anxiety) เป็นการใช้แบบสอบถาม โดยให้ผู้ถูกประเมินตอบคำถาม ในแบบประเมินตามความรู้สึกของตัวเองที่รับรู้ ซึ่งแบบประเมินความวิตกกังวลที่นิยมใช้ได้แก่

3.1 แบบประเมินความวิตกกังวล สเตต-เทรท (State-Trait Anxiety Inventory: [STAI]) ของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger cited in Salzman & Lebowitz, 1991) เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ

3.1.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบสเตต (State Anxiety หรือ A-state) คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึก ที่เกิดขึ้นกับในสถานการณ์หนึ่งๆ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราว เมื่อมีอันตรายมากระตุ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตอบโต้ที่สามารถเห็นได้ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับความวิตกกังวลแฝงและประสบการณ์ในอดีต

3.1.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait Anxiety หรือ A-trait) คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกทั่วไป ของบุคคลในทุกสถานการณ์ เป็นความวิตกกังวลที่คงที่ของแต่ละบุคคล ไม่แสดงออกมาในลักษณะพฤติกรรม เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีต

3.2 แบบประเมินความวิตกกังวล เซลฟ์ เรตติ้ง สเคล (Self-rating Anxiety Scale: [SAS]) ของวิลเลียม ดับบลิว เค ซุง (William W.K.Zung) (Salzman & Lebowitz, 1991)

3.3 แบบมาตรวัดความวิตกกังวลโดยการประเมินค่าด้วยสายตา (visual analogue scale: [VAS]) ของการ์เบอร์สัน (Garberson, 1991) เป็นมาตรวัดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอน ความยาว 10 เซนติเมตร ปลายปิดทางซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึก “ไม่มีความวิตกกังวล” และความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือ จนถึงปลายปิดทางขวามือ จะตรงกับความรู้สึก “มีความวิตกกังวลมากที่สุด”

3.4 แบบสอบถามความวิตกกังวลและความต้องการทราบข้อมูลก่อนผ่าตัด (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale: [APAIS]) ของโมว์แมน แดม มุลเลอร์ และอูสทิง (Moerman, Dam, Muller, & Oosting, 1996) ประกอบด้วย 6 คำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลด้านการรับรู้ความรู้สึก 2 ข้อ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 2 ข้อ และความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการผ่าตัด 2 ข้อ

จะเห็นว่าการประเมินความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น สามารถประเมินได้ 3 วิธี คือการประเมินด้านสรีระ การประเมินพฤติกรรมและการแสดงออก และการประเมินแบบประเมินด้วยตนเอง มีหลายชนิด สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบประเมินด้วยตนเองชนิด แบบสอบถามความวิตกกังวลและความต้องการทราบข้อมูลก่อนผ่าตัด (The Amsterdam preoperative anxiety and information scale [APAIS]) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ เพราะเป็นคำถามที่สั้น มีจำนวนข้อคำถามน้อยและเข้าใจได้ง่าย สอดคล้องกับสถานการณ์ เนื่องจากการประเมินความวิตกกังวล ต่อการผ่าตัดโดยตรงและแบบประเมิน APAIS ได้รับการทดสอบแล้วว่ามีความเที่ยงตรงและสัมพันธ์กับ STAI สามารถใช้แทนกันได้ (Boker, Brownell, & Donen, 2002; Berth, Petrowski, & Balck, 2007) ซึ่งแบบประเมิน APAIS ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้รับการประเมินความเที่ยงตรงของแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้องของภาษา โดยเปรียบเทียบกับแบบประเมิน STAI form Y-1 ซึ่งถือว่าเป็น gold standard ได้ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ 0.88 (อภิญา กุณฑล-ลักษมี, ศิริพร ปิติมานะอารี, และ ภูงศ์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2552) แบบประเมิน APAIS จึงมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปประเมินความวิตกกังวล ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ได้

การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวล ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่

แนวคิดของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice [EBP]) ในการให้การพยาบาล มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการให้บริการด้านสุขภาพ ทั้งนี้มีเครื่องมือสำคัญคือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines [CPGs]) ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่พัฒนาอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วย จะสามารถเชื่อมโยงระหว่าง ความรู้กับการปฏิบัติ สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือ เพื่อให้การปฏิบัติ ทางพยาบาล ประสพผลสำเร็จได้ ถ้าได้รับการสนับสนุน ทั้งการวางแผนที่เหมาะสม ทรัพยากรที่เพียงพอจากผู้

เกี่ยวข้อง (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล (คณะกรรมการสร้างแนวเวชปฏิบัติราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544; พongkarn Dilokkulsakulchai, 2551) ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่เป็นระบบไปในทิศทางเดียวกัน มีมาตรฐานในการปฏิบัติ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา มีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และทำให้มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น
2. ด้านผู้ประกอบการวิชาชีพ ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม มีโอกาสร่วมปรึกษาหารือ และทบทวนความรู้ซึ่งกันและกัน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงานเป็นแนวทางที่ช่วยในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงาน
3. ด้านองค์กรวิชาชีพ ทำให้มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการ จากผู้ปฏิบัติงานจริง เพิ่มคุณค่าในการดูแลผู้ป่วยใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินจากภายนอกเพื่อเพิ่มคุณภาพของการบริการได้
4. ด้านโรงพยาบาลและผู้บริหาร ส่งเสริมความมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพ ลดค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอน ในโรงพยาบาล

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จะเกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นแนวทางที่จะทำให้ การดูแลผู้สูงอายุมีมาตรฐาน และปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดการทำงานเป็นทีม จะสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ ความพึงพอใจในผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น

ขั้นตอนของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ (Implementation) ปัจจุบันพบว่ามีหลายสถาบัน ได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติที่คล้ายคลึงกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของการบริการ หรือผลลัพธ์ทางสุขภาพ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด การประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ของสมาคมพยาบาลออนแทรีโอ ประเทศแคนาดา (RNAO, 2002) โดยมีขั้นตอนของการใช้ 6 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกจากแหล่งต่างๆ และประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ

ในปัจจุบันมีผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นจำนวนมาก ดังนั้นในการตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติ ควรมีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ก่อนนำไปใช้ทุกครั้ง ซึ่งในการประเมินนั้น

ต้องประเมินในด้านของ กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ความถูกต้องของการพัฒนา รวมถึงประเมิน เนื้อหาของแนวปฏิบัติ และความสามารถในการนำไปใช้ ซึ่งเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมิน คุณภาพของแนวปฏิบัติในปัจจุบัน คือ AGREE (2001) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย จวีวรรณ ชงชัย (2547) โดยแบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก AGREE ประกอบด้วย องค์ประกอบทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ คือ 1) แนวปฏิบัติมีการระบุ วัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง 2) คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก และ 3) ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้

2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ 1) คือทีมพัฒนาแนว ปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ 2) ผู้ให้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น 3) มีการ ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติชัดเจน และ 4) แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย

3. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ คือ 1) มีการสืบค้น หลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 2) ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจน 3) ระบุ วิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน 4) มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบ และความเสี่ยงในการ กำหนดข้อเสนอแนะ 5) ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน 6) แนวปฏิบัติได้รับการ ตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิออกองค์กรก่อนนำมาใช้ และ 7) ระบุขั้นตอนของการปรับปรุง พัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย

4. ความชัดเจนและการนำเสนอ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ คือ 1) ข้อเสนอแนะ มีความเป็นรูปธรรม เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุในหลักฐาน 2) ระบุ ทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์ 3) ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย และ 4) มี คำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น อาจเป็นในรูปแบบของแผนผังสรุปแนวทางที่ต้องทำ

5. การประยุกต์ใช้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ คือ 1) ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและ อุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้ 2) มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนว ปฏิบัติ และ 3) แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ

6. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ คือ 1) แนวปฏิบัติ ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ และ 2) มีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีม ในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติทางคลินิกจะพิจารณาตามเกณฑ์ของคะแนนที่คำนวณได้ ในแต่ละองค์ประกอบ (AGREE, 2003) ดังนี้ คะแนนที่คำนวณได้มากกว่าร้อยละ 60 แสดงว่า แนวปฏิบัตินั้น มีคุณภาพมาก สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีคำแนะนำ หรือไม่ต้องดัดแปลง

เพิ่มเติม หากคะแนนที่คำนวณได้อยู่ระหว่างร้อยละ 30-60 แสดงว่าแนวปฏิบัติ นั้น มีความน่าเชื่อถือระดับปานกลาง อาจจะขาดบางข้อมูล แต่หากมีข้อมูลสนับสนุนหรือสามารถอธิบายเพิ่มเติมสามารถนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติได้ ส่วนในข้อที่คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 30 จะบ่งชี้ว่าแนวปฏิบัติ นั้นมีคุณภาพต่ำ ไม่ควรนำมาเป็นแนวปฏิบัติ

สำหรับการคำนวณหาคะแนนคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถคำนวณได้โดยใช้สูตรต่อไปนี้ (AGREE, 2001)

$$\frac{\text{คะแนนรวมที่ได้ในแต่ละหมวด} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดของแต่ละหมวด} \times 100}{\text{คะแนนรวมสูงสุดในแต่ละหมวด} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด} \times 100}$$

ขั้นตอนที่ 2 การระบุนิเคราะห์และการมีส่วนร่วม ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เป็นขั้นตอนที่ระบุกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรง และทางอ้อม ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในองค์กร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกองค์กร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระหว่างองค์กร โดยการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นวิธีการที่จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรมากขึ้น โดยข้อมูลที่ได้อาจช่วยให้เข้าใจถึงพฤติกรรมความสัมพันธ์ภายใน ความสนใจของทีม และช่วยในการวางแผนดำเนินงานการตัดสินใจเรื่องทรัพยากรและแหล่งสนับสนุน และมีการวิเคราะห์ระดับของการสนับสนุนและระดับของการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อพิจารณา กลยุทธ์ที่จะใช้ในการสนับสนุนให้มีการใช้แนวปฏิบัติในองค์กร

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความพร้อมของสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านโครงสร้าง และนโยบายของโรงพยาบาล พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เพื่อให้เกิดความราบรื่น ควรมีการประเมินความพร้อมสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องเช่น โครงสร้าง วัฒนธรรม ขององค์กร ระบบการติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนของผู้บริหาร ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ แหล่งประโยชน์ และ ความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพ หากเป็นองค์กรที่มีความซับซ้อน ควรระบุสิ่งที่เป็นไปได้และเป็นไปไม่ได้ ในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความแม่นยำในการใช้แนวปฏิบัติ ระบุสิ่งที่จำเป็นปัจจัยสนับสนุน และสิ่งที่เป็อุปสรรคให้ชัดเจน และควรหาแนวปฏิบัติเพื่อลดอุปสรรคนั้น

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่การสังเกต การจัดทำสื่อชนิดต่างๆ การจัดประชุมร่วมกับทีม การติดตามให้ความช่วยเหลือ

การนำแนวปฏิบัติไปใช้ จะต้องมีกลยุทธ์เพื่อ ส่งเสริมให้มีการใช้แนวปฏิบัติ และมีการติดตาม ประเมินผลการใช้เป็นระยะ เพื่อปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสม อันจะนำไปสู่การใช้แนวปฏิบัติที่ยั่งยืน นอกจากนี้กลยุทธ์ที่ใช้ควรใช้ร่วมกันมากกว่า 1 กลยุทธ์ กลยุทธ์ที่ใช้ ได้แก่ การตรวจสอบย้อนกลับ การประชุมกลุ่มให้ความรู้ การเยี่ยมจากผู้มีความรู้ การประชุมวิชาการร่วมกัน กระบวนการในการหาข้อตกลงร่วมกัน หรือ กิจกรรมที่เกิดจากผู้ให้บริการ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินความสำเร็จการใช้แนวปฏิบัติ

เป็นขั้นตอนรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินความสำเร็จ หรือผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ควรมีการรวบรวมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับหน่วยงานหรือองค์กร ระดับผู้ให้บริการ หรือ ผู้ใช้บริการ

ขั้นตอนที่ 6 การจัดหางบประมาณหรือแหล่งประ โยชน์ที่ใช้ ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

เป็นขั้นตอนที่สามารถทำได้ โดยการรณรงค์ให้มีการนำเอาแนวปฏิบัติไปใช้ โดยการบรรยายให้กลุ่มเป้าหมายฟัง ผ่านช่องทางสื่อสารต่าง ๆ การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์กับหน่วยงานอื่น การให้ข้อมูลกับผู้บริหาร เพื่อให้เกิดความสนใจ แล้วเกิดการจัดสรรทรัพยากรในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ต่อไป

สำหรับการศึกษาค้างนี้ ผู้ศึกษาใช้และประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติถึงขั้นตอนที่ 5 เพราะการศึกษาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลและความสำเร็จของการใช้แนวปฏิบัติเท่านั้น

การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจาก การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่สำคัญกระบวนการหนึ่ง เพื่อใช้ประเมินประสิทธิผล ของการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งสามารถประเมินผลได้จาก ผลลัพธ์ที่ผู้ให้บริการ (client outcomes) ผลลัพธ์ที่องค์กร (organizational outcomes) และ ผลลัพธ์ที่ผู้ให้บริการ (provider outcomes) การประเมินผลลัพธ์ที่ผู้ให้บริการนั้น เป็นการประเมินจาก ความเปลี่ยนแปลงของ ผู้ให้บริการหลังจากได้รับการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติ เพื่อติดตามดูผลทางภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และ ความรู้สึกรับรู้ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2550) การประเมินผลลัพธ์ของผู้ให้บริการนั้น สามารถประเมินจาก ความสะดวก ความง่าย ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจ ของผู้ใช้แนวปฏิบัติ เป็นต้น (จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล, สกวนสิน รัตนเลิศ, และ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, 2543)

หลังจากที่ได้นำแนวปฏิบัติมาใช้ ผู้ศึกษาได้ประเมินประสิทธิผล ของการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้กรอบแนวคิดของ สมาคมพยาบาลออนทารีโอ (RNAO, 2002) ประเมินผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นกับ ผู้รับบริการโดยตรง คือ ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ ก่อนและหลังการ ใช้แนวปฏิบัติ และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุ และประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ใช้แนวปฏิบัติ หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาพัฒนาคุณภาพ การพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น ต่อไป

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุ ก่อนผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย สูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์มาจาก แนว ปฏิบัติการพยาบาลในการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ของ วันทนีย์ ดิษฐ์ปาน (2549) ซึ่งขั้นตอนของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การ ประเมินความวิตกกังวลก่อนให้ความรู้ 2) การให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวล และ 3) การประเมิน ความวิตกกังวลหลังให้ความรู้ ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าวใช้ในกลุ่มผู้ป่วยก่อนผ่าตัดด้วยผู้ใหญ่ ซึ่ง ผู้ศึกษาได้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพิ่มเติมเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่ม ผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ และที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์ และสาร นิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา) ทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ ที่เผยแพร่ในฐานข้อมูลของสถาบัน ต่างๆ หรือจากเอกสารอ้างอิง (reference list) และการสืบค้นด้วยมือ (hand search) โดยกำหนด เกณฑ์ในการเลือกงานวิจัย ดังนี้ 1) เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน พ.ศ. 2549-2553 2) เลือกงานวิจัยทุก ประเภท 3) เป็นงานวิจัยที่ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่รับการรักษาด้วย การผ่าตัดใหญ่ 4) เป็นงานวิจัยที่เป็นการให้ความรู้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวลของ ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ โดยกำหนดคำสำคัญ (key words) ในการสืบค้นได้แก่ pre-operative anxiety, pre-operative care, pre-operative education, pre-operative information, older adult

ผลการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กล่าวไว้ พบหลักฐาน เชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน 7 เรื่อง ประกอบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Systematic review จำนวน 1 เรื่อง, RCTs จำนวน 2 เรื่อง, Experimental study จำนวน 2 เรื่อง, Quasi-experimental study จำนวน 1 เรื่องและ Observative study จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งพบว่าเนื้อหาและวิธีการสำหรับการให้ ความรู้กับผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่นั้น ไม่ต่างจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้ความรู้

เพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของ วันทนีย์ ดิษฐปาน (2549) โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ ประกอบด้วย 1) การให้คำแนะนำ (orientation) ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการผ่าตัด ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการผ่าตัด ตำแหน่งของการผ่าตัด ผลของการผ่าตัด 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัด (procedural information) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง รายละเอียดของขั้นตอนการตรวจรักษา หรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด ซึ่งรวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย 3) การให้ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วย อาจประสบ และความทุกข์ทรมานที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจริงได้ และ 4) การให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (behavioral instruction) เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (recovery instruction) การสอนวิธีการบรรเทาปวด การหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าว สามารถนำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุได้ โดยปรับวิธีการให้ความรู้ ให้เหมาะสมกับวัยผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีความสามารถในการมองเห็น และความสามารถในการได้ยินลดลง เช่น ในขณะที่สอนต้องพูดช้าๆ เสียงดังและฟังได้ชัดเจน มีการพูดทวนซ้ำ และใช้สื่อในการสอนที่มีรูปภาพชัดเจนรวมทั้ง มีตัวหนังสือขนาดใหญ่ สีของตัวอักษรชัดเจน สามารถมองเห็นได้ง่าย

สาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์มาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกของ วันทนีย์ ดิษฐปาน (2549) ซึ่งแนวปฏิบัติประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนให้ความรู้ 2) การปฏิบัติการให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติ และ 3) การประเมินระดับความวิตกกังวลหลังการให้ความรู้ ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ ผู้ศึกษาได้ปรับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ให้สอดคล้องกับมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยของสถาบันรับรองคุณภาพขององค์กรสุขภาพ (JCAHO, 2001) แต่มีสาระสำคัญครอบคลุมแนวปฏิบัติทางคลินิกเดิม ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การกำหนดคุณสมบัติผู้ป่วย 3) การประเมินผู้ป่วยก่อนให้ความรู้ 4) รูปแบบ

ของการให้ความรู้ 5) เนื้อหาความรู้ก่อนผ่าตัดใหญ่ และ 6) การประเมินผลหลังการให้ความรู้ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม

1.1 ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายจะต้องได้รับการให้ข้อมูล ความจำเป็น/เหตุผลในการผ่าตัดจากศัลยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด

1.2 การได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยสูงอายุและญาติ โดย

1.2.1 ศัลยแพทย์ វិស្វកម្មវេជ្ជ វិស្វកម្មវិទ្យាល័យ มีการอธิบายถึงขั้นตอนของการผ่าตัด การได้รับขบะระบความรู้ลึล สิ่งลที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด

1.2.2 เมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับการให้ข้อมูล เหตุผล/ความจำเป็นที่ลต้องได้รับการผ่าตัด ขั้นตอนของการผ่าตัด สิ่งลที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยสูงอายุยินยอมผ่าตัดให้ลลงชื่อเป็นลายลักษรอักษรในใบยินยอมให้การรักษาและการผ่าตัด

2. การกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วย

ในการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยสูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง

2.2 ผู้ป่วยที่มีการวางแผนล่วงหน้าว่าจะผ่าตัดใหญ่

2.3 ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน

2.4 ไม่มีแผนที่จะส่งผู้ป่วยเข้ารับการดูแลอย่างใกล้ชิดใน ICU หลังผ่าตัด

2.5 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 วันก่อนผ่าตัด

2.6 ไม่มีปัญหาในการสื่อสารสามารถพูดและฟังภาษาไทยได้

2.7 ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

2.8 ไม่มีความทุกข์ทรมานจากมะเร็งระยะลุกลาม

2.9 ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อการผ่าตัด เช่น โรคหัวใจ โรคความดัน

โลหิตสูงในระยะที่ไม่สามารถควบคุมได้

3. การประเมินผู้ป่วยก่อนให้ความรู้

เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการประเมินผู้ป่วยสูงอายุก่อนให้ความรู้ ดังนี้

3.1 ประเมินข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

3.2 ประเมินข้อมูลการผ่าตัด ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ชนิดของการได้รับยาระงับความรู้สึก ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลเพื่อรอรับการผ่าตัด ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่แตกต่างกัน

3.3 ประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

3.3.1 ประเมินความวิตกกังวล ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ ก่อนการให้ความรู้ โดยใช้แบบสอบถาม ความวิตกกังวลและความต้องการทราบข้อมูลก่อนผ่าตัด (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale: [APAIS]) ซึ่งมีข้อคำถาม 6 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลด้านการได้รับยาระงับความรู้สึก 2 ข้อ คือ 1) ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรับความรู้สึก 2) ความคิดเกี่ยวกับการรับความรู้สึก วนเวียนอยู่ในใจฉันตลอดเวลา ข้อคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลด้านการผ่าตัด 2 ข้อ คือ 1) ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 2) ความคิดเกี่ยวกับการผ่าตัด วนเวียนอยู่ในใจฉันตลอดเวลา และ ข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการทราบข้อมูลด้านการรับความรู้สึกและการผ่าตัด 2 ข้อ คือ 1) ฉันอยากรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับความรู้สึกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ 2) ฉันอยากรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งเป็นข้อคำถาม มีลำดับคะแนนจากน้อยไปมาก คือ จาก 1-5 คะแนน ดังนี้

1 หมายถึง เหตุการณ์นั้น ไม่มีเลย

2 หมายถึง เหตุการณ์นั้น มีบ้าง

3 หมายถึง เหตุการณ์นั้น มีปานกลาง

4 หมายถึง เหตุการณ์นั้น มีค่อนข้างมาก

5 หมายถึง เหตุการณ์นั้น มีมากที่สุด

ในการแปลผล เนื่องจากข้อคำถามที่ใช้ประเมิน ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุมี 4 ข้อ จึงมีคะแนนตั้งแต่ 4-20 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึงผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ มีความวิตกกังวลสูง และคะแนนน้อย หมายถึงผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่มีความวิตกกังวลต่ำ สำหรับคำถามความต้องการทราบข้อมูลมี 2 ข้อ จึงมีคะแนนตั้งแต่ 2-10 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึงผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ต้องการทราบข้อมูลมาก และคะแนนน้อย หมายถึงผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ต้องการทราบข้อมูลน้อย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ในการประเมินระดับ

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่จะใช้คะแนนจากข้อคำถามเพียง 4 ข้อที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลด้านการได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ตามข้อกำหนดของผู้พัฒนาเครื่องมือ (Moerman, Dam, Muller, & Oosting, 1996)

3.3.2 เวลาที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวล สามารถเลือกตามความเหมาะสม คือประเมินเมื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือเย็นวันก่อนผ่าตัด โดยการศึกษาครั้งนี้จะประเมินตอนเย็นวันก่อนผ่าตัด ก่อนการให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

3.3.3 การประเมินอาการ/อาการแสดง ของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดใหญ่ของผู้ป่วยสูงอายุ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือวิสัญญีพยาบาล เป็นผู้ประเมินโดยใช้วิธีสังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรมการแสดงออก

4. รูปแบบการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเข้านอนในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 วันก่อนผ่าตัดใหญ่ วิสัญญีพยาบาลจะให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ โดยให้ดูวิดีโอทัศน์ร่วมกับการบรรยายแบบบรรยายบุคคลและใช้ภาพพลิกประกอบการบรรยายในตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด โดยวิดีโอทัศน์มีเนื้อหาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญตามลำดับ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงผ่าตัดเสร็จใช้เวลา 15 นาที หลังจากนั้นจะให้ความรู้ โดยการบรรยายและใช้ภาพพลิกประกอบ ซึ่งภาพพลิกมีรูปภาพประกอบ ตัวอักษรชัดเจนและมีขนาดใหญ่ มีความต่อเนื่องของรูปภาพและเนื้อหาตามลำดับขั้นตอนการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุลำดับเหตุการณ์ตาม ในสิ่งที่ต้องเผชิญทุกระยะของการผ่าตัด ที่บริเวณข้างเตียงผู้ป่วย ในบรรยากาศที่เงียบสงบหลีกเลี่ยงจากการรบกวนจากผู้อื่น โดยใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่ายด้วยท่าที่เป็นมิตร ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และแจกคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดใหญ่ให้ผู้ป่วยสูงอายุอ่านเพิ่มเติมได้

5. เนื้อหาของความรู้ที่ให้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดประกอบด้วย

ความรู้ที่ให้กับผู้ป่วยสูงอายุครอบคลุมในเรื่องการปฏิบัติตัวทั้งระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ความรู้สึกที่ต้องเผชิญ และสภาพแวดล้อมต่างๆดังนี้

5.1 การให้คำแนะนำ (orientation) ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการผ่าตัด ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการผ่าตัด, ตำแหน่งของการผ่าตัด, การให้ยาระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวก่อนให้ยาระงับความรู้สึก, ผลการระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้หลังการได้รับยาระงับความรู้สึก สถานที่สำหรับสมาชิกในครอบครัวรอ ระหว่างการผ่าตัด

5.2 ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดและวิธีการ (procedural information) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบถึง รายละเอียดของขั้นตอน การตรวจรักษาหรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ซึ่งรวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย การปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด การให้ข้อมูลชนิดนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเผชิญ และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์นั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม มีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

5.2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา สาเหตุของโรค อาการ การรักษาโดยการผ่าตัด

5.2.2 การเตรียมผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัด ได้แก่

- 1) การตรวจร่างกาย การเอกซเรย์ทรวงอก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และอื่นๆตามแพทย์สั่ง
- 2) การเซ็นยินยอมก่อนจะรับการผ่าตัดใหญ่
- 3) การเตรียมผิวหนังบริเวณที่ทำการผ่าตัด และการทำความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำสระผมให้สะอาดก่อนผ่าตัด เพราะหลังผ่าตัดแผลจะถูกน้ำไม่ได้ในระยะแรก ทำให้การทำความสะอาดยาก และหลังอาบน้ำไม่ให้ทาแป้งและโลชั่น ดัดเล็บให้สั้นและสะอาด
- 4) การได้รับยานอนหลับเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- 5) การงดน้ำและอาหารทางปากหลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารและของเหลวในกระเพาะอาหาร เข้าหลอดลมขณะให้ยาระงับความรู้สึก
- 6) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในเช้าวันที่ทำการผ่าตัด
- 7) ควรถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะ เพราะขณะผ่าตัดจะใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า ซึ่งโลหะจะเป็นสื่อนำกระแสไฟฟ้า

8) ถ้ามีฟันปลอมต้องถอดเก็บไว้และถ้ามีฟันโยกควรแจ้งกับเจ้าหน้าที่ทราบ เพราะการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจะมีการใส่ท่อช่วยหายใจ อาจทำให้ฟันหลุดและตกไปในหลอดลมได้

9) การใส่สายยางทางจมูก การใส่สายสวนปัสสาวะในบางกรณี

10) การเปลี่ยนชุดผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจัดให้ก่อนเข้าห้องผ่าตัด

11) การเคลื่อนย้ายไปยังห้องผ่าตัด

12) การเปลี่ยนเสื้อผ้าในห้องผ่าตัด

13) การย้ายจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น

5.2.3 เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุระหว่างรอผ่าตัดจนกระทั่งผ่าตัดเสร็จ

1) สถานที่สำหรับให้ผู้ป่วยสูงอายุนอน ขณะรอผ่าตัด

- 2) สถานที่สำหรับให้นอนในขณะที่ยังผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในห้องผ่าตัด
- 3) ลักษณะการแต่งกายของบุคลากรในห้องผ่าตัด การสวมหมวกและหน้ากาก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคขณะผ่าตัด
- 4) สภาพภายในห้องผ่าตัดประกอบด้วยเตียงผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ ในการผ่าตัดและอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ในการให้ยาระงับความรู้สึก อุณหภูมิภายในห้องผ่าตัด
- 5) การให้ยาระงับความรู้สึก ทัศนวิสัยแพทย์หรือพยาบาลจะถามชื่อ และนามสกุล ของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โดยทัศนวิสัยจะให้ยาระงับความรู้สึก เข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อผู้ป่วยหมดความรู้สึกจะใส่ท่อหลอดลมคอ สำหรับให้ก๊าซที่ทำให้ผู้ป่วย หมดความรู้สึกตลอดเวลาที่ทำผ่าตัดผู้ป่วยจะเหมือนกับนอนหลับ ไม่รู้สึกตัวและไม่เจ็บในขณะที่ แพทย์ทำผ่าตัดจะมีการเฝ้าดูระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด มีการตรวจ การหายใจ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเต้นของหัวใจและความดันเลือดโลหิตในขณะที่ยังยาระงับ ความรู้สึก และเมื่อทำผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้วทัศนวิสัยแพทย์จะหยุดให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยจะตื่น หลังจากรู้สึกตัวดีแล้วทัศนวิสัยจะเอาอุปกรณ์ที่ใช้ขณะให้ยาระงับความรู้สึกออกจากตัวผู้ป่วย แล้วย้าย ไปนอนพักฟื้นที่ห้องพักฟื้นประมาณ 1 ชั่วโมง ก่อนจะส่งกลับไปยังหอผู้ป่วย
- 6) ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด (surgical position) ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด ของ ผู้ป่วยแต่ละราย
- 7) ขั้นตอนการผ่าตัด และระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด
- 8) สถานที่สำหรับนอนพักฟื้นเพื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัดเสร็จใหม่ๆ
- 9) ในห้องพักฟื้นทัศนวิสัยพยาบาลจะคอยดูแล ประเมินระดับความรู้สึกตัว การหายใจ ความดันโลหิต ลักษณะของแผลผ่าตัดว่ามีเลือดออกผิดปกติหรือไม่

5.2.4 การให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพและการปฏิบัติตัวภายหลัง ผ่าตัด

- 1) สภาพร่างกายหลังการผ่าตัด ได้แก่ การคาทอระยะต่างๆ การได้รับสาร น้ำที่แขน การคาสาขสวณปัสสาวะและสภาพของเตียงที่เตรียมไว้รับหลังการผ่าตัด
- 2) การวัดสัญญาณชีพหลังผ่าตัด
- 3) การใช้ออดขอความช่วยเหลือ
- 4) การรับประทานอาหารและการขอยาแก้ปวด
- 5) ลักษณะของแผลที่พบหลังจากการผ่าตัด

5.3 การให้ข้อมูลบอกความรู้สึก (sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึง ความรู้สึก ที่ผู้ป่วยสูงอายุอาจประสบและความทุกข์ทรมาน ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผ่าตัดข้อมูลเหล่านี้

จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุ สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจริง ทั้งขณะรับการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด ลดความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับสิ่งที่คาดคิดมาก่อนและผู้ป่วยจะแปลความหมายของข้อมูล ตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้องชัดเจน ได้แก่

5.3.1 ความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อทราบว่าต้องเข้ารับการผ่าตัด

5.3.2 ความรู้สึกเมื่อได้รับการตรวจต่างๆ ได้แก่ ขณะตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ขณะได้รับการเจาะเลือด

5.3.3 ความรู้สึกเมื่อได้รับยานอนหลับ

5.3.4 ความรู้สึกเมื่อได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

5.3.5 ความรู้สึกขณะอยู่ในห้องผ่าตัด

5.3.6 ความรู้สึกขณะฟื้นจากฤทธิ์ยาสลบ

5.3.7 ความรู้สึกขณะอยู่ในสภาพแวดล้อมหลังผ่าตัดในห้องผู้ป่วย

5.3.8 ความรู้สึกเมื่อพบเห็นแผลผ่าตัด

5.3.9 ความรู้สึกเจ็บปวดของแผลผ่าตัด

5.3.10 ความรู้สึกขณะเคลื่อนไหว ขณะไอขับเสมหะ

5.3.11 ความรู้สึกเมื่อได้รับยาแก้ปวด

5.4 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (recovery instruction) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยลักษณะของข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ จะก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดี และผู้ป่วยสูงอายุสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดความทุกข์ทรมานและลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่

5.4.1 การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (early ambulation) เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนเรื่องท้องอืดและเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต เมื่อแพทย์อนุญาตให้เคลื่อนไหวได้ ผู้ป่วยควรพลิกตะแคงซ้าย-ขวา บ่อยๆ และลุกขึ้นจากเตียงโดยเร็ว

5.4.2 การหายใจเข้า-ออกลึกๆ (deep breathing) เพื่อป้องกันอาการปอดแฟบหลังการผ่าตัดช่องท้องหรือผ่าตัดช่องอก (ในระยะที่รู้สึกตัวดีหลังผ่าตัด) ผู้ป่วยควรหายใจเข้าลึกๆ ให้เต็มที่แล้วจึงปล่อยลมหายใจออกอย่างช้าๆ ควรทำประมาณ 10 ครั้ง ทุกๆ 1-2 ชม.

5.4.3 การไอขับเสมหะ (coughing) ถ้ามีเสมหะในลำคอ ให้ไอเอาเสมหะออกให้สุดหายใจเข้าออก ลึกๆ ยาว 4-5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้สุดเข้าเต็มที่ กลั้นไว้แล้ว

ไอลออกมาควรรใช้มือหรือหมอนนุ่มๆประคองแผลขณะไอ เพื่อลดอาการปวดแผลและป้องกันแผลแยกให้นั่งโน้มตัวไปข้างหน้า หรือครึ่งนั่งครึ่งนอน

5.4.4 การจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การเปลี่ยนท่านอน การทำจิตใจให้สบาย หรือการหาสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียง การอ่านหนังสือ การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เป็นต้น

5.4.5 การออกกำลังกาย (post-operative exercise) การออกกำลังกายทำได้ ไม่ควรยกของหนักหรือทำงานหนักที่ต้องใช้แรงมากๆ หรือใช้เวลานานในระยะ 8-12 สัปดาห์แรก ให้ออกกำลังกายที่ไม่หักโหมอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินครั้งละประมาณ 20-30 นาที

5.4.6 การดูแลแผล (wound care) ระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่เปิดผ้าปิดแผลผ่าตัดเอง เพราะจะนำเชื้อโรคเข้าสู่แผลผ่าตัดได้ไม่สะอาดหรือกาแผลผ่าตัดเพราะจะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่แผลผ่าตัดตามรอยถลอกของผิวหนังได้

5.4.7 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการพักผ่อน โดยพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงกิจกรรมเกี่ยวกับการออกแรงหรือการยกของหนัก

5.4.8 การรับประทานยา ต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งให้ครบและถูกต้องตามเวลา ขนาด ที่กำหนดไว้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา เมื่อกลับบ้านให้รับประทานยาตามแพทย์สั่งให้ครบ ห้ามซื้อยามารับประทานเอง

5.4.9 การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและมีคุณค่าอาหารสูง เช่น ปลา ไข่ นม ผักและผลไม้ เพื่อเสริมสร้างให้มีการสร้างเนื้อเยื่อทำให้แผลผ่าตัดหายเร็ว ร่างกายสามารถปรับคืนสู่สภาวะปกติได้เร็วขึ้น ควรดื่มน้ำสะอาด 6-8 แก้วต่อวัน

5.4.10 การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น แผลบวมแดง อักเสบ มีน้ำเหลืองหรือน้ำใสๆ ไหลซึมออกมาจากแผล มีไข้

5.5 ข้อมูลทั่วไป (general information) ซึ่งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม และตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง ลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้น และทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้นได้แก่

5.5.1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวล เช่น ระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

5.5.2 บุคคลหรือสถานที่ที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ

5.5.3 สภาพทั่วไปของโรงพยาบาล เช่น สถานที่ แผนผังโรงพยาบาล

5.5.4 การสาธิตให้ผู้ป่วยสามารถระบุระดับของความเจ็บปวดด้วยสายตา (VAS)

5.5.5 การมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัด (follow up) ให้ตรงตามวันและเวลาที่นัดไว้ทุกครั้ง เพื่อรับการตรวจประเมินสภาพและติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ ถ้าพบความผิดปกติจะได้แก้ไขหรือรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ กรณีที่มีความผิดปกติก่อนวันนัดให้มาพบแพทย์ทันที

6. การประเมินผลหลังการให้ความรู้

การประเมินผลการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวล ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ โดยประเมินความวิตกกังวลหลังการได้รับความรู้ตามแนวปฏิบัติ และประเมินระดับความพึงพอใจต่อการได้รับความรู้ตามแนวปฏิบัติ

6.1 โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุประเมินด้วยตนเองโดยใช้ แบบสอบถามความวิตกกังวลและความต้องการทราบข้อมูลก่อนผ่าตัด (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale: [APAIS]) ซึ่งนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย อภิญญา คุณชลลักษ์มี, ศิริพร ปิติมานะอารี และ ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ (2552)

6.2 การสังเกตสีหน้า, ท่าทาง, พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุและการสัมภาษณ์โดยพยาบาล

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิผล การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวล ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดการประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ของ สมาคมพยาบาลออนทารีโอ ประเทศแคนาดา (RNAO, 2002) โดยมีขั้นตอนของการใช้ 5 ขั้นตอน คือ 1) การเลือกแนวปฏิบัติ 2) การระบุวิเคราะห์และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้แนวปฏิบัติ 3) การประเมินความพร้อมของสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 5) การประเมินความสำเร็จการใช้แนวปฏิบัติ โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาจากแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่พัฒนาโดย วันทนีย์ ดิชรูปาน (2549) ซึ่งแนวปฏิบัติประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนให้ความรู้ 2) การให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลตามแนวปฏิบัติ และ 3) การประเมินระดับความวิตกกังวลหลังการให้ความรู้ซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกให้มีสาระสำคัญครอบคลุมและสอดคล้องกับมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยของสถาบันรับรองคุณภาพขององค์กรสุขภาพ (JCAHO, 2001) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การกำหนดคุณสมบัติผู้ป่วย 3) การประเมินผู้ป่วยก่อนให้ความรู้ 4) รูปแบบของการให้ความรู้ 5) เนื้อหาความรู้ก่อนผ่าตัดใหญ่ และ 6) การประเมินผลหลังการให้ความรู้ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ ผู้ศึกษาประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุ และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่