

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไว้ ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. การผ่าตัดใหญ่
 - 1.1 ประเภทของการให้ยาระงับความรู้สึก
 - 1.2 ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดใหญ่
 - 1.3 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่
2. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดใหญ่
 - 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 2.2 สาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่
 - 2.3 ระดับของความวิตกกังวล
 - 2.4 การตอบสนองของความวิตกกังวลต่อระบบต่างๆ ของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่
 - 2.6 ผลกระทบของความวิตกกังวลต่อในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่
 - 2.7 การให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่
3. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนเข้ารับการผ่าตัดใหญ่
 - 3.1 การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนเข้ารับการผ่าตัดใหญ่
 - 3.2 สาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนเข้ารับการผ่าตัดใหญ่

การผ่าตัดใหญ่

การผ่าตัดคือวิธีการรักษาโรค การบาดเจ็บหรือความผิดปกติ โดยใช้วิธีการกรีดตัดผ่านเข้าไปทางผิวหนังเพื่อสำรวจ ค้นหาหรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย (White & Duncan, 2002) โดยชนิดของการผ่าตัด แบ่งตามขนาดและความรุนแรงของความเสียหายและอันตรายต่อการรักษาประกอบด้วย

1. การผ่าตัดเล็ก (minor surgery) เป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยน้อย และระยะเวลาในการผ่าตัดสั้น อาจทำได้ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกหรือคลินิกและการระงับความรู้สึกอาจใช้วิธีการดมยาเฉพาะที่หรือการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (White & Duncan, 2002)

2. การผ่าตัดใหญ่ (major surgery) เป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยมากกว่าการผ่าตัดเล็ก ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน มักใช้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหรือการระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ การผ่าตัดใหญ่อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง เช่น การผ่าตัดระบบหัวใจและหลอดเลือด การผ่าตัดระบบประสาทและสมอง การผ่าตัดกระดูกและข้อ การผ่าตัดช่องท้อง การผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร การผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ การผ่าตัดเปลี่ยนตับหรือไต เป็นต้น (Lemone & Burke, 2004)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้กำหนดการศึกษาในผู้สูงอายุที่จะเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ชนิดวางแผนล่วงหน้า ซึ่งได้ให้ความหมายของการผ่าตัดใหญ่ในการศึกษานี้คือ

การผ่าตัดใหญ่ (major operation) คือการผ่าตัดชนิดรอได้ มีการวางแผนล่วงหน้า ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานมากกว่า 1 ชั่วโมงและอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอวัยวะบางส่วนของร่างกาย อาจมีการสูญเสียเลือดและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ประเภทของการให้ยาระงับความรู้สึก

การระงับความรู้สึกทำให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี ในการผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายจะต้องมีการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยทุกรายเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกและเกิดการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อ การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัด สามารถทำได้ 2 วิธีคือ 1) การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) และ 2) การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2545) ดังนี้

1. การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เป็นการทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกอย่างสมบูรณ์ ปฏิกริยาตอบสนองต่างๆ ของร่างกายหมดไป ไม่มีความเจ็บปวดตลอดเวลาที่ทำการผ่าตัด โดยใช้ยาที่มีฤทธิ์ระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือเรียกกันโดยทั่วไปว่ายาสลบ ซึ่งยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่ดีจะมีคุณสมบัติสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดการสลบได้เร็วและเป็นไปอย่างรวดเร็ว ไม่ทำให้เกร็ง กระตุก หรือกระสับกระส่าย สามารถฟื้นจากการสลบได้เร็ว (Phillip, Pastor, Bellow, & Leung, 2003) โดยมีการเปลี่ยนแปลงระดับความลึกของการสลบได้เร็ว ร่วมกับทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวได้อย่างเพียงพอ ขณะหลับ มีผลกระทบน้อยต่อการไหลเวียนเลือด ระบบการทำงานของหัวใจและระบบการหายใจ และมีขอบเขตความปลอดภัยในการใช้สูงและไม่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในขนาดของยาที่ใช้ ซึ่งประเภทของการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ตามวิธีการนำยาเข้าสู่ร่างกาย (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2545) ได้แก่

1.1 การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายโดยใช้ยาสลบแบบสูดดม (inhalation anesthesia) เป็นการบริหารยาเข้าสู่ร่างกายโดยการหายใจ สามารถผสมกับอากาศหรือออกซิเจนได้เมื่อเข้าถึงถุงลมปอด ยาจะซึมผ่านผนังถุงลมปอดเข้าสู่กระแสเลือดและถูกนำไปสู่สมองต่อไป จะเริ่มให้ยาสลบทางหลอดเลือดดำก่อนแล้วจึงสูดดมแก๊สหรือไอระเหยของสารที่ทำให้หมดความรู้สึก

1.2 การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายโดยใช้ยาสลบที่ให้ทางหลอดเลือดดำ (intravenous anesthesia) วิธีนี้ทำให้หมดความรู้สึกเร็ว ไม่ทำให้เกิดการระคายเคืองบริเวณทางเดินหายใจ แต่กดการหายใจ ใช้เป็นยานำสลบก่อนให้ยาสลบแบบสูดดม

2. การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) เป็นการระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ โดยการให้ยาชาสกัดกั้นหรือยับยั้งการทำงานของพลังประสาทส่วนปลายในบริเวณที่ต้องการระงับความรู้สึก ไปสู่สมองส่วนกลาง พลังประสาทที่ถูกสกัดกั้นได้แก่ พลังประสาทของประสาทรับความรู้สึก (sensory nerve) ส่วนพลังประสาทของประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหว (motor nerve) อาจถูกสกัดกั้นหรือไม่ก็ได้ ขึ้นกับวิธีการให้ยาชา การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกเจ็บปวดหรืออาจมีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อไปด้วย โดยที่ผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวอยู่ตลอดเวลาที่ทำการผ่าตัด การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนสามารถทำได้หลายวิธี (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2545) ได้แก่

2.1 การฉีดยาชาเฉพาะที่ (local anesthesia)

2.2 การให้ยาชาบริเวณผิวเยื่อเมือก (topical anesthesia)

2.3 การฉีดยาชาทางหลอดเลือดดำ (intravenous regional anesthesia)

2.4 การฉีดยาชาเพื่อสกัดกั้นเส้นประสาทหรือกลุ่มประสาท (nerve or nerve plexus block)

2.5 การฉีดยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังและช่องเหนือดูรา (spinal and epidural anesthesia)

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดใหญ่

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเป็นผลจากการได้รับยาก่อนและหลังผ่าตัด และระยะเวลาในการผ่าตัด (Linton & Maebuis, 2003) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุจะไม่มีแตกต่างจากวัยอื่นๆ แต่เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุแล้วจะมีความรุนแรงกว่าวัยอื่นๆ จากการศึกษาของอะรินอลและเบนโกสเซีย (Arenal & Bengoechea-Beeby, 2003) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปี เกิดความพิการได้ร้อยละ 29 ได้รับการผ่าตัดซ้ำร้อยละ 6 และเสียชีวิตร้อยละ 19 โดยภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนเลือด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบไหลเวียนเลือดในผู้ป่วยสูงอายุได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของอะรินอลและเบนโกสเซีย (Arenal & Bengoechea-Beeby, 2003) พบว่า อุบัติการณ์ของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 7 และในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11 เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนเลือด และในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวคือ มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระหว่างผ่าตัด เนื่องจากขณะเริ่มมีการดมยาสลบทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดลดลง ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างบีบตัวเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจึงเพิ่มขึ้น

2. ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร พบในผู้ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 70-80 เนื่องจากมีปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้แก่ ความกลัว กลิ่น ความเจ็บปวด ผลข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีน (morphine) และเพ็ทิดีน (pethidine) (Arenal & Bengoechea-Beeby, 2003) นอกจากนี้อุบัติการณ์การเกิดอาการอื่นแน่นอนที่อาจเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากกระบวนการสูงอายุที่มีการทำหน้าที่ของอวัยวะในทางเดินอาหารลดลง

3. ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากในวัยสูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจได้แก่ การทำหน้าที่ของร่างกายลดลงก่อนผ่าตัด โรคร่วม เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไตและโรคหลอดเลือดสมอง การมีประวัติการสูบบุหรี่ การมีประวัติการติดเชื้อทางเดิน

หายใจ และมีระยะเวลาในการผ่าตัดและดมยาสลบนาน (Roteano, Calligaris, Pozzetto, Cibi, & Bortul, 2002)

4. ภาวะแทรกซ้อนจากแผลผ่าตัด เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อการอักเสบ น้อย มีการสังเคราะห์คอลลาเจนลดลง การสร้างเซลล์อิพิทีเลียมลดลง มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ได้ช้า เนื่องจากผนังหลอดเลือดหนา การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลน้อย ทำให้เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด แผลแยก แผลหายช้า (Kane, Miller, Bercik, Orozco, & Ong, 2012)

5. ภาวะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัด เกิดจากการคาสายสวน ปัสสาวะนานกว่า 72 ชั่วโมง และผลจากยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้มีการค้างของปัสสาวะ เนื่องจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกกดการทำงานของระบบประสาทและรีเฟล็กซ์ของการปัสสาวะ (Sieber, & Barnett, 2011)

6. ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด โดยพบอุบัติการณ์คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดทั้งหมด ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันแบ่งได้ 3 ระยะ (Robinson et al., 2009) 1) ระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วยภาวะโภชนาการไม่ดี การทำหน้าทีของร่างกายบกพร่อง มีประวัติโรคเบาหวาน การมองเห็น การรับรู้ผิดปกติ การสูญเสียเลือดมาก ประวัติซึมเศร้า สมองเสื่อม 2) ระหว่างผ่าตัด ประกอบด้วย ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว ภาวะขาดออกซิเจน 3) ระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย ภาวะขาดออกซิเจน อาการปวดแผลผ่าตัด ปัญหาความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ซึ่งกลไกการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเกิดจากสมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้ระดับของสารสื่อประสาทโดยเฉพาะอะเซทิลโคลีนในสมองลดลง ประกอบกับภาวะเครียดจากการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก ทำให้ระดับคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ที่ผิดไปจากเดิม

เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้การฟื้นสภาพหลังการผ่าตัดล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและความเครียด การเตรียมความพร้อมด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดจะสามารถช่วยลดปัจจัยส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

การพยาบาลผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่

การพยาบาลผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด (Linton & Maebius, 2003) ดังนี้

1. ระยะเวลาก่อนผ่าตัด (pre-operative) คือเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยสูงอายุตัดสินใจรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด และรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล เข้าสู่หอผู้ป่วยจนกระทั่งส่งผู้ป่วยสูงอายุไปยังห้องผ่าตัดเป็นช่วงเวลาของการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจรวมถึงการอนุญาตผ่าตัดด้วย

การให้การพยาบาลในขณะนี้จึงประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง อธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด สิ่ง que ผู้ป่วยสูงอายุต้องประสบในแต่ละระยะของการผ่าตัด รวมทั้งการระงับความรู้สึกที่จะได้รับขณะผ่าตัด การเตรียมผิวหนังที่จะผ่าตัดและการซักถามข้อมูลต่างๆ เพื่อการผ่าตัด การส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดและการพยาบาลผู้ป่วยในห้องรอผ่าตัดเป็นต้น ซึ่งการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุให้พร้อมก่อนผ่าตัดใหญ่โดยพยาบาลห้องผ่าตัดจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถจัดการกับสภาวะทางอารมณ์หรือปัญหาด้านจิตใจก่อนผ่าตัดใหญ่และช่วยส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

2. ระยะเวลาผ่าตัด (intra-operative) ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยถูกนำเข้าห้องผ่าตัดสู่เตียงผ่าตัดจนการผ่าตัดเสร็จสิ้นและส่งผู้ป่วยสูงอายุไปยังห้องพักฟื้น การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุในระยะเวลาจะเป็นการดูแลโดยวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัด การพยาบาลในระยะเวลาผ่าตัดนี้พยาบาลจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย การจัดทำผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัดและจากการได้รับยาระงับความรู้สึก จึงต้องมีการแก้ไขและติดตามประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ ระบบหัวใจ และหลอดเลือดอย่างใกล้ชิด ขณะอยู่ในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น

3. ระยะเวลาหลังผ่าตัด (post-operative) เวลานี้นับตั้งแต่การผ่าตัดเสร็จสิ้นจนดูแลในห้องพักฟื้นและสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยสูงอายุกลับบ้าน การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาประกอบด้วย การประเมินข้อมูลการผ่าตัดที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับ ชนิดของยาระงับความรู้สึก อาการเปลี่ยนแปลงระหว่างที่ได้รับยาระงับความรู้สึก สัญญาณชีพและอาการของผู้ป่วย การเฝ้าระวังความเปลี่ยนแปลงและการให้การพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และในระยะต่อมา เป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และส่งเสริมให้มีการฟื้นสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ดังนั้นการเตรียมความพร้อมด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดจะสามารถช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถเผชิญและจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามขณะเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ได้อย่างเหมาะสม

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดใหญ่

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ จะไม่มีความแตกต่างจากความวิตกกังวลในวัยอื่นๆ แต่หากมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุได้รุนแรงกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อม ทำให้มีความสามารถในการชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การที่ผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ถ้าต้องรับการผ่าตัดใหญ่ อาจต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าวัยอื่นๆ (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2004) แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลได้เริ่มต้นอธิบายด้วยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ (Freud, 1958) ซึ่งกล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีลักษณะหวาดหวั่น ตึงเครียด ขุ่นยากและไม่เป็นสุขที่เกิดจากแรงผลักดันภายใน (id) ที่ไม่สามารถตอบสนองต่อซุเปอร์อีโก้ (superego) ทำให้เกิดปฏิกิริยา “สู้หรือหนี” (Fight or Flight) เมื่อเผชิญต่อสถานการณ์คุกคามนั้น ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่คนเรารู้สึกและรู้จัก เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล (subjective experience) ที่ผู้อื่นไม่สามารถล่วงรู้ได้ว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลนั้นมีความรู้สึกอย่างไร ในการอธิบายถึงความวิตกกังวล กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นเสมือนหนึ่งสัญญาณอันตรายของจิตใจที่บอกเตือนบุคคลว่าเริ่มมีความไม่สมดุลเกิดขึ้นในจิตใจ บุคคลมีความจำเป็นที่ต้องกระทำการบางอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อรักษาระดับสมดุลทางอารมณ์เอาไว้ ความวิตกกังวลจึงมีลักษณะคล้ายความเจ็บปวด ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนภัยของร่างกายและมีลักษณะเป็นประสบการณ์อารมณ์ของบุคคลที่ผู้อื่นไม่อาจล่วงรู้ได้เลยว่าบุคคลมีความเจ็บปวดแบบใด นอกจากอาศัยการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางของบุคคลหรืออาศัยจากประสบการณ์เดิม ความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก การพลัดพรากในวัยเด็ก การเลี้ยงดูที่เข้มงวดมากเกินไป ซึ่งความวิตกกังวลตั้งแต่วัยเด็กจะเป็นประสบการณ์ส่งผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล (Spielberger, 1976)

ชนิดของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลตามแนวคิดของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1976) มี 2 ชนิดคือ

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety or A-State) คือความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นกับบุคคลโดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ขณะนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ความกดดันของเหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งความขัดแย้งที่มีอยู่ซึ่งบุคคลไม่อาจหยุดความคิดคาดการณ์ที่เกินความเป็นจริงได้ ทำให้รู้สึกมี

ความตึงเครียด ไม่สุขสบาย หวั่นวิตก กระวนกระวาย มีการแสดงออกชัดเจน ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดปกติไปจากเดิม ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานนิสัยวิตกกังวลที่ประกอบอยู่ในบุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีต

2. ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety or A-Trait) คือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบอยู่เป็นพื้นฐานอารมณ์มีลักษณะค่อนข้างคงที่ ไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของภาวะวิตกกังวลขณะเผชิญ

สาเหตุของความวิตกกังวลในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่

สาเหตุของความวิตกกังวลในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ สามารถสรุปได้ดังนี้ (दारारวรรณ คีปะปิตตา, 2538)

1. การต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อม หรือสถานที่ใหม่และกลุ่มคนใหม่ที่ตนไม่รู้จักหรือคุ้นเคย เช่น สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ในหอผู้ป่วย ในห้องผ่าตัดและเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการศึกษาของโอเบอลี, ไวร์, พอล, และ เกรซ (Oberle, Wry, Paul, & Grace, 1990) ที่ศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน พบว่าในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันมีผลทำให้ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกัน

2. การต้องเผชิญกับขั้นตอนกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ และความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันที่คุ้นเคย เช่น การเตรียมบริเวณผ่าตัด การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ การงดน้ำและอาหารทางปาก การสวนอุจจาระ การคาสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

3. การต้องเผชิญกับการผ่าตัด และการคาดคะเนถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการผ่าตัดของผู้สูงอายุ

4. การต้องเผชิญกับปัญหาส่วนตัว เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง กลัวการไม่ยอมรับจากบุคคลอื่น เป็นต้น ซึ่งเป็นผลมาจากการต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

5. การคิดล่วงหน้าไปถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองจากการผ่าตัด เช่น การสูญเสียเลือดมากขณะผ่าตัด ไม่ฟื้นจากการดมยาสลบ การเจ็บปวดที่รุนแรงภายหลังการผ่าตัด ร่างกายมีการสูญเสียภาพลักษณ์ เป็นต้น

6. การเผชิญกับการไม่รู้ เช่น ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรกับตนบ้างเมื่อเข้ารับการผ่าตัด จะได้รับการพยาบาลอย่างไรบ้าง ทำไม่ต้องปฏิบัติเช่นนั้น เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดที่พบได้บ่อย

การผ่าตัดเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ กระตุ้นให้เกิดความกลัวและวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ หากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุก่อนเข้าการผ่าตัดไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดอาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลทำให้เกิดผลกระทบต่อกรฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้

ระดับของความวิตกกังวล (The degree of anxiety)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละครั้งนั้นมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้น เหตุการณ์และความหมายของเหตุการณ์ บุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ ถ้าเป็นบุคคลที่หวั่นไหวง่ายเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยก็ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในระดับรุนแรงได้ ซึ่งสามารถอธิบายถึงระดับของความวิตกกังวลได้ดังนี้ (Spielberger, 1976)

ระดับเล็กน้อย (mild anxiety) คือ ระดับความวิตกกังวลเล็กน้อย ซึ่งมีผลทำให้บุคคลตื่นตัวขึ้น ทำทางกระชับกระเเงดี ว่องไวดี มีการรับรู้ดีขึ้น การจดจำมากขึ้น ทั้งนี้เพราะประสาทรับรู้ทั้ง 5 มีการตื่นตัวพร้อมที่จะรับสิ่งกระตุ้นนั่นเอง

ระดับปานกลาง (moderate anxiety) คือ ภาวะที่มีความวิตกกังวลในระดับกลางๆ บุคคลในภาวะนี้จะมีการตื่นตัวมากขึ้น ทำทางกระชับกระเเงมากขึ้น ว่องไวมากขึ้นจนเกือบจะลุดลุดกลน การรับรู้จะถูกจำกัดให้แคบลง ให้อยู่ในขอบเขตสิ่งกระตุ้นที่ตนเองสนใจ สิ่งกระตุ้นอื่นๆ นอกเหนือไปจากนี้ จะถูกขจัดออกไป ซึ่งความวิตกกังวลในระดับนี้จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง จะต้องกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อขจัดพลังงานส่วนเกินนี้เสียก่อน เช่น อาจลุกเดิน หรือทำงานที่ต้องใช้แรงเสียก่อนจึงจะมีสมาธิได้

ระดับรุนแรง (severe anxiety) คือความวิตกกังวลระดับที่มีความรุนแรงขึ้นทำให้บุคคลอยู่ไม่นิ่ง เพราะพลังงานจะเกิดขึ้นมาก บุคคลในภาวะนี้จะกระสับกระส่ายอย่างเห็นได้ชัดเจน ลุดลุดกลนมากขึ้น อาจจะพูดมากและเร็วขึ้น หรือตรงกันข้ามอาจจะพูดไม่ออกเลย เสียงอาจสั้นรัว การรับรู้แคบลงมาก

ระดับรุนแรงที่สุด (panic) คือระดับความวิตกกังวลในระดับที่รุนแรงที่สุด เป็นภาวะที่เรียกได้ว่า ตื่นกลัวสุดขีด ทำให้บุคคลมีพลังงานเกิดขึ้นมากที่สุด และจะสามารถทำสิ่งที่ยามปกติหรือบุคคลปกติทั่วไปทำไม่ได้ หรือในทางตรงข้ามผู้ที่ตื่นกลัวสุดขีดอาจจะหมดแรงได้ ในภาวะนี้ประสาทสัมผัส

ทั้ง 5 จะทำงานได้ไม่เต็มที่ การรับรู้จะน้อยมาก ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บางครั้งอาจประสาทหลอนจนเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นได้

การแบ่งระดับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่จะไม่มี ความแตกต่างจากวัยอื่นๆ ซึ่งระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลจะขึ้นอยู่กับสิ่งที่มากระตุ้น หากผู้ป่วยสูงอายุมีระดับความวิตกกังวลสูง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง (พรเพ็ญ วงศ์คำแน่น, 2551) ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้สูงอายุและการผ่าตัดได้ (Linton & Maebius, 2003)

การตอบสนองของความวิตกกังวลต่อระบบต่างๆ ของผู้ป่วยสูงอายุ

ในขณะที่มีความวิตกกังวล จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกายเพื่อตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และสามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เกิดขึ้นจากระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการต่างๆ เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น อ่อนเพลีย ปากแห้ง ตัวสั่น ปัสสาวะบ่อย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก ร้อนๆ หนาวๆ เป็นต้น (คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2538)

2. การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเกิดความวิตกกังวลจะกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟริน (epinephrine) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิกฮอร์โมน (adrenocorticotrophic hormone) เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น ซึ่งอิพิเนฟรินจะมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจสูงขึ้นเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้และหัวใจเต้นผิดปกติได้ ส่วนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิกฮอร์โมน (adrenocorticotrophic hormone) จะกระตุ้นให้เนื้อเยื่อส่วนแกนของต่อมหมวกไต (adrenal cortex) หลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (aldosterone) และคอร์ติซอล (cortisol) ซึ่งจะมีผลต่อการขับและดูดซึมโซเดียมและโปรแตสเซียมในร่างกาย นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ร่างกายมีการสลายไกลโคเจนในตับและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทำให้กระบวนการเผาผลาญในร่างกายมีระดับสูงกว่าปกติ (สุพรพิมพ์ เกียรติกุล, สุพัตรา โล่ห์ศิริวัฒน์, และ วัฒนา วัฒนาภา, 2539)

3. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ จะมีการแสดงออกคือ หงุดหงิดง่าย ตกใจง่าย โกรธง่าย กระสับกระส่าย โศกเศร้าเสียใจ ร้องไห้ง่าย ขาดความอดทน (สุพรพิมพ์ เกียรติกุล และคณะ, 2539)

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำและการรับรู้ ความวิตกกังวลมีผลทำให้การตัดสินใจไม่ดี ไม่มีสมาธิ ความคิดติดขัด มีแรงสับสนและการคิดบิดเบือนความจริง หลงใหลง่าย การรับรู้ผิดพลาดและสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง การพูดติดขัด การรับรู้ผิดพลาด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สวินเดน (Swindale, 1989) ที่พบว่าความวิตกกังวลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ทำให้การเรียนรู้และการจำลดลง เมื่อให้คำแนะนำด้วยการพูดเพียงอย่างเดียวจะทำให้ข้อความที่แนะนำถูกลืมร้อยละ 50-60 ทั้งนี้เป็นเพราะระบบเรติคูลาร์ แอติเวติง (reticular activating system) ไม่สามารถคัดเลือกรับและกลั่นกรองข้อมูลที่ได้รับซึ่งเป็นผลมาจากความวิตกกังวลของผู้ป่วยนั่นเอง

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความวิตกกังวลในระดับแตกต่างกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเหตุการณ์ และปัจจัยได้เศรษฐกิจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วยความแตกต่างของบุคคล ในคุณลักษณะของบุคคล เช่น เพศ อายุ และการศึกษา (สุนีย์ จันทน์มหเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2549) ดังนี้

1.1 เพศ มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลมากจากการหลังฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีการตอบสนองต่อความวิตกกังวลแตกต่างกัน โดยเพศหญิงจะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าเพศชาย (Kranke et al., 2007)

1.2 อายุ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพ การมีอายุมากขึ้น ประสบการณ์ในชีวิตมากและวุฒิภาวะที่สูงขึ้น ประกอบกับการมีความสามารถในการไตร่ตรองเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีความเชื่อในการควบคุมสถานการณ์ของตนเองมากและสามารถเลือกวิธีการในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม

1.3 การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของบุคคล จากการศึกษาของ อารีรัตน์ ภิรมย์วงศ์ (2544) ศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบการเตรียมก่อนผ่าตัดประเภทพักอยู่ในโรงพยาบาลหนึ่งวัน พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาเลยมีระดับความวิตกกังวลสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตามลำดับ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวมีความขัดแย้งกับการศึกษาของ สุนีย์ จันทน์มหเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์ (2549) ที่ทำการศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่าการศึกษาที่แตกต่างกันไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลต่างกัน

2. ปัจจัยด้านเหตุการณ์ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ เวลาในการเกิดสถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วย ความรุนแรงของโรค บริเวณที่ผ่าตัด ประสบการณ์ในการผ่าตัด เป็นต้น

2.1 ระดับความรุนแรงของโรค บุคคลที่มีระดับความรุนแรงของโรคมักย่อมมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง ซึ่งการรักษาจะมีความซับซ้อนไปตามความรุนแรงของโรค ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความกลัว จนไม่สามารถรับรู้คำแนะนำของพยาบาลหรือแพทย์ที่ให้การดูแล ทำให้ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมักจะมีระดับของความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า

2.2 บริเวณที่ผ่าตัด จากการศึกษาของ อูรวาดิ เจริญไชย (2541) พบว่าบริเวณผ่าตัดที่มีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมอ ตับ การผ่าตัดอวัยวะที่เป็นสัญลักษณ์หรือเกี่ยวกับภาพลักษณ์ เช่น เต้านม อวัยวะเพศ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าอวัยวะอื่นๆ

2.3 ประสบการณ์ผ่าตัด ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อนจะสามารถประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามประสบการณ์ที่ได้ประสบมาก่อน ซึ่งหากผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ในทางลบกับการผ่าตัดจะทำให้ระดับความวิตกกังวลในการผ่าตัดในครั้งต่อมาสูงขึ้น (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2540) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) ที่พบว่าการมีประสบการณ์ในการผ่าตัดไม่ได้ทำให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยแตกต่างกัน เนื่องจากประสบการณ์จากการผ่าตัดเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ แล้วหายไป

3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่าสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการรักษาได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า (สุนีย์ จันทรมหเสถียรและ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2549) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาของ ขนิษฐา นาคะ (2534) ที่พบว่าปัจจัยปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยไม่มีผลต่อความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย

ผลกระทบของความวิตกกังวลต่อในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้ในทุกระยะของการผ่าตัด ได้แก่

1. ระยะก่อนผ่าตัด

ผลจากการที่ร่างกายตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทำให้ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้สูงอายุจะมีชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิตจึงสูงขึ้นและหากความดันโลหิตและชีพจรอยู่ในระดับสูงผิดปกติ (Carr, Brockbank, Allen, & Strick, 2006) จะทำให้ความเสี่ยงจากการได้รับยาระงับความรู้สึกสูงขึ้น เป็นผลให้ต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไป หรือผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อจิตใจทำให้ผู้สูงอายุไม่มั่นใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางอารมณ์จะทำให้ผู้สูงอายุขาดสติในการพิจารณาไตร่ตรองการแก้ปัญหา ทำให้ตัดสินใจพลาด ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้

2. ระยะผ่าตัด

ความวิตกกังวลในระยะนี้จะทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้ปริมาณของยาระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้น จึงเสี่ยงต่อการได้รับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกมากขึ้น มีผลต่อการฟื้นจากยาระงับความรู้สึกช้าลงและขณะผ่าตัดผลของความวิตกกังวลจะทำให้มีระดับความดันโลหิตสูงและทำให้เกิดการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดได้มากขึ้น (Osborn & Sandler, 2004)

3. ระยะหลังผ่าตัด

ความวิตกกังวลในระยะหลังผ่าตัดจะทำให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดมากขึ้นและมีความต้องการยาระงับปวดมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาปริมาณมาก เช่น การกดการหายใจ อาจทำให้อัตราการหายใจต่ำลงจนเป็นสาเหตุให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำได้ (Lemone & Burke, 2004) นอกจากนี้ความวิตกกังวลมีผลต่อระบบทางเดินอาหารคือ ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน อึดแน่นท้อง รวมทั้งส่งผลให้มีการสังเคราะห์คอเลสเตอรอลได้ช้าลง ทำให้แผลหายช้า นอกจากนี้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลงทำให้มีโอกาสติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดได้ง่าย ทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (Chang, Calligaro, Lomberdi, & Dougherty, 2003)

ผลจากความวิตกกังวลข้างต้นเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ทำให้มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตหลังผ่าตัดได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่

การให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสามารถทำได้อย่างอิสระ โดยอาศัยองค์ความรู้และความสามารถในการให้ข้อมูล โดยการรับรู้ข้อมูลของผู้สูงอายุจะขึ้นอยู่กับวิธีการและวิธีการให้ข้อมูลจากพยาบาล โดยหลักในการให้ข้อมูลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ (ประณีต สงวัฒนา, 2547) มีดังนี้

1. ประเมินสภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดในการรับรู้ เนื่องจากข้อจำกัดดังกล่าวมีผลต่อความตั้งใจและทำให้ความสามารถในการจดจำและการรับรู้น้อยลง ผู้ให้ข้อมูลจึงควรมีการประเมินการรับรู้และประสาทสัมผัสของผู้สูงอายุและปรับเปลี่ยนแนวทางในการให้ความรู้ให้มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุแต่ละคน
2. ประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละคน ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยสูงอายุแต่ละคนมีความสามารถในการเรียนรู้และมีความต้องการข้อมูลที่แตกต่างกัน
3. กำหนดเวลาที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การให้ข้อมูลในเวลากลางวัน ช่วงบ่าย หรือเย็นก่อนวันผ่าตัด หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลในวันผ่าตัดหรือให้ก่อนผ่าตัดไม่กี่ชั่วโมง เพราะผู้สูงอายุอาจไม่พร้อมรับฟัง เนื่องจากมีความวิตกกังวลสูงและไม่สามารถจดจำข้อมูลได้
4. ให้ข้อมูลในลักษณะที่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถรับรู้ได้จากหลายช่องทาง จึงควรวางแผนการให้ข้อมูล รวมทั้งเลือกสื่อหรืออุปกรณ์ที่ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ
5. ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นข้อมูลที่ชัดเจน มีรูปภาพแสดง ไม่สับสน ภาษาต้องชัดเจน เข้าใจง่าย ควรเป็นข้อมูลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้และข้อเท็จจริงมากกว่าความคิดเห็น และเป็นข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด
6. ใช้เวลาในการสอนหรือให้ข้อมูลเป็นเวลาสั้นๆ และให้โอกาสในการซักถามหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หากเป็นเรื่องของการปฏิบัติ ควรให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ทดลองปฏิบัติ
7. การให้ข้อมูลควรกำหนดเป็นมาตรฐานหรือรูปแบบเดียวกัน หรือเป็นระบบที่ถูกต้องเชื่อถือได้ ไม่มีความซ้ำซ้อนหรือมีการให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกันของทีมสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความสับสนได้
8. การให้ข้อมูลสามารถให้เป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มได้ตามความเหมาะสม หากสอนเป็นรายกลุ่ม ควรเลือกกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกันและจำนวนผู้ป่วยสูงอายุนั้นไม่ควรเกิน 5 คน

9. การให้ข้อมูลควรอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยเสริมให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล โดยสนับสนุนให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่เริ่มให้ข้อมูล

10. ตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยสูงอายุในการได้รับข้อมูล และจริยธรรมในทุกขั้นตอน โดยผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยสูงอายุตัดสินใจที่จะเข้ารับการผ่าตัด จนกระทั่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ตลอดจนถึงระยะพักฟื้นทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน

ลักษณะของข้อมูลให้ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่

ลักษณะของข้อมูลให้ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภทคือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนหรือวิธีการ (procedural information) 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (behavioral information) 3) ข้อมูลทั่วไป (general information) และ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (sensory information) ดังนี้ (ประณีต สงวัตินา, 2547)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนหรือวิธีการ (procedural information) เป็นข้อมูลที่บอกเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์และวิธีการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุขณะรอผ่าตัดใหญ่ ซึ่งรวมถึงกิจกรรมต่างๆ ที่บุคลากรห้องผ่าตัดปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถควบคุมความรู้สึกนึกคิดและมีความเข้าใจต่อสถานการณ์ (cognitive control) ได้ดี มีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องของข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรค อาการ การรักษาโดยการผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ ทั้งทางด้านร่างกาย และการเตรียมทางด้านจิตใจ เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุระหว่างรอผ่าตัดจนกระทั่งผ่าตัดเสร็จ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพและการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดใหญ่ (Chet, 2005)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (behavioral information) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดใหญ่ ทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยลักษณะของข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ ก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีและผู้ป่วยสูงอายุสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดความทุกข์ทรมานและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ (Pasero & Belden, 2006) ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (early ambulation) การหายใจเข้า-ออกลึกๆ (deep breathing) การไอขับเสมหะ (coughing) การจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การดูแลแผล (wound care) การพักผ่อน การรับประทานยา การรับประทานอาหาร ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถควบคุมพฤติกรรม (behavioral control) ที่ควรปฏิบัติเกี่ยวกับการผ่าตัดใหญ่ได้ดี และข้อมูลที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องการขณะรอ

ผ่าตัด ได้แก่ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รองลงมาคือความต้องการทราบวิธีบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (Potter & Perry, 2007)

3. ข้อมูลทั่วไป (general information) การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง ลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นและทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ระยะเวลาที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

4. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นจากการเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุสามารถคาดการณ์ถึงความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นขณะเข้ารับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ได้รับมาอย่างถูกต้องและชัดเจน

การให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ ควรประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนหรือวิธีการเกี่ยวกับการผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก และข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับการผ่าตัดใหญ่เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดภาพรวมของความคิด แปลความหมายของเหตุการณ์ได้และสามารถควบคุมเหตุการณ์และลดปฏิกิริยาตอบสนองความวิตกกังวลได้

การประเมินความวิตกกังวล

วิธีการประเมินความวิตกกังวลมีหลายวิธี ดังนี้

1. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ (physiological measures of anxiety) โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ 2 ด้าน คือ 1) ระบบซิมพาเทติก ซึ่งทำหน้าที่ในการให้พลังงานและช่วยด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อหลีกเลี่ยงหรือเผชิญกับความวิตกกังวล โดยสังเกตจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเช่น หน้าแดง เหงื่อออก อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น การหายใจเร็วขึ้น เป็นต้น (Mitchell, 2003) และ 2) ระบบพาราซิมพาเทติก ซึ่งทำหน้าที่ตรงกันข้าม เพื่อปรับภาวะที่ระบบซิมพาเทติกทำหน้าที่มากเกินไป

2. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (behavior measures of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแสดงออกทางพฤติกรรม โดยการสังเกตการณ์เคลื่อนไหว คำพูด ความ

สอดคล้องกันในการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายใน เช่น การเคลื่อนไหว การพูด กระสับกระส่าย เสียงสูงหรือเสียงดัง การถอนหายใจ เป็นต้น

3. การประเมิน โดยใช้แบบประเมินด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety) เป็นการ ใช้แบบสอบถาม โดยให้ผู้ถูกประเมินตอบคำถามจากแบบประเมินตามความรู้สึกของตนเองที่รับรู้ ซึ่งแบบประเมินความวิตกกังวลที่นิยมใช้ได้แก่

3.1 แบบประเมินความวิตกกังวล สเตท-เทรท (State-Trait Anxiety Inventory [STAI]) ของ สปีลเบอเกอร์ (Spielberger, 1976) เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวล 2 ประเภทคือ

3.1.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบสเตท (State Anxiety หรือ A-state) คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์หนึ่งๆ ที่เกิดขึ้นชั่วคราว เมื่อมีเหตุการณ์ หรือสิ่งกระตุ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตอบสนองที่สามารถสังเกตได้ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนหนึ่งมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลแฝงและประสบการณ์ในอดีต

3.1.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait Anxiety หรือ A-trait) คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกทั่วไปของบุคคลในทุกสถานการณ์ เป็นความวิตกกังวลที่คงที่ของแต่ละบุคคลไม่แสดงออกมาในลักษณะพฤติกรรม เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีต

3.2 แบบประเมินความวิตกกังวล เซลฟ์ เรตติ้ง สเกล (self-rating Anxiety Scale [SAS]) ของวิลเลียม ดับบลิว เค ซุง (William W. K. Zung) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวล โดยให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง สามารถแบ่งระดับของความวิตกกังวลได้ ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกวิตกกังวลหรือพฤติกรรมแสดงออกจำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) (Salzman & Lebowitz, 1991)

3.3 แบบประเมินความวิตกกังวล โดยการประเมินค่าด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS]) ของ การ์เบอร์สัน (Garberson, 1991) เป็นมาตรวัดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนความยาว 10 เซนติเมตร ปลายปิดทางด้านซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึก “ไม่มีความวิตกกังวล” และระดับความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้น ไปทางขวามือ จนถึงปลายปิดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึก “มีความวิตกกังวลมากที่สุด”

3.4 แบบสอบถามความวิตกกังวลและความต้องการทราบข้อมูลก่อนผ่าตัด (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale [APAIS]) ของ โมว์แมน และคณะ (Moerman et al., 1996) ประกอบด้วย 6 คำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลด้านการระงับความรู้สึก 2 ข้อคำถาม

เกี่ยวกับความวิตกกังวลด้านการผ่าตัด 2 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการทราบข้อมูลด้านการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด 2 ข้อ แบบทดสอบนี้ได้รับการทดสอบความเชื่อมั่นโดย อุบลรัตน์ ชุ่มมะโน (2554) นำไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยสูงอายุก่อนเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .88

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบประเมินด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลและความต้องการทราบข้อมูลก่อนผ่าตัด (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale [APAIS]) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ เพราะเป็นคำถามสั้นๆ มีจำนวนข้อคำถามน้อยและเข้าใจได้ง่าย สอดคล้องกับสถานการณ์โดยเป็นแบบประเมินความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดโดยตรงและแบบประเมิน APAIS ได้รับการทดสอบแล้วว่ามี ความเที่ยงตรงและสัมพันธ์กับ STAI สามารถใช้แทนกันได้ (Berth, Petrowski, & Balck, 2007) โดยแบบประเมิน APAIS ฉบับภาษาไทยแปลโดย อภิญญา กุณฑลลักษ์มี และคณะ (2552)

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยสูงอายุก่อนเข้ารับการผ่าตัดใหญ่

การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุ
ก่อนผ่าตัดใหญ่

แนวคิดของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice [EBP]) ในการให้การพยาบาล มีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้บริการด้านสุขภาพ ทั้งนี้มีเครื่องมือที่สำคัญคือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines [CPGs]) ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยจะสามารถเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลประสบผลสำเร็จได้ถ้าได้รับการสนับสนุนทั้งการวางแผนที่เหมาะสม ทรัพยากรที่เพียงพอจากผู้ที่เกี่ยวข้อง แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2551) ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่เป็นระบบไปในทิศทางเดียวกัน มีมาตรฐานในการปฏิบัติ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา มีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และทำให้มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

2. ด้านผู้ประกอบการวิชาชีพ ทำให้เกิดการดำเนินงานเป็นทีม มีโอกาสร่วมปรึกษาหารือและทบทวนความรู้ซึ่งกันและกัน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน เป็นแนวทางที่ช่วยในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงาน

3. ด้านองค์กรวิชาชีพ ทำให้มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการจากผู้ปฏิบัติงานจริง เพิ่มคุณค่าในการดูแลผู้ป่วยและใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินจากภายนอกองค์กร เพื่อเพิ่มคุณภาพของการบริการได้

4. ด้านโรงพยาบาลและผู้บริหาร ส่งเสริมความมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพ ลดค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงอายุสูงสุด เนื่องจากเป็นแนวทางที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นมาตรฐานและการปฏิบัติกรพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่งเสริมให้เกิดการดำเนินงานเป็นทีม จะสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ความพึงพอใจในผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น

ขั้นตอนของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ (guideline implementation) โดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของการบริการหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้ขั้นตอนการประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสมาคมพยาบาลออสเตรียโอ ประเทศแคนาดา (RNAO, 2012) โดยมีขั้นตอนของการใช้ 6 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การระบุปัญหา ทบทวนปัญหา และการเลือกใช้แนวปฏิบัติ (Identify, review, select knowledge)

ทีมสุขภาพกำหนดร่วมกัน โดยทบทวนผลลัพธ์ที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์ถึงการดูแลที่เป็นปัญหาและร่วมกันคัดเลือกแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศที่มีความสอดคล้องกับปัญหา โดยการเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก หรือแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ ซึ่งประกอบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยหลายประเภท เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีคุณภาพ ซึ่งก่อนนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จะต้องมีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก ตามคุณลักษณะของแนวปฏิบัติ ซึ่งการ

ประเมินนั้นจะต้องประเมินด้านกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ความถูกต้องของการพัฒนา รวมทั้ง การประเมินเนื้อหาของแนวปฏิบัติและความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งเครื่องมือที่นิยม ใช้ในการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติที่นิยมในปัจจุบันคือ แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ทางคลินิก (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation [AGREE], 2003) และได้รับการแปล เป็นภาษาไทยโดยฉวีวรรณ ชงชัย (2547) โดยแบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย องค์ประกอบทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ดังนี้

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

2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ คือ 1) ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ 2) ผู้ให้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น 3) มีการระบุกลุ่มผู้ที่จะใช้แนวปฏิบัติอย่างชัดเจน และ 4) แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย

3. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ คือ 1) มีการสืบค้นหลักฐาน งานวิจัยอย่างเป็นระบบ 2) ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยอย่างชัดเจน 3) ระบุวิธีการ กำหนดข้อเสนอแนะอย่างชัดเจน 4) มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบ และความเสี่ยงในการ กำหนดข้อเสนอแนะ 5) ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน 6) แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒินอกองค์กรก่อนนำมาใช้ และ 7) ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนา แนวปฏิบัติให้ทันสมัย

4. ความชัดเจนและการนำเสนอ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ คือ 1) ข้อเสนอแนะมีความเป็น รูปธรรม เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุไว้ในหลักฐาน 2) ระบุทางเลือก สำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์ 3) ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย และ 4) มีคำอธิบาย วิธีการใช้แนวปฏิบัติ เช่น อาจเป็นในรูปแบบของแผนผังสรุปแนวทางที่ต้องปฏิบัติ

5. การประยุกต์ใช้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ คือ 1) ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรค ของการนำข้อเสนอแนะไปใช้ 2) มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ และ 3) แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ

6. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ คือ 1) แนวปฏิบัติ ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ และ 2) มีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมใน ระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติทางคลินิกจะพิจารณาตามเกณฑ์ของคะแนนที่ได้คำนวณได้ในแต่ละองค์ประกอบ (AGREE, 2003) ดังนี้ คะแนนที่คำนวณได้มากกว่าร้อยละ 60 แสดงว่าแนวปฏิบัตินั้นมีคุณภาพมาก สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีคำแนะนำหรือไม่ต้องดัดแปลงเพิ่มเติม หากคะแนนที่คำนวณได้อยู่ระหว่างร้อยละ 30-60 แสดงว่าแนวปฏิบัตินั้น มีความน่าเชื่อถือระดับปานกลาง อาจขาดบางข้อมูล แต่หากมีข้อมูลสนับสนุนหรือสามารถอธิบายเพิ่มเติมสามารถนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติได้ ส่วนในข้อที่คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 30 จะบ่งชี้ว่าแนวปฏิบัตินั้นมีคุณภาพต่ำ ไม่ควรนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติ

สำหรับการคำนวณหาคะแนนคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถนำมาคำนวณได้โดยใช้สูตรดังต่อไปนี้ (AGREE, 2003)

$$\frac{\text{คะแนนที่ได้} - \text{คะแนนรวมต่ำสุด}}{\text{คะแนนรวมสูงสุด} - \text{คะแนนรวมต่ำสุด}} \times 100$$

ขั้นตอนที่ 2 การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท (adapt knowledge to local context)

ขั้นตอนนี้จะเป็นการระดมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรง และทางอ้อมในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ประกอบด้วย ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียภายในองค์กร (internal stakeholders) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกองค์กร (external stakeholders) และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียระหว่างองค์กร (interface stakeholders) ซึ่งวิธีการนี้จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรมากขึ้น โดยข้อมูลที่ได้จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมความสัมพันธ์ภายในความสนใจของทีม และช่วยในการวางแผนดำเนินงานการตัดสินใจเรื่องทรัพยากรและแหล่งสนับสนุน และมีการวิเคราะห์ระดับของการสนับสนุนและระดับของอิทธิพลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งผู้ที่มีผลหรืออิทธิพลในการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มดังต่อไปนี้

1. กลุ่มที่สนับสนุนมากและมีอิทธิพลในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มาก (high support high influence)
2. กลุ่มสนับสนุนมากและมีอิทธิพลในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้น้อย (high support low influence)
3. กลุ่มสนับสนุนน้อยและมีอิทธิพลในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มาก (low support high influence)

4. กลุ่มสนับสนุนน้อยและมีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้น้อย (low support low influence)

ทำให้ทราบความสนใจของทีมและช่วยในการพิจารณาหากกลยุทธ์ที่จะใช้ในการสนับสนุนให้มีการใช้แนวปฏิบัติในองค์กรต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินปัญหาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการใช้แนวปฏิบัติ (assess facilitators and barriers to knowledge use)

ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เพื่อให้เกิดความราบรื่น จำเป็นต้องมีการประเมินความพร้อมสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น โครงสร้าง วัฒนธรรมขององค์กร ระบบการติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนของผู้นำ ความรู้ ทักษะ ทศนคติ แหล่งประโยชน์ ประกอบกับต้องระบุอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และสิ่งที่เป็นไปได้และเป็นไปไม่ได้ในการปฏิบัติ เพื่อหาแนวทางในการจัดการกับอุปสรรคและทำให้เกิดความมั่นใจในการใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 การเลือกและปรับปรุงกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (select and tailor implement interventions and strategies)

ในขั้นตอนนี้ ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ต้องกำหนดกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติมีการใช้แนวปฏิบัติ และมีการติดตามประเมินผลการใช้เป็นระยะ เพื่อปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมอันจะนำไปสู่การใช้แนวปฏิบัติที่ยั่งยืน นอกจากนี้กลยุทธ์ที่ใช้ควรใช้ร่วมกันมากกว่า 1 กลยุทธ์ กลยุทธ์ที่ใช้ได้แก่

1. การตรวจสอบย้อนกลับ เช่น การสรุปผลการปฏิบัติทางคลินิกโดยการทบทวนบันทึก หรือสังเกตเป็นรายบุคคล เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเพิ่มความตระหนักในการปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมายที่เพิ่มขึ้น
2. การประชุมกลุ่มให้ความรู้ เช่น การบรรยาย การอบรมวิธีการปฏิบัติแก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นระยะๆ
3. อุปกรณ์ในการให้ความรู้ เช่น เอกสาร คอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการให้ความรู้ เป็นต้น
4. การเชื่อมจากผู้มีความรู้ เช่น การมีแผนการเชื่อมจากพยาบาล ผู้ประสานงาน ทีมงานอื่นๆ หรือระหว่างผู้ใช้แนวปฏิบัติเพื่อเป็นที่ปรึกษา เป็นการรับข้อมูลย้อนกลับ และเป็นการกระตุ้น ชักนำให้มีการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น
5. การประชุมวิชาการร่วมกัน เช่น การอภิปรายร่วมกันของกลุ่มทำงาน เป็นต้น

6. กระบวนการในการหาข้อตกลงร่วมกัน เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ปฏิบัติหรือการอภิปรายร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อตกลงเรื่องปัญหาที่พบในการปฏิบัติทางคลินิกซึ่งจะช่วยให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ

7. การเป็นผู้นำการจัดการ ใช้กลยุทธ์การเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้

8. ความคิดเห็นของผู้นำ เช่น ผู้ที่ได้รับการยอมรับทางคุณวุฒิและกลุ่มปฏิบัติที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นของผู้นำจะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความเคารพ

9. การตลาด เช่น การบริหารจัดการเรื่องความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ การออกแบบ การประชาสัมพันธ์

10. กิจกรรมที่เกิดจากผู้ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้การสนับสนุนการบริการ เป็นต้น

11. การเตือน เช่น การเตือนด้วยตนเอง และใช้คอมพิวเตอร์ในการเตือนเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 การตรวจสอบและการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ (monitor knowledge use and evaluate outcomes)

ในขั้นตอนนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสำเร็จ หรือผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ควรมีการรวบรวมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการระบุตัวชี้วัด และประเมินผลลัพธ์ที่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับหน่วยงานหรือองค์กร ระดับผู้ให้บริการ หรือผู้ให้บริการและค่าใช้จ่าย

ขั้นตอนที่ 6 การสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างยั่งยืน (sustain knowledge use)

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุดจะต้องคงไว้ซึ่งการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างยั่งยืน ผ่านการใช้กลยุทธ์ต่างๆ ทั้งนี้มีตัวชี้วัดที่มีศักยภาพที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนในหลายระดับ ซึ่งควรได้รับการพิจารณาเมื่อการวางแผนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างยั่งยืน โดยแต่ละตัวชี้วัดมีการระบุผลลัพธ์ให้เกิดการนำไปใช้อย่างยั่งยืน ดังต่อไปนี้

1. องค์กร ได้แก่ โครงสร้าง นโยบาย ภารกิจขององค์กร ระบบการให้บริการ ซึ่งประเมินจากการปรับเปลี่ยนนโยบาย การสนับสนุนบุคลากร เป็นต้น

2. ผู้ให้บริการ ได้แก่ จำนวน และคุณภาพของของผู้ให้บริการ อัตราส่วนของผู้ให้บริการต่อผู้ป่วย การประสานงานของสหสาขาวิชาชีพ โปรแกรมการศึกษา ซึ่งประเมินจากความรู้ ความตระหนัก และทัศนคติต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ เป็นต้น

3. ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้แก่ ชนิดของผู้ป่วยและผู้รับบริการ การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งประเมินจากความตระหนักและทัศนคติต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ การยอมรับ การวางแผน การจำหน่ายระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ให้บริการ เป็นต้น

4. ค่าใช้จ่าย ได้แก่ ค่าเอกสาร ค่าจ้าง ค่าใช้จ่ายในการศึกษาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ค่าอุปกรณ์ วัสดุต่างๆ เป็นต้น ประเมินจากการสนับสนุนเงินในการศึกษาของเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนให้มีอินเทอร์เน็ต การสนับสนุนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เป็นต้น

ทั้งนี้ควรมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์จากการนำนโยบายปฏิบัติไปใช้ ตามที่กำหนดไว้และคงไว้ซึ่งผลลัพธ์นั้นอย่างยั่งยืน

สาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับทำให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับทำให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ของ อุดรรัตน์ ชุ่มมะโน (2554) ได้ประยุกต์มาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกของ วันทนีย์ ดิษฐปาน (2549) ซึ่งแนวปฏิบัติประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนให้ความรู้ 2) การปฏิบัติการให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติ และ 3) การประเมินระดับความวิตกกังวลหลังการให้ความรู้ ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ อุดรรัตน์ ชุ่มมะโน (2554) ได้ปรับแนวปฏิบัติทางคลินิกให้สอดคล้องกับมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยของสถาบันรับรองคุณภาพองค์กรสุขภาพ (JCAHO, 2001) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การกำหนดคุณสมบัติผู้ป่วย 3) การประเมินผู้ป่วยก่อนให้ความรู้ 4) รูปแบบของการให้ความรู้ 5) เนื้อหาความรู้ก่อนผ่าตัดใหญ่ และ 6) การประเมินผลหลังการให้ความรู้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยและจริยธรรม

1.1 ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายจะต้องได้รับการให้ข้อมูล ความจำเป็น/ เหตุผลในการผ่าตัดจาก ศัลยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด

1.2 การได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยสูงอายุและญาติ โดย

1.2.1 ศัลยแพทย์ ทัศนียแพทย์ พยาบาล มีการอธิบายถึงขั้นตอนของการผ่าตัด การได้รับขาระงับความรู้สึก สิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด

1.2.2 เมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับการให้ข้อมูล เหตุผล/ ความจำเป็นที่ต้องได้รับการผ่าตัด ขั้นตอนของการผ่าตัด สิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยสูงอายุยินยอมผ่าตัดให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมให้การรักษาและการผ่าตัด

2. การกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วย

ในการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิง

2.2 ผู้ป่วยที่มีการวางแผนล่วงหน้าว่าจะมีการผ่าตัดใหญ่

2.3 ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน

2.4 ไม่มีแผนที่จะส่งผู้ป่วยเข้ารับการดูแลอย่างใกล้ชิดที่ ICU หลังผ่าตัด

2.5 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 วันก่อนผ่าตัด

2.6 ไม่มีปัญหาในการสื่อสารสามารถพูดและฟังภาษาไทยได้

2.7 ยินดีให้ความร่วมมือในการรักษา

2.8 ไม่มีความทุกข์ทรมานจากมะเร็งระยะลุกลาม

2.9 ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อการผ่าตัด เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง

ในระยะเวลาที่ไม่สามารถควบคุมได้

3. การประเมินผู้ป่วยก่อนให้ความรู้

เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการประเมินผู้สูงอายุก่อนให้ความรู้ ดังนี้

3.1 ประเมินข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

3.2 ประเมินข้อมูลการผ่าตัด ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ชนิดของการได้รับขาระงับความรู้สึก ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลเพื่อรอรับการผ่าตัด ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่แตกต่างกัน

3.3 ประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

3.3.1 ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ ก่อนการให้ความรู้ โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวล และความต้องการทราบข้อมูลก่อนผ่าตัด (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale [APAIS]) ซึ่งมีข้อคำถาม 6 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลด้านการได้รับข่าขระงับความรู้สึก 2 ข้อ คือ 1) ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก 2) ความคิดเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกวเียนอยู่ในใจฉันตลอดเวลา ข้อคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลด้านการผ่าตัด 2 ข้อ คือ 1) ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 2) ความคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดวเียนอยู่ในใจฉันตลอดเวลา และข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการทราบข้อมูลด้านการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด 2 ข้อคือ 1) ฉันอยากฐู้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ 2) ฉันอยากฐู้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เป็นข้อคำถาม มีลำดับคะแนนจากน้อยไปมากคือ 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 เนื่องจากข้อคำถามที่ใช้ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุมิ 4 ข้อ จึงมีคะแนนตั้งแต่ 4-20 คะแนน และแบ่งระดับความวิตกกังวล ดังนี้

- | | | |
|-------|---------|------------------------|
| 4-11 | หมายถึง | มีความวิตกกังวลต่ำ |
| 12-15 | หมายถึง | มีความวิตกกังวลปานกลาง |
| 16-20 | หมายถึง | มีความวิตกกังวลสูง |

สำหรับคำถามความต้องการทราบข้อมูลมี 2 ข้อจึงมีคะแนนตั้งแต่ 2- 10 คะแนน ซึ่งคะแนนมากหมายถึงผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ต้องการทราบข้อมูลมาก และคะแนนน้อย หมายถึงผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ต้องการทราบข้อมูลน้อย และการศึกษาในครั้งนี้ใช้การประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่โดยใช้คะแนนจากข้อคำถามเพียง 4 ข้อที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลด้านการได้รับข่าขระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ตามข้อกำหนดของผู้พัฒนาเครื่องมือ (Moerman et al., 1996)

3.3.2 เวลาที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลสามารถเลือกตามความเหมาะสมคือ ประเมินเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาลหรือเขีนก่อนวันผ่าตัด โดยการศึกษาครั้งนี้จะประเมินตอนเขีนก่อนวันผ่าตัด ก่อนการให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิก

3.3.3 การประเมินการ/อาการแสดงของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดใหญ่ของผู้ป่วยสูงอายุ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ประเมิน โดยใช้วิธีสังเกตสีหน้าท่าทาง พฤติกรรมการแสดงออก

4. รูปแบบการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่

เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเข้าอนในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 วันก่อนผ่าตัดใหญ่ พยาบาลห้องผ่าตัดจะให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ โดยบรรยายแบบรายบุคคลและใช้ภาพพลิกประกอบการบรรยายในตอนเย็นของวันผ่าตัด โดยเป็นการบรรยายและใช้ภาพพลิกประกอบ มีเนื้อหาเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญตามลำดับ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงผ่าตัดเสร็จ ใช้เวลา 20 นาที ที่บริเวณข้างเตียงผู้ป่วย ในบรรยากาศที่สงบ หลีกเลี่ยงการรบกวนจากผู้อื่น ใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่าย ด้วยท่าที่เป็นมิตรและแจ่มใสการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดใหญ่ให้ผู้สูงอายุอ่านเพิ่มเติมได้

5. เนื้อหาของความรู้ที่ให้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดประกอบด้วย

ความรู้ที่ให้กับผู้ป่วยสูงอายุครอบคลุมในเรื่องการปฏิบัติตัวทั้งระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ความรู้สึกที่ต้องเผชิญ และสภาพแวดล้อมต่างๆ ดังนี้

5.1 การให้คำแนะนำ (orientation) ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการผ่าตัด ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการผ่าตัด ตำแหน่งของการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ผลการระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้หลังการได้รับยาระงับความรู้สึก สถานที่สำหรับสมาชิกในครอบครัวระหว่างผ่าตัด

5.2 ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดและวิธีการ (procedural information) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้สูงอายุทราบถึงรายละเอียดของขั้นตอน การตรวจรักษาหรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งรวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย การปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด การให้ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเผชิญ และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์นั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม มีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

5.2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา สาเหตุของโรค อาการ การรักษาโดยการผ่าตัด

5.2.2 การเตรียมผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัด ได้แก่

1) การตรวจร่างกาย การเอ็กซเรย์ทรวงอก การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและอื่นๆ ตามแพทย์สั่ง

2) การเซ็นต์ใบยินยอมก่อนจะรับการผ่าตัดใหญ่

3) การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัด และการทำความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำสระผมให้สะอาดก่อนผ่าตัด เพราะหลังผ่าตัดแผลจะถูกน้ำไม่ได้ในระยะแรก ทำให้ทำความสะอาดร่างกายได้ยาก และหลังอาบน้ำไม่ทำให้ทาแป้งและโลชั่น ตัดเล็บให้สั้นและสะอาด

4) การได้รับยานอนหลับเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

5) การงดน้ำและอาหารทางปากหลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารและของเหลวในกระเพาะอาหารเข้าหลอดลมขณะได้รับยาระงับความรู้สึก

6) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในเช้าวันที่ทำการผ่าตัด

7) ควรถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะ เพราะขณะผ่าตัดจะมีการใช้เครื่องมือไฟฟ้า ซึ่งโลหะจะเป็นสื่อนำกระแสไฟฟ้า

8) ถ้ามีฟันปลอมต้องถอดเก็บไว้และถ้ามีฟันโยกควรแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบ เพราะการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจะมีการใส่ท่อช่วยหายใจ อาจทำให้ฟันหลุดและตกลงไปในหลอดลมได้

9) การใส่สายยางทางจมูก การใส่สายสวนปัสสาวะในบางกรณี

10) การเปลี่ยนชุดผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจัดให้ก่อนเข้าห้องผ่าตัด

11) การเคลื่อนย้ายไปยังห้องผ่าตัด

12) การเปลี่ยนเสื้อผ้าในห้องผ่าตัด

13) การย้ายจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น

5.2.3 เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุระหว่างรอผ่าตัดจนกระทั่งผ่าตัดเสร็จ

1) สถานที่สำหรับให้ผู้ป่วยสูงอายุนอน ขณะรอผ่าตัด

2) สถานที่สำหรับให้ญาตินั่งคอยในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในห้องผ่าตัด

3) ลักษณะการแต่งกายของบุคลากรในห้องผ่าตัด การสวมหมวกและหน้ากาก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคขณะผ่าตัด

4) สภาพภายในห้องผ่าตัดประกอบด้วย เติงผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดและอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการให้ยาระงับความรู้สึก อุณหภูมิภายในห้องผ่าตัด

5) การให้ยาระงับความรู้สึก วัตถุประสงค์แพทย์หรือพยาบาลจะถามชื่อและนามสกุลของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โดยวัตถุประสงค์จะให้ยาระงับความรู้สึกเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อผู้ป่วยหมดความรู้สึกจะใส่ท่อหลอดลมคอ สำหรับให้ก๊าซที่ทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกตลอดเวลาที่ทำการผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนนอนหลับ ไม่รู้สึกตัวและไม่เจ็บใน

ขณะที่แพทย์ทำการผ่าตัด จะมีการเฝ้าดูระหว่างการทำหัตถการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด มีการตรวจการหายใจ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเต้นของหัวใจและความดันโลหิตในขณะที่มีการระงับความรู้สึก และเมื่อทำการผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว วิศวแพทย์จะหยุดให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยจะตื่น หลังจากรู้สึกตัวดีแล้ว วิศวแพทย์จะเอาอุปกรณ์ที่ใช้ขณะให้ยาระงับความรู้สึกออกจากตัวผู้ป่วย แล้วย้ายผู้ป่วยไปนอนพักฟื้นที่ห้องพักฟื้น 2 ชั่วโมง ก่อนจะส่งกลับไปยังหอผู้ป่วย

6) ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด (surgical position) ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด ของผู้ป่วยแต่ละราย

7) ขั้นตอนการผ่าตัดและระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด

8) สถานที่สำหรับนอนพักฟื้นเพื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัดเสร็จใหม่ๆ

9) ในห้องพักฟื้นพยาบาลจะคอยดูแล ประเมินระดับความรู้สึกตัว การหายใจ ความดันโลหิต ลักษณะของแผลผ่าตัดว่ามีเลือดออกผิดปกติหรือไม่

5.2.4 การให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพและการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด

1) สภาพร่างกายหลังการผ่าตัด ได้แก่ การคาท่อระบายต่างๆ การได้รับสารน้ำที่แขน การคาสายสวนปัสสาวะและสภาพของเตียงที่เตรียมไว้รับหลังผ่าตัด

2) การวัดสัญญาณชีพหลังผ่าตัด

3) การใช้ออกขอความช่วยเหลือ

4) การรับประทานอาหารและการขอยาแก้ปวด

5) ลักษณะของบาดแผลที่พบหลังจากการผ่าตัด

5.3 การให้ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยสูงอายุอาจประสบและความทุกข์ทรมานที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจริง ทั้งขณะรับการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด ลดความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับสิ่งที่คาดคิดมาก่อนและผู้ป่วยจะแปลความหมายของข้อมูลตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้องชัดเจน 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 ความรู้สึกขณะฟื้นจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก
- 5.3.7 ความรู้สึกขณะอยู่ในสภาพแวดล้อมหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วย
- 5.3.8 ความรู้สึกเมื่อพบเห็นแผลผ่าตัด
- 5.3.9 ความรู้สึกเจ็บปวดของแผลผ่าตัด
- 5.3.10 ความรู้สึกขณะเคลื่อนไหว ขณะไอขับเสมหะ
- 5.3.11 ความรู้สึกเมื่อได้รับยาแก้ปวด

5.4 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (recovery instruction) เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยลักษณะของข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ ก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดี และผู้ป่วยสูงอายุสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดความทุกข์ทรมานและสภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่

5.4.1 การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (early ambulation) เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนเรื่องท้องอืดและเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต เมื่อแพทย์อนุญาตให้เคลื่อนไหวได้ ผู้ป่วยควรพลิกตะแคงซ้าย-ขวาบ่อยๆ และลุกลงจากเตียงโดยเร็ว

5.4.2 การหายใจเข้า-ออกลึกๆ (deep breathing) เพื่อป้องกันอาการปอดแฟบ หลังการผ่าตัดช่องท้องหรือผู้ป่วยผ่าตัดช่องอก (ในระยะที่รู้สึกตัวดีหลังผ่าตัด) ผู้ป่วยควรหายใจเข้าลึกๆ ให้เต็มที่แล้วจึงปล่อยลมหายใจออกอย่างช้าๆ ควรทำประมาณ 10 ครั้ง ทุกๆ 1-2 ชั่วโมง

5.4.3 การไอขับเสมหะ (coughing) ถ้ามีเสมหะในลำคอ ให้ไอเอาเสมหะออกได้ โดยสูดหายใจเข้าออก ลึกๆ ยาวๆ 4-5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้สูดเต็มที่ กลั้นไว้แล้วไอออกมา ควรใช้มือหรือหมอนนุ่มๆ ประคองแผลขณะไอ เพื่อลดอาการปวดแผลและป้องกันแผลแยก ใช้น้ำอุ่นชุบผ้าไปขังหน้าหรือครึ่งนั่งครึ่งนอน

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

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

5.4.6 การดูแลแผล (wound care) ระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่เปิดผ้าปิดแผลผ่าตัดเอง เพราะจะนำเชื้อโรคเข้าสู่แผลผ่าตัดได้ ไม่แกะหรือเกาแผลผ่าตัด เพราะจะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่แผลผ่าตัดตามรอยถลอกของผิวหนังได้

5.4.7 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการพักผ่อน โดยพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือการยกของหนัก

5.4.8 การรับประทานยา ต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งให้ครบและถูกต้องตามเวลา ขนาด ที่กำหนดไว้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา เมื่อกลับบ้านให้รับประทานยาตามแพทย์สั่งให้ครบ ห้ามซื้อยามารับประทานเอง

5.4.9 การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและมีคุณค่าทางอาหารสูง เช่น ปลา ไข่ นม ผักและผลไม้ เพื่อเสริมสร้างให้มีการสร้างเนื้อเยื่อ ทำให้แผลผ่าตัดหายเร็ว ร่างกายสามารถปรับคืนสู่สภาวะปกติได้เร็วขึ้น ควรงดอาหารเค็มจัด เผ็ดจัด

5.4.10 สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น แผลบวมแดง อักเสบ มีน้ำเหลืองหรือน้ำใสๆ ไหลซึมออกมาจากแผล หรือมีไข้

5.5 ข้อมูลทั่วไป (general information) ซึ่งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง ลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นและทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น ได้แก่

5.5.1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวล เช่น ระยะเวลาที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

5.5.2 บุคคลหรือสถานที่ที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ

5.5.3 สภาพทั่วไปของโรงพยาบาล เช่น สถานที่ แพนผังโรงพยาบาล

5.5.4 การสาธิตให้ผู้ป่วยสามารถระบุระดับของความเจ็บปวดด้วยสายตา (visual analog scale)

5.5.5 การมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัด (follow up) ให้ตรงตามวันและเวลาที่นัดไว้ทุกครั้ง เพื่อรับการตรวจประเมินสภาพและติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ ถ้าพบความผิดปกติจะได้แก้ไขหรือรักษาได้ทันที่ กรณีที่มีความผิดปกติก่อนวันนัดให้มาพบแพทย์ทันที

6. การประเมินผลหลังการให้ความรู้

การประเมินผลหลังการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่ โดยประเมินความวิตกกังวลหลังการได้รับความรู้ตามแนวปฏิบัติ และประเมินระดับความพึงพอใจต่อการได้รับความรู้ตามแนวปฏิบัติ

6.1 ให้ผู้ป่วยสูงอายุประเมินด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวล และความ
ต้องการทราบข้อมูลก่อนผ่าตัด (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale [APAIS]) ซึ่ง
นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย อภิญญา กุณฑลลักษณ์ และคณะ (2552)

6.2 การสังเกตสีหน้า ท่าทาง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุ และการสัมภาษณ์
โดยพยาบาล



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดการประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกของสมาคมพยาบาลอนศาริโอ (RNAO, 2012) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การระบุปัญหา ทบทวนปัญหา และการเลือกใช้แนวปฏิบัติ 2) การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและแหล่งทรัพยากร 3) ประเมินอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 4) การเลือกและปรับปรุงกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 5) การตรวจสอบการใช้แนวปฏิบัติและการประเมินผลลัพธ์ที่ได้ และ 6) การสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้อย่างยั่งยืน โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ของ อุบลรัตน์ ชุ่มมะโน (2554) มาใช้ ซึ่งแนวปฏิบัติประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนให้ความรู้ 2) การให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลตามแนวปฏิบัติ และ 3) การประเมินระดับความวิตกกังวลหลังการให้ความรู้ ซึ่งมีสาระครอบคลุมและสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของสถาบันรับรองคุณภาพขององค์กรสุขภาพ (JCAHO, 2001) ประกอบด้วยสาระสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การกำหนดคุณสมบัติผู้ป่วย 3) การประเมินผู้ป่วยก่อนให้ความรู้ 4) รูปแบบของการให้ความรู้ 5) เนื้อหาความรู้ก่อนผ่าตัดใหญ่ และ 6) การประเมินผลหลังการให้ความรู้ โดยประเมินสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดใหญ่ในระดับต่างๆ ระหว่างก่อนและหลังการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุ และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดใหญ่