

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลที่มีต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ของผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกในครั้ง นี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอ ตามลำดับดังนี้ คือ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
2. มโนทัศน์ของความวิตกกังวล และความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
3. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกด้วยโลหะ
4. การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด

### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

#### อาการและอาการแสดงของกระดูกหัก

ภาวะกระดูกหัก เป็นปัญหาที่พบได้เสมอในผู้ป่วยโรคของกระดูกและข้อ สาเหตุส่วน ใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจากการจราจร เมื่อมีการหักของกระดูกจะมีอาการและอาการแสดงให้เห็น ดังนี้ คือ

1. การกดเจ็บบริเวณที่มีกระดูกหัก เคลื่อนไหวผิดปกติ หรือเคลื่อนไหวไม่ได้ และ จะมีความเจ็บปวดมากขึ้น เมื่อเคลื่อนไหวอวัยวะที่มีกระดูกหัก บางครั้งอาจมีเสียงกระดูกเสียดสี กันเมื่อจับโยก (Crepitus)
2. มีความผิดปกติของรูปร่างอวัยวะที่มีกระดูกหัก เช่น การโก่ง (angulation) ซ้อนเกยกัน การหมุนออก การสั้นเข้า ซึ่งจะได้ชัดเจนถ้าเป็นส่วนของแขนขา จะพบว่า แขนหรือขา 2 ข้าง ยาวไม่เท่ากัน



3. มีอันตรายแก่เนื้อเยื่อรอบ ๆ ตำแหน่งกระดูกหัก เช่น การบวม เจ็บปวด ซึ่งเกิดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ มีบาดแผลอาจมีเลือดออกมาภายนอกให้เห็นชัดเจน หรือตกเลือดภายในชั้นกล้ามเนื้อมีรอยฟกช้ำ เลือดซึมเข้าผิวหนังเป็นจ้ำ ๆ ในทางตรงข้าม ถ้ากระดูกหักไปที่มแทง เส้นประสาทหรือเส้นเลือดที่สำคัญอาจทำให้อวัยวะนั้น ๆ เป็นอัมพาต ขาดเลือดมาเลี้ยง ซึ่งพบได้ในลักษณะขยับเคลื่อนไหวอวัยวะไม่ได้ หรือการขีดเขียน การดำคล้ำจากการมีเนื้อเยื่อตาย เพราะขาดเลือด

4. ภาวะช็อค จากการตกเลือดภายใน เนื่องจากกระดูกที่หักที่มแทงอวัยวะที่สำคัญ เช่น ม้าม ปอด หัวใจ กระเพาะปัสสาวะ ตับหรือไต เป็นต้น นอกจากนี้ถ้าอันตรายต่อกระดูกนั้น เกิดแก่กระดูกซี่โครง อาจมีผลกระทบกระเทือนต่อสมอง เช่น เลือดออก หรือสมองบวม ซึ่งพบได้เสมอ

### การแบ่งประเภทของกระดูกหัก

กระดูกหักอาจแบ่งออกได้ ดังนี้ (พงษ์ศักดิ์ วัฒนา, 2530)

#### 1. แบ่งตามลักษณะของบาดแผล

1.1 Simple Fracture or closed fracture เป็นการหักโดยที่ปลายกระดูกไม่ที่มออกมานอกผิวหนัง

1.2 Compound fracture or open fracture เป็นการหักที่กระดูกที่มออกมานอกผิวหนัง หรืออาจเกิดจากการถูกปืนยิงทะลุกระดูกก็ได้

#### 2. แบ่งตามสาเหตุของกระดูกที่หัก

2.1 Direct force กระดูกส่วนที่หัก ถูกกระทบกระแทกโดยตรง

2.2 Indirect force กระดูกส่วนที่หัก ถูกกระทบกระแทกทางอ้อม

2.3 Sudden muscular violence กระดูกหักจากการที่กล้ามเนื้อมีการกระตุกอย่างแรง

#### 3. แบ่งตามลักษณะของกระดูกที่หัก

3.1 Greenstick fracture คือ กระดูกที่มีการหักแต่หักไม่ตลอด บางครั้งเรียกว่า Incomplete fracture



3.2 Transverse fracture คือ รอยกระดูกที่หัก ตั้งฉากกับความยาวของกระดูก มักจะเกิดจาก direct force

3.3 Spiral fracture คือกระดูกหักเฉียงกับความยาวของกระดูก โดยเฉียงไปคนละแนวกัน

3.4 Oblique fracture คือ กระดูกหักเฉียงกับความยาวของกระดูก โดยเฉียงเป็นแนวเดียวกันตลอด

3.5 Comminuted fracture คือ กระดูกแตกออกเป็นหลาย ๆ เลี่ยง

3.6 Impacted fracture กระดูกที่หัก และย่นเข้าหากัน

**การบรรยายลักษณะกระดูก อาจมีคำปลุกย่อยลงไปอีก เช่น**

Undisplaced fracture กระดูกหักแต่ไม่เคลื่อนออกจากที่

Displaced fracture กระดูกหักและเคลื่อนออกจากที่

Incomplete fracture กระดูกหัก แต่หักไม่ตลอด ในภาษาไทยใช้คำว่ากระดูกร้าว ในภาษาอังกฤษบางที่เรียกว่า Greenstick fracture

Complete fracture กระดูกที่หักและหักตลอด

Compression fracture กระดูกที่หักจากแรงที่กดเข้าหากัน พบบ่อยในบริเวณกระดูกสันหลัง

Sigmental fracture กระดูกที่หัก เป็นท่อนใหญ่ ๆ โดยที่หัก 2 ตำแหน่งในกระดูกชิ้นเดียวกัน

**การรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก**

การรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก ทำได้หลายวิธี ซึ่งมีจุดประสงค์ในการรักษาคือ เพื่อรักษาโรคให้หาย ป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ แก้ไขความพิการที่เกิดขึ้น กายภาพบำบัด และรักษาจิตใจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ วิธีรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก ทำได้หลายวิธีดังต่อไปนี้



1. Reduction จัดกระดูกให้เข้าที่ ซึ่งเรามีวิธีการสองแบบ
  - 1.1 โดยวิธีผ่าตัด (open reduction)
  - 1.2 โดยวิธีไม่ผ่าตัด (closed reduction) เรามีวิธีรักษาได้โดยการทำการรักษาจัดกระดูกเข้าที่ หรือทำ traction ซึ่งจัดกระดูกเข้าที่โดยไม่ต้องผ่าตัด
2. Immobilization เป็นวิธีจัดกระดูกอยู่นิ่ง ๆ ไม่เคลื่อนไหวเพื่อให้กระดูกเพื่อให้อาการกระดูกติดกันมีวิธีการอยู่ 2 วิธี
  - 2.1 External immobilization โดยการใส่เฝือกหรือทำ traction หรือใช้วิธี external fixation
  - 2.2 Internal immobilization การผ่าตัดใส่ nail, plate, screw ฯลฯ ตรึงยึดกระดูกตามวิธีการต่าง ๆ
3. Rehabilitation ซึ่งเป็นวิธีการที่สำคัญมาก ผู้ป่วยจะหายเป็นปกติต้องรู้จักวิธีทำกายภาพบำบัดให้ถูกต้องร่วมด้วย มิฉะนั้นการผ่าตัดและการรักษาจะไม่ประสบผลสำเร็จ

#### การรักษาโดยวิธีผ่าตัด (Open reduction and internal fixation)

Internal fixation หมายถึง การยึดกระดูกหักโดยการผ่าตัดใส่เครื่องยึดที่เป็นโลหะ ซึ่งสัมพันธ์และให้แรงยึดโดยตรงที่บริเวณกระดูกหักซึ่งจัดเข้าที่แล้ว

ชนิดของ Internal fixation มีหลายชนิด เช่น (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2529)

1. Wires มีลักษณะเป็นเส้น มีเส้นผ่าศูนย์กลางขนาดต่าง ๆ กัน ใช้สำหรับยึดรัดรอบกระดูก หรือใช้เป็นบ่วงรัด เช่น ในรายกระดูกสะบ้าแตก รัดเกาะระหว่างฟัน หรือใช้ในการเจาะกระดูกดิ่งถ่วง หรือสอดเข้าไปในช่องกระดูกเพื่อยึดในรายกระดูกเรเดียส หรืออัลนาหัก เช่น Kirschner wires

2. Pins เป็นวัตถุปลายแหลม เส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่กว่า wire แต่สั้นกว่าใช้สำหรับเสียบชิ้นกระดูกขนาดเล็ก มีอยู่หลายชนิด เช่น Rush pin นิยมใช้กับกระดูกที่มีความยาวทั้งหลาย Steinmann pin ใช้สอดเข้าไปในช่องกระดูกเพื่อยึดกระดูก เจาะกระดูกเพื่อใช้ดิ่งถ่วงน้ำหนัก และอื่น ๆ

3. Band ลักษณะเป็นเส้นแบน ใช้ในรายที่มีการหักของกระดูกแบบเฉียง เป็นเกลียว และในรายที่กระดูกหักเป็นหลายชิ้น



4. Screws ลักษณะ เหมือนตะปูเกลียว ใช้ยึดกระดูกที่กดเข้าหากันมักไม่ค่อยมั่นคง จำเป็นต้องใส่ฝือกเพื่อช่วยพยุงภายนอกเสมอ ใช้ร่วมกับ plate จะทำให้เกิด rigid fixation

5. Plates ลักษณะ เป็นแผ่นโลหะ มีรูเพื่อใส่ screws ใช้ในรายกระดูกหักแบบ comminuted, transverse, short oblique, spiral เช่น compression plate, AO-plate, dynamic compression plate (D C P)

6. Nails ลักษณะ เป็นแท่งโลหะ สำหรับยึดกระดูกหัก โดยการสอดอยู่ในโพรงกระดูกมีหลายแบบ คือ

6.1 Short nails เป็นแท่งโลหะสั้น ๆ เช่น Smith Peterson nail

6.2 Angular nails เป็นแท่งโลหะหักมุม สำหรับรักษาข้อต่อโพกหัก เช่น Jewett nail, ลักษณะ เป็น nail กับ plate เชื่อมติดกัน

6.3 Long nails เป็นแท่งโลหะยาวเรียว เพื่อใส่ไว้ใน medullary canal สำหรับยึดกระดูกที่หัก มีชื่อต่าง ๆ Kuntscher nail, Ender nail, Lottes nail, AO nail ฯลฯ

7. Rod ใช้สำหรับค้ำหรือตรึงกระดูกสันหลัง เช่น Harrington rod

8. Bone อาจเป็น Bone graft กระดูกแข็งขึ้นเดี่ยว หรือหลายชิ้นใช้ในราย delayed union, non union ที่ shaft ของ tibia หรือใช้ใน bone pack ก็ได้ เช่น เอา nail ออก ใส่ bone pack แทน หรือใส่ bone pack เข้าไปโดยไมเอา nail ออก

#### ข้อบ่งชี้ในการรักษาโดยวิธีผ่าตัด

1. ทำ closed reduction แล้วไม่สำเร็จ
2. กระดูกแตกหักเคลื่อนเข้าไปในข้อ
3. กระดูกหักที่มีเนื้อเยื่อแทรกอยู่
4. กระดูกหักในเด็กผ่าน epiphysis
5. กระดูกหักที่ดึงยึดได้ ต้องผ่าตัดตรึงกระดูก เช่น Intertrochanteric fracture ของกระดูกต้นขา
6. กระดูกหักที่ท้ออันตรายต่อเส้นเลือด เส้นประสาท และเอ็น



7. โรคบางชนิดที่เกิดกับกระดูก เช่น T.B. spine, Osteomyelitis, การอักเสบของกระดูก, โรคเบาหวาน และเกิดเนื้อเน่าตายไปเป็น Gangrene

8. อุบัติเหตุที่ทาห้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งส่วนใดเสียไป เช่น แขนขาด ขาขาด หรือมีการแตกละเอียด ไม่สามารถจะเก็บอวัยวะส่วนนั้นไว้ได้ ก็ต้องผ่าตัดโดยทา amputation

### การให้ยาระงับความรู้สึก

ความมุ่งหมายของการให้ยาระงับความรู้สึก ก็เพื่อให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกเจ็บปวด เพื่อให้การผ่าตัดเสร็จสิ้นลง การให้ยาระงับความรู้สึกบางครั้งยังเป็นการทาห้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกตัวเพื่อมิให้ตื่น ไม่ให้ดิ้น หรือจดจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ึ่งก่อน และในระหว่างการผ่าตัด ซึ่งอาจทาห้ตื่นเต้นตกใจ หรือกระทบกระเทือนต่ออารมณ์ การให้ยาระงับความรู้สึกบางครั้งก็เพื่อเหตุผลความต้องการทาห้มีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อ

### ชนิดของยาระงับความรู้สึก

การให้ยาระงับความรู้สึกแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ (เรณู อาจาสาลี, 2535)

1. การระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ (Regional anesthesia) เป็นการทาห้ผู้ป่วยปราศจากความเจ็บปวดเฉพาะที่ ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลาขณะผ่าตัด Regional anesthesia จำแนกออกได้หลายวิธี

1.1 Local anesthesia (local infiltration) คือการฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณที่จะทาการผ่าตัด เพื่อให้หมดความรู้สึกเจ็บปวด ใช้ในการผ่าตัดเล็ก ๆ

1.2 Topical anesthesia (local application) คือการทาชาเฉพาะที่บริเวณเยื่อเมือก โดยการหยอด ทา พ่น เพื่อให้หมดความรู้สึกเจ็บปวด ส่วนมากใช้ในการตรวจต่าง ๆ เช่น laryngoscopy, esophagoscopy, bronchoscopy การตรวจโรคทางตา การตรวจทางทวารหนัก และการตรวจทางช่องคลอด

1.3 Nerve block คือ การฉีดยาชาที่บริเวณรอบ ๆ กลุ่มประสาทที่ไปเลี้ยงบริเวณที่จะทาผ่าตัดให้หมดความรู้สึกเจ็บปวดที่นิยมมาใช้ได้แก่



1.3.1 Cervical plexus block ใช้ในการทําผ่าตัด  
บริเวณลำคอ เช่น ผ่าตัดต่อมธัยรอยด์

1.3.2 Brachial plexus block ใช้ในการทําผ่าตัด  
บริเวณแขน และมือ

1.4 Epidural block คือ การฉีดยาชาเข้าในช่องเหนือเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นนอก (epidural space) ทําให้หมดความรู้สึกที่บริเวณตัวถึงปลายเท้า ตําจากระดับที่ฉีดยาลงมาใช้ในการทําผ่าตัดส่วนล่างของร่างกาย บริเวณอุ้งเชิงกราน และขาทั้งสองข้าง

1.5 Spinal block คือ การฉีดยาชาเข้าในช่องน้ำไขสันหลัง (Subarachnoid space) ที่มีไขสันหลัง (spinal cord) น้ำไขสันหลัง (cerebrospinal fluid) และรากประสาท (nerve root) ทําให้หมดความรู้สึกส่วนล่างของร่างกาย และใช้ทําผ่าตัดเช่นเดียวกับการทํา epidural block

2. การระงับความรู้สึกทั่วไป (General anesthesia) เป็นการทําให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกทั่วร่างกาย จําแนกออกเป็น

2.1 Intravenous anesthesia โดยการฉีดยาทําให้หมดความรู้สึกทั่วร่างกาย เข้าทางหลอดเลือดดำ ใช้ในการทําผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาสั้น (minor surgery) หรือใช้เป็นยานําสลบ (induction agent) ก่อนให้ยาสลบทางอื่นต่อไป

2.2 Inhalation anesthesia การทําให้หมดความรู้สึกทั่วร่างกาย โดยการสูดดมไอระเหยของยาสลบ หรือกาซที่ทําให้สลบทางการหายใจ เป็นวิธีที่นิยมใช้มากในปัจจุบัน โดยเริ่มให้ยาทางหลอดเลือดดำให้หมดความรู้สึกทั่วร่างกายก่อน แล้วจึงให้สูดดมไอระเหยทางหน้ากาก (mask) หรือท่อหลอดลมคอ (endotracheal tube) ส่วนมากนิยมใช้กาซไนตรัสออกไซด์ (N<sub>2</sub>O) และ fluothane (halothane) โดยให้ร่วมกับกาซออกซิเจน

### การเลือกชนิด และวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก

วิสัญญีแพทย์จะเป็นผู้รับผิดชอบในการที่จะเลือกใช้ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ การตัดสินใจเลือกใช้วิธีให้ยาระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้



1. อายุของผู้ป่วย โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ๆ ควรให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายดีกว่า เนื่องจากเด็กมักไม่ให้ความร่วมมือในการฉีดยาเฉพาะที่
2. สภาพร่างกายของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่เดิม เช่น โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ ควรใช้การฉีดยาเฉพาะที่ หรือผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัดมาก ควรได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
3. ชนิดของการผ่าตัด การผ่าตัดที่ต้องใช้เวลานาน ๆ หรือการผ่าตัดที่ต้องให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่ต่างจากการนอนหงายราบปกติ เช่น นอนคว่ำ นอนตะแคง ควรได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
4. ความชำนาญและความต้องการของศัลยแพทย์
5. ความต้องการของผู้ป่วย

#### การเตรียมผู้ป่วยก่อนดมยาสลบ

การดูแลผู้ป่วยก่อนดมยาสลบเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เพราะ (มยุรี รศินานุกร, 2528)

1. ทำให้ทราบปัญหาต่าง ๆ อันจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการดมยาสลบและผ่าตัด
2. สามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเสียก่อนที่จะนำไปดมยาสลบและผ่าตัด ทำให้ลดอัตราการเสี่ยงของผู้ป่วยลงได้
3. สามารถคาดคะเนล่วงหน้าถึงผลแทรกซ้อน ซึ่งอาจเกิดขึ้นในขณะดมยาสลบ หรือในระยะพักฟื้น
4. สามารถเตรียมป้องกันปัญหาแทรกซ้อนซึ่งอาจเกิดขึ้น ตลอดจนสามารถเตรียมแก้ปัญหานั้น ๆ ได้ด้วย
5. สามารถติดต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมไว้ล่วงหน้า

#### การเตรียมผู้ป่วยก่อนดมยาสลบ ท้ายในเรื่องต่อไปนี้

1. การซักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โรคของระบบทางเดินหายใจ และ ระบบไหลเวียนเลือด การแพ้ยา ฟันหัก หรือ ฟันโยก ประวัติการสูบบุหรี่จัด ดื่มเหล้าจัด



2. ตรวจสอบคุณภาพความพร้อมของร่างกาย เช่น การอ้วนหรือผอมเกินไป
3. สภาพจิตใจ และอารมณ์ ความกลัววิตกกังวล ตลอดจนความสามารถในการเผชิญต่อภาวะวิกฤต
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจนับเลือด กลุ่มเลือด การตรวจปัสสาวะ การตรวจหน้าที่ไต หน้าที่ตับ และความเป็นกรดต่างของร่างกาย
5. การตรวจภาพรังสีปอด อาจช่วยบอกความรุนแรงของโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งอาจมีผลต่อการดมยา
6. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าผู้ป่วยอายุเกิน 50 ปี ขึ้นไป อาจพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือในรายมีประวัติโรคของหัวใจและหลอดเลือด

#### การให้ยานำก่อนดมยา (Pre - anesthetic medication)

การใช้ยานำก่อนดมยา มีจุดมุ่งหมายโดยสรุป คือ

1. เพื่อลดความกังวล ความตื่นเต้น ความกลัวของผู้ป่วย
2. เพื่อลดปริมาณยาที่ใช้
3. เพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาสลบจำนวนมาก ลดพิษของยา
4. เพื่อลดเสมหะ น้ำลาย และน้ำเมือกในหลอดลม (bronchial secretion)
5. เพื่อลด reflex ที่ไม่ต้องการ เช่น Vago-vagal reflex

ระยะและระดับของการระงับความรู้สึกทั่วไป (Stage of general anesthesia)  
(คัมภีร์ มัลลิกะมาส, 2520)

ระยะที่ 1 ระยะการระงับความเจ็บปวด (Stage of analgesia) ผู้ป่วยจะรู้สึกเคลิ้มสบายยังไม่หลับ ยังให้ความร่วมมือ หรือทำตามสั่งได้ อาจมองเห็นได้ยินเสียง ซึ่งอาจมีหรือไม่มีจริง ความรู้สึกเจ็บปวดลดน้อยลงไปเป็นลำดับ อาการเสียความทรงจำเกิดขึ้น

ระยะที่ 2 ระยะอาการตื่นเต้น (Stage of excitement) ผู้ป่วยหมดความรู้สึกและหมดความสามารถในการบังคับตนเอง มีความรู้สึกเหมือนฝัน อาการตื่นเต้นตกใจ การ-



หายใจไม่มีจังหวะสม่ำเสมอ

ระยะที่ 3 ระยะการระงับความรู้สึกเพื่อศัลยกรรม (Stage of surgical anesthesia) ผู้ป่วยหลับสนิท ความรู้สึกเจ็บปวด และความรู้สึกสัมผัสหมดไป พอเหมาะแก่การผ่าตัด มีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อ

ระยะที่ 4 ระยะการหายใจหยุด (Stage of respiratory paralysis) เป็นระยะที่ไม่ต้องการทำให้เกิดขึ้น ระยะนี้เริ่มต้นตั้งแต่การหายใจหยุดเต็มที่ จนถึงการที่หัวใจหยุดเต้น

### การฟื้นจากยาสลบ

ลักษณะการฟื้นจากยาสลบของผู้ป่วยต่างกันไปตามวิธี และชนิดของยาที่ใช้ ตลอดจนปริมาณยาที่ได้รับ การฟื้นจากยาสลบประเภทสูดดมขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของยา ระยะเวลาที่ได้รับยา และการหายใจของผู้ป่วย ยาสลบที่ละลายได้ดีเช่น halothane ทำให้ผู้ป่วยตื่นช้า แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่เกินครึ่งชั่วโมงหลังจากหยุดสูดดม ยาสลบที่ละลายน้อยเช่น ไนตรัสออกไซด์ ถูกขับออกจากร่างกายได้เร็วผู้ป่วยจึงตื่นเร็ว ส่วนการฟื้นจากยาที่ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเช่น การได้รับ thiopentone เพียงครั้งเดียวไม่มีผลต่อการฟื้นของผู้ป่วย แต่ถ้าได้รับซ้ำ ๆ กันหลายครั้งจะทำให้ผู้ป่วยตื่นช้า เพราะยานี้มี redistribution ในร่างกาย การฟื้นจาก ketamine ต้องใช้เวลานาน ถ้าหากมีการปลุกหรือกระตุ้นผู้ป่วยอาจทำให้เกิด emergence delirium ได้ คือผู้ป่วยจะมี visual hallucination มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ผิดไป เช่น เห็นสายน้ำเกลือเป็นงู การรับรู้เวลาและสถานที่ผิดปกติ มีการฝันซึ่งมักเป็นฝันร้ายและรู้สึกยาวนานกว่าที่เป็นจริง ผู้ป่วยอาจระวนกระวายตื่นรนและร้องโวยวาย emergence delirium นี้ พบในคนวัยหนุ่มสาวมากกว่าเด็กและคนสูงอายุ ดังนั้นจึงควรปล่อยให้ผู้ป่วยตื่นเองโดยไม่รบกวน ในระหว่างนี้ reflex ป้องกันตนเองต่าง ๆ ยังคงมีอยู่ แต่ก็ไม่ได้ปลอดภัยจากการสัมผัสเสมอไป จึงต้องให้การดูแล เช่นเดียวกับกับผู้ป่วยที่ยังไม่รู้สึกรู้ตัว การให้ tranquilizer เช่น diazepam หรือ droperidol ก่อนหรือหลังการผ่าตัดจะช่วยป้องกันและรักษาการเกิด emergence delirium ได้ (มยุรี รศินานุกร, 2528)



มโนทัศน์ของความวิตกกังวลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

**ความหมายของความวิตกกังวล (Anxiety)**

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นสภาพของอารมณ์หรือความรู้สึกทางจิตใจชนิดหนึ่ง ได้มีผู้กล่าวถึงและให้คำจำกัดความของความวิตกกังวลไว้ในตนเองเดียวกัน เช่น

รอเจอร์ (Rogers, 1951) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะไม่สมดุลทางจิตใจได้แก่ ความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่แน่ใจ และหวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามตน โดยหาสาเหตุได้ไม่ชัดเจน ภาวะดังกล่าวเกิดจากความไม่กลมกลืนระหว่างตนตามการรับรู้กับประสบการณ์ หรือความจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับเบคและโกรเอน (Beck 1972 ; Groen, 1975) ที่ให้ข้อสังเกตว่าตัวเหตุการณ์เองไม่ได้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลโดยตรง แต่การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้นมีส่วนทำให้เกิดความวิตกกังวลด้วย หากบุคคลรับรู้ความกดดันมากก็มีความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ความกดดันน้อย

ฟิลลิป มาร์ติน และเมย์เจอร์ (Phillips, Martin and Mayers, 1972) เชื่อว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล เขาอธิบายว่า เมื่อบุคคลได้รับการคุกคามจากสิ่งแวดล้อม ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะอยู่ในระบบรับความรู้สึก และการเคลื่อนไหว (Sensorimotor) ซึ่งเป็นกลไกทางสรีระส่งผ่านไปสู่การรับรู้ โดยที่ประสบการณ์นั้นจะถูกแปรไปเป็นภาพพจน์และจินตนาการต่าง ๆ และในที่สุดความวิตกกังวลก็จะผสมผสานกันระหว่างการสร้างสัญลักษณ์ และการให้ความหมายซึ่งเกิดจากกระบวนการทางความคิดแสดงออกในเชิงลบ เช่น การถอยหนี และมีแนวโน้มที่จะเกิดกลวิธีป้องกันตนเองในรูปแบบต่าง ๆ แนวคิดของเขาทั้งสามสอดคล้องกับการอธิบายในทฤษฎีของไฮแกน ซึ่งกล่าวถึงพฤติกรรมการใช้กลวิธีป้องกันตนเองของบุคคลว่า เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามภาพพจน์ของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นนั้น บุคคลจึงพยายามที่จะรักษาโครงสร้างแห่งตนไว้ โดยการปฏิเสธการรับรู้หรือบิดเบือนการรับรู้ ประสบการณ์จริงนั้นเสีย ทำให้เกิดความไม่กลมกลืนระหว่างตนกับประสบการณ์จริงมากขึ้น การใช้กลวิธีป้องกันตนเองบ่อยครั้ง จึงทำให้บุคคลนั้นวิตกกังวลมากจนกระทั่งห่างไกลจากโลกของความจริง กลายเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนในที่สุด



สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1977) กล่าวถึงความวิตกกังวลว่าเป็นความรู้สึก ตึงเครียด หวาดหวั่น ตื่นตระหนก ไม่สบายใจต่อสภาพการณ์ที่เผชิญอยู่ และจะมีผลให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้น ได้แก่ ใจสั่น บาดศีรษะ มีปัสสาวะบ่อย เป็นต้น และถ้ามีความ วิตกกังวลสูงจะมีความรู้สึกตื่นตระหนก หวาดกลัวสุดขีด (Zung, 1980) ความกลัวจึงเป็นส่วน หนึ่งของความวิตกกังวล (Izard, 1972) ซึ่งฮิลการ์ด (Hilgard, 1975) ชี้ให้เห็นว่า ความกลัวคล้ายกับความวิตกกังวล ในแง่ที่ว่า เป็นสภาพที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ และต้องการ หลีกหนี แต่ส่วนที่แตกต่างกันคือความวิตกกังวลเป็นความกลัวต่ออันตราย หรือสิ่งคุกคาม ซึ่งไม่ ทราบว่าเป็นอะไร เป็นความหวั่นกลัวล่วงหน้า ส่วนความกลัวนั้นมีสาเหตุมาจากวัตถุ บุคคล หรือ สถานที่ที่สามารถบอกได้ชัดเจน

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลคืออารมณ์หรือความรู้สึก ชนิดหนึ่ง ซึ่งบุคคลจะต้องประสบในชีวิต เป็นความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ เพราะทำให้เกิดความ อึดอัด ไม่สบายใจ หวาดหวั่นในสถานการณ์ที่จะต้องเผชิญ อย่างไรก็ตามในแต่ละสถานการณ์ จะ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่บุคคลได้มากน้อยต่างกัน หรืออาจไม่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเลยก็ได้ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ การแปรความหมาย ถ้าบุคคลนั้นรับรู้และแปรความหมายไปในทางคุกคาม โดย หาสาเหตุไม่ได้ชัดเจน และเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า โดยสิ่งที่บุคคลคิดว่าคุกคามต่อตนเองนั้น อาจมีอยู่จริงหรือไม่ในสถานการณ์จริงก็ได้ ความวิตกกังวลจึงต่างจากความกลัว ซึ่งจะบอกได้ ชัดเจนว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความกลัว

### ประเภทของความวิตกกังวล

1. แบ่งตามลักษณะการเกิดหรือความแตกต่างของบุคคล สปีลเบอร์เกอร์ (Spiel-berger, 1972) แบ่งความวิตกกังวลตามลักษณะที่แสดงออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 ความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว (Trait Anxiety or A - Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่ และจะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริม หรือตัวประกอบของ ความวิตกกังวลแบบภาวะ (A - state) ว่าเช่นเมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ หรือจะเป็นอันตราย มากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบบุคลิกภาพค่อนข้างสูง จะรับรู้สิ่งเร้านั้นได้เร็วกว่าบุคคล



ที่มีความวิตกกังวลแบบภาวะต่ำกว่า

1.2 ความวิตกกังวลแบบภาวะ (State-Anxiety or A - state) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาเฉพาะ เมื่อมีสถานการณ์เฉพาะ หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากระตุ้น และแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถจะสังเกตเห็นได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวน-กระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปของแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะความวิตกกังวลแบบบุคลิกภาพ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

2. แบ่งตามลักษณะตัวกระตุ้น และความรุนแรงของระดับความวิตกกังวล (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2527)

2.1 Normal anxiety ได้แก่ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นแหล่งของพลังงานที่กระตุ้นให้เรา มีพลังในการต่อสู้เพื่อดำรงชีวิต เป็นตัวกระตุ้นให้เราคิดวางแผนเพื่อหาทางเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางการดำรงชีวิตของเรา ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ นอกจากนี้ Normal anxiety ยังพบได้ในขณะที่บุคคลประสบกับภาวะคุกคามต่อสวัสดิภาพของตน ภาวะ anxiety ที่เกิดขึ้นนี้จะได้สัดส่วนกับสิ่งกระตุ้น และจะเกิดขึ้นไม่นาน เมื่อตัวกระตุ้นลดลง ภาวะ anxiety นี้ ก็จะลดลงตามไปด้วย

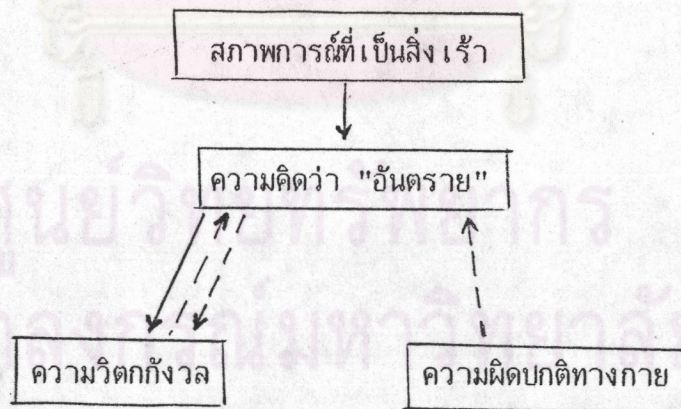
2.2 Neurotic anxiety ภาวะ anxiety ที่เกิดขึ้นไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งกระตุ้น สาเหตุของ anxiety เพียงเล็กน้อย แต่บุคคลผู้นั้นก็ตื่นกลัว และสนองตอบสิ่งกระตุ้นอย่างเกินขอบเขต

2.3 Pathologic or Chronic anxiety หรือ Clinical anxiety เป็นภาวะ anxiety ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุเด่นชัด และเป็นเรื้อรังนานจนทำให้บุคคลผู้นั้นหมดความสุข เพราะอยู่ในภาวะตึงเครียดตลอดเวลา สาเหตุของ Chronic anxiety นั้น โดยมากมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับสิ่งเก็บกดไว้ (Repressed Material) - หรือข้อขัดแย้งที่ตนเองยอมรับไม่ได้ (Inner Conflict) มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมแปลก ๆ เช่น พฤติกรรมชนิด Psychotic ทั้งหลาย ที่เราทั้งหลายไม่สามารถจะเข้าใจได้



## กลไกการเกิดความวิตกกังวล

ในเรื่องกลไกการเกิด anxiety นี้ เบค (Beck, 1972) ได้ให้ทัศนะว่า แม้สภาพการณ์เหล่านี้เป็นตัวการทำให้เกิดความวิตกกังวลได้น้อยกว่า สภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคล หากบุคคลรับรู้ถึงความกดดันนี้มาก ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ได้น้อย แนวคิดของเบคต่อการเกิดความวิตกกังวลจึง เน้นที่องค์ประกอบทางด้านความคิดยิ่งกว่าตัวสภาพกดดันภายนอกที่แท้จริง การที่บุคคลให้ความหมายแก่ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น จะเป็นตัวการทำให้สภาพการณ์ซึ่งอาจไม่มีอะไรร้ายแรง กลายเป็นสภาพที่กดดันอย่างมากไปได้ โดยบุคคลจะประเมินอันตรายนั้นเกินจริงและขณะเดียวกันก็ประเมินความสามารถของตนที่จะจัดการกับภาวะนั้น ๆ ต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย ซึ่งทั้งสองประเด็นนี้จะเป็นตัวเร้าให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้จะกลายเป็นตัวแฉะถึงสัญญาณอันตรายของสภาพการณ์นั้นทำให้ความเข้มของความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นต่อไปอีก กลายเป็นวงจรต่อเนื่องและมีผลทำให้เกิดความแปรปรวนด้านสรีระได้ด้วย เช่น เกิดอาการเจ็บป่วยโดยมิได้มีสาเหตุมาจากกลไกทางด้านร่างกาย (somatic disorders) เบคแสดงแผนภูมิวงจรของความวิตกกังวลไว้ดังนี้



ดังนั้นวิธีการขจัดความวิตกกังวลที่เบคเสนอก็คือ การใช้วิธีการใด ๆ ก็ตามเพื่อขจัดวงจรนี้เสีย เช่น นำบุคคลออกจากสภาพการณ์ที่เร้าให้เกิดความวิตกกังวลเสียชั่วคราว, การปรับพฤติกรรมทางความคิด, การใช้ยา หรือการฝึกผ่อนคลาย เป็นต้น วิธีการเหล่านี้จะช่วยให้การตีความประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม และวงจรของความวิตกกังวลนี้ก็จะค่อย ๆ หดไป



### ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ (Stuart and Sundeen, 1979)

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นระดับที่ทากให้บุคคลตื่นตัว มีการรับรู้กว้างขึ้น มีความสามารถในการเรียนรู้ และการแก้ปัญหาดีขึ้น รวมทั้งมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในตัวบุคคล
2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) เป็นระดับที่ทากให้บุคคลสนใจต่อความกังวลใจที่เกิดขึ้นทันที การรับรู้แคบลง บุคคลจะเลือกสนใจเฉพาะบางส่วนของสภาพการณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น หายใจเข้าออกแรง มีความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร หรือปวดศีรษะ เป็นต้น
3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe Anxiety) เป็นระดับที่ทากให้การรับรู้แคบมาก การมองสภาพแวดล้อมเบือนจากสภาพความเป็นจริง มีความไม่สบายทั้งทางร่างกาย และจิตใจเพิ่มขึ้น พฤติกรรมที่แสดงออกมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น
4. ความวิตกกังวลระดับที่รุนแรงที่สุด หรือกลัวสุดขีด (Panic Anxiety) การรับรู้แคบมากไม่ตรงตามความเป็นจริง บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง บุคลิกภาพ และความคิดจะผิดปกติ ความสามารถในการติดต่อกับผู้อื่น และการเรียนรู้เสียไป

### ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลมีผลก่อกำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ (Goldberger, 1982)

1. ด้านชีวเคมี (Biochemical) มีผลต่อสมองและต่อมไร้ท่อ ซึ่งควบคุมศูนย์กลางของอารมณ์ และระบบประสาทอัตโนมัติทุกกระดุน ส่งกระแสไปที่ส่วนกลางของต่อม อตรีนาล (Adrenal Medulla) หลั่งสารอดรีนาลีน (Adrenaline) ที่ทากให้เกิดพลังงานการไหลเวียนโลหิตในกล้ามเนื้อดีขึ้น กระเพาะอาหารถูกกระตุ้นให้มีการขับน้ำย่อยมากขึ้น ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดผลในกระเพาะอาหารได้ นอกจากนี้ ยังพบว่ามีจำนวนเม็ดโลหิตขาวที่ทากหน้าทีด้านทานโรคลดลง ระดับไขมันในเลือดสูง และเลือดแข็งตัวเร็วขึ้น (Simon and Herbert, 1977)



2. ด้านสรีรวิทยา (Physiological) การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นกับระดับของความวิตกกังวล ได้แก่ อาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจลึกและเร็ว หรือหายใจลำบาก ม่านตาขยาย ริมฝีปากแห้ง เหงื่อออกมาก โดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือ เย็นขึ้น มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดเพื่อ บัสสาวะบ่อย กล้ามเนื้อเกร็ง โดยเฉพาะบริเวณคอ ตัวสั่น นอนไม่หลับ ประจำเดือนผิดปกติในเพศหญิง เป็นต้น

3. ด้านอารมณ์ มีอาการตกใจง่าย โกรธง่าย หงุดหงิด กระสับกระส่าย หวาดหวั่น สงสัย ซอซึกถาม เรียกร้องการพึ่งพาผู้อื่น ซึมเศร้า เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ใจ ขาดความสนใจ แยกตัว และร้องไห้

4. ด้านความคิด ความจำ และการรับรู้ มีอาการหมกมุ่น ครุ่นคิด การใช้ภาษาผิดพลาด ติดขัด สับสน ไม่มีสมาธิ สับสน ไม่แน่ใจ และการรับรู้ผิดพลาด เป็นต้น

ผลของความวิตกกังวล อาจแสดงออกลักษณะพฤติกรรมเปิดเผย หรือซ่อนเร้นก็ได้ ขึ้นกับวิธีการที่บุคคลแต่ละคนใช้ เพื่อขจัดภาวะวิตกกังวลเหล่านั้น

#### การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถประเมินได้ 3 วิธี คือ

1. การประเมินความวิตกกังวลโดยการให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นการรายงานด้วยวาจา รายงานด้วยการเขียน หรือตอบคำถามจากแบบสอบถาม เช่น ใช้แบบวัดความวิตกกังวลแบบ STAI (Spielberger, 1970) แบบวัดความวิตกกังวลแบบ DES+A (Izard, 1972) หรือแบบวัดความวิตกกังวลแบบ MAS (Taylor, 1953) เป็นต้น การประเมินความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้สามารถใช้ได้สะดวก และได้ผลดี ถ้าแบบวัดที่สร้างขึ้นมีความเที่ยงและความตรงสูง

2. การประเมินจากสภาพทางสรีรวิทยา โดยการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการที่ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น จากการตรวจหาความถี่ของผิวหนัง ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ อัตราการหายใจ อุณหภูมิในร่างกาย และการตรวจคลื่นสมอง เป็นต้น โดยต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และการแปลผลที่ได้จากการตรวจทางสรีรวิทยา



3. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะสามารถประเมินความวิตกกังวลได้ โดยการสังเกตพฤติกรรมโดยตรงและโดยทางอ้อม การสังเกตโดยตรง เช่น การสังเกตอาการหายใจแรง มือสั่น เหงื่อออก กัดริมฝีปาก ถอนหายใจ ลักษณะการพูดเปลี่ยนไป เช่น พูดเร็วขึ้น หรือพูดช้าลง เป็นต้น ซึ่งการสังเกตพฤติกรรมเพื่อประเมินความวิตกกังวลนี้มีแบบการสังเกตไว้เป็นแนวทางในการสังเกต เช่น Timed Behavioral Checklist (TBCL) (Panl, 1946) หรือแบบวัดอัตราการพูด (Mahl, 1956) เป็นต้น ส่วนการสังเกตพฤติกรรมทางอ้อม เมื่อประเมินภาวะความวิตกกังวล สามารถสังเกตได้จากสภาพการณ์ธรรมชาติ เช่น การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลที่เข้าไปในเขตหวงห้าม หรือสังเกตพฤติกรรมของบุคคลที่ทำผิดกฎหมาย ซึ่งวิธีนี้มีปัญหาในเรื่องจรรยาบรรณ และการสังเกตก็ต้องมีการวางแผนล่วงหน้าเป็นอย่างดี หรืออีกวิธีหนึ่งที่จะสามารถสังเกตพฤติกรรมได้ทางอ้อม โดยการให้บุคคลแสดงบทบาทสมมติแล้วสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวล หรือให้บุคคลอยู่ในสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล แล้วสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวลจาก Behavioral Avoidance tests (BAT) เป็นต้น (Nietzel and Bernstein, 1981)

### การลดความวิตกกังวล

แกรมบริลล์ (Grambrill, 1978) ได้กล่าวถึง แนวทางการลดความวิตกกังวลว่าทำได้หลายวิธี คือ

1. การลดความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ (Systemic desensitization) เป็นการลดความสับสนที่เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับตัวกระตุ้น โดยใช้วิธีแยกสิ่งเร้าออกเป็นขั้น ๆ และลดความวิตกกังวลเป็นขั้น ๆ ตามสิ่งเร้านั้น
2. การลดความวิตกกังวลโดยการเสนอตัวแบบ (Modeling) เป็นการจัดให้บุคคลได้เรียนรู้ต่อสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า โดยผ่านตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับบุคคลนั้น ทำให้เกิดการคาดหวัง และเชื่อว่าพฤติกรรมที่ตนเห็นว่าเป็นเหมาะสมกับตัวแบบก็จะเหมาะสมหรือใช้ได้ดีกับตนเองเช่นกัน
3. การลดความวิตกกังวลโดยให้บุคคลได้เผชิญกับสิ่งเร้า ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล แล้วให้แรงเสริมในพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น (Flooding) อาจทำได้โดยให้บุคคลเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง หรือโดยการจินตนาการว่าได้เข้าไปอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ ก็ได้



อุบล นิวัติชัย (2528) ได้เสนอแนวทางลดความวิตกกังวลไว้ 4 ข้อดังนี้

1. ช่วยเหลือแก้ไขปัญหานั้นปัจจุบันก่อน เป็นการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขเฉพาะหน้า หรือปัญหาที่รับด้านในขณะนั้น ซึ่งอาจกระทำได้หลายวิธี เช่น ๑. ให้การยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย ยอมรับฟังข้อเรียกร้อง ๒. ให้ความเห็นอกเห็นใจ และพยายามเข้าใจถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วย ตลอดจนสืบหาสาเหตุและช่วยหาแนวทางแก้ไขต่อไป

2. ลดแรงกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวล โดยวิธีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 เปิดโอกาสให้บุคคลนั้นได้ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจต่าง ๆ

2.2 แนะนำวิธีการลดความวิตกกังวลโดยวิธีอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลได้ และยังเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและช่วยให้นอนหลับได้ง่ายอีกด้วย (Sutterley, 1979)

2.3 ใช้วิธีการทาสมาธิ ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยทำให้บุคคลมีความสงบสุข และลดความวิตกกังวลได้ (Daley, 1973) และยังช่วยทำให้ร่างกายมีการทำงานดีขึ้น

2.4 การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความวิตกกังวลจากการศึกษาของจาโคบสัน พบว่า กล้ามเนื้อและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน ความวิตกกังวลจะไม่มีและไม่สามารถคงอยู่ได้ ถ้ากล้ามเนื้อมีการผ่อนคลายอย่างแท้จริง (Sutterley, 1979)

2.5 การสัมผัส (Therapeutic touch) เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดความวิตกกังวลได้ ทั้งนี้เพราะการสัมผัสเป็นการแสดงถึงการอนุญาตและการกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมผัสได้ระบายความรู้สึกอัดอั้น เพื่อช่วยให้รู้สึกบรรเทา และเข้าใจปัญหานั้น ๆ (Mason and Pratt, 1980)

3. การให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเป็นการชี้แนะและประกอบการตัดสินใจ แก้ปัญหาของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเป็นการติดต่อสื่อสารให้ผู้ป่วยได้ทราบเข้าใจประเมินสถานการณ์ถูกต้อง ท้าให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีจึงสามารถลดความวิตกกังวลได้ (Skipper, 1975)

4. การให้คำปรึกษาในเชิงจิตวิทยาเพื่อให้บุคคลเข้าใจอารมณ์ความวิตกกังวล และพฤติกรรมของตนจะ ได้สามารถควบคุมหรือแก้ไขความวิตกกังวลนั้นได้ การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา เน้นให้ผู้มีความวิตกกังวลได้เข้าใจอารมณ์ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมของตนจะ ได้สามารถควบคุมหรือแก้ไขความวิตกกังวลนั้นได้ หลักสำคัญของวิธีนี้คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้ขอรับคำปรึกษา ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไว้วางใจและกล้าพูดระบายความวิตกกังวลมากขึ้น



สุนีย์ เกี่ยวกึ่งแก้ว (2527) ได้กล่าวถึงการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลว่า ทำได้ดังนี้

1. ตระหนักว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิตกกังวล โดยการวิเคราะห์จากพฤติกรรมของผู้ป่วย
2. ศึกษาดูว่าก่อนมีพฤติกรรมดังกล่าว มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้าง และเหตุการณ์นั้นมีความหมายอย่างไรแก่ผู้ป่วย
3. แสดงท่าทียอมรับพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย แม้จะเป็นพฤติกรรมไม่เหมาะสม รับฟังอย่างตั้งใจ เต็มใจช่วยเหลือ
4. ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่า เขามีความวิตกกังวล และพฤติกรรมแสดงออกนั้นเป็นผลที่เขาพยายามรักษาสมาคมุขยของอารมณ์ของเขา
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเผชิญกับความวิตกกังวล และสิ่งคุกคาม
6. ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังพยายามเผชิญกับภาวะคุกคามต้องช่วยลดภาวะวิตกกังวลอื่น ๆ ที่ไม่จำเป็นเสีย
7. ช่วยให้ผู้ป่วยใช้พลังงานส่วนเกินที่เกิดจากภาวะวิตกกังวลให้เป็นไปบนทางสร้างสรรค์

#### ความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด

การผ่าตัดถือเป็นภาวะคุกคาม และก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเสมอ ไม่ว่าการผ่าตัดนั้นจะเป็นการผ่าตัดเพียงเล็กน้อย หรือเป็นการผ่าตัดใหญ่ และเป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน หรือเป็นการผ่าตัดที่ทราบล่วงหน้า มีการเตรียมตัวมาก่อน (Valicer, 1974) ผู้ป่วยศัลยกรรมจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยอายุรกรรม และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อระยะเวลาผ่าตัดใกล้เข้ามา และค่อย ๆ ลดลงภายหลังการผ่าตัด (Johnson, et al., 1970) ความวิตกกังวล และความกลัวการผ่าตัดอาจพบได้ในเรื่องต่าง ๆ เช่น กลัวในสิ่งแวดล้อมที่จะต้องเผชิญ กลัวโดยไม่ทราบสาเหตุ กลัวความเจ็บปวด กลัวความพิการ หรือการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพของร่างกาย กลัวความตาย กลัววิธีดำเนินการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก กลัวและวิตกกังวล เพราะได้รับฟังคำบอกเล่าเกี่ยวกับการผ่าตัด และการดมยาสลบในทางลบมาก่อน



### ความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด

การผ่าตัดถือเป็นภาวะคุกคาม และก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเสมอ ไม่ว่าการผ่าตัดนั้นจะเป็นการผ่าตัดเพียงเล็กน้อย หรือเป็นการผ่าตัดใหญ่ และเป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน หรือเป็นการผ่าตัดที่ทราบล่วงหน้า มีการเตรียมตัวมาก่อน (Valicer, 1974) ผู้ป่วยศัลยกรรมจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยอายุรกรรม และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อระยะเวลาผ่าตัดใกล้เข้ามา และค่อย ๆ ลดลงภายหลังการผ่าตัด (Johnson, et al., 1970) ความวิตกกังวล และความกลัวการผ่าตัดอาจพบได้ในเรื่องต่าง ๆ เช่น กลัวในสิ่งแวดล้อมที่จะต้องเผชิญ กลัวโดยไม่ทราบสาเหตุ กลัวความเจ็บปวด กลัวความพิการหรือการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพของร่างกาย กลัวความตาย กลัววิธีดำเนินการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก กลัวและวิตกกังวล เพราะได้รับฟังคำบอกเล่าเกี่ยวกับการผ่าตัด และการดมยาสลบในทางลบมาก่อน

### ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด

1. อายุ มีส่วนทำให้ระดับความวิตกกังวลต่อสิ่งเร้าที่ต้องเผชิญต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความสามารถในการรับรู้ และประสบการณ์ในอดีตของบุคคลแต่ละวัย โดยเฉพาะวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ มีความสามารถในการเผชิญต่อความวิตกกังวลแตกต่างกัน พบได้เสมอว่า วัยเด็กจะมีความกลัวสูง จากการคิดจินตนาการว่าตนเองจะได้รับบาดเจ็บหรืออันตราย ต่างกับวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้ดี (สุนีย์ ต้นติพัฒนานันท์, 2522)

2. เพศ เพศหญิง และเพศชาย จะมีระดับการหลั่งฮอร์โมนแต่ละชนิดในร่างกายต่างกัน ทำให้มีลักษณะของอารมณ์และความสามารถในการควบคุมอารมณ์ หรือเผชิญต่อความวิตกกังวลต่างกัน เพศหญิงมักมีอารมณ์ฉุนเฉียว ซึมเศร้า หรือหงุดหงิดวิตกกังวลได้ง่าย โดยเฉพาะในช่วงระยะใกล้มีประจำเดือน หลังคลอด และหมดประจำเดือน (สุพัฒนา เตชาติวงศ์ ญอธยา, 2526) และการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดมากกว่าเพศชาย (วีรา ชิตทรงสวัสดิ์, 2526 ; Domar, et al., 1989 : Graham, 1971; Lucente and Fleck, 1972 ; Wolfer and Davis, 1970 )

3. บริเวณที่ผ่าตัด มีผลต่อระดับความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด จากการศึกษาในอดีต



พบว่า การผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ หรือ ปอด สมอง การผ่าตัดอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ หรือสัญลักษณ์ทางเพศ เช่น ผ่าตัด ทางนรีเวช ตัดเต้านม มดลูก การผ่าตัดทางกระดูก การตัดแขน ขา ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าการผ่าตัดทั่ว ๆ ไป (Lucent and Fluck, 1972)

4. ประสบการณ์ผ่าตัดที่เคยได้รับ ประสบการณ์ในอดีต เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้วยสติปัญญา (Cognitive control) ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือความทรงจำที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหตุการณ์ที่เผชิญเหมือนเดิม หรือแตกต่างไปจากเดิม (Lazarus and Folkman, 1984) ประสบการณ์ในอดีต ทำให้บุคคลได้รับรู้คาดการณ์ในเหตุการณ์เดิมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ใกล้เคียงความจริงมากขึ้น น่าจะมีส่วนทำให้มีความวิตกกังวลต่อสิ่งที่จะต้องเผชิญน้อยกว่า ผู้ไม่มีประสบการณ์มาก่อน

5. การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ ข้อมูลก่อนผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และคาดการณ์ได้ถูกต้องใกล้เคียงความเป็นจริง ถือเป็น การเตรียมความพร้อมก่อนเผชิญในสถานการณ์จริง ข้อมูลที่เหมาะสมก่อนผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูล นอกจากนี้ยังส่งผลถึงการปรับตัว และการฟื้นคืนสภาพระยะหลังผ่าตัดด้วย (Johnson, Morrissey and Leventhal, 1973 ; Johnson, et al. 1975 ; Hartfield, 1982 ; Staub and Kollatt, 1977)

### ผลเสียของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

#### 1. ระยะก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูง อาจปฏิเสธการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเพราะคาดการณ์ล่วงหน้าถึงภาวะไม่สุขสบาย หรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งปัญหา และโรคบางชนิดไม่สามารถแก้ไข ทุเลา หรือรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีอื่นนอกจากโดยการผ่าตัด ย่อมทำให้ผู้ป่วยพลาดโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายแสดงพฤติกรรมกลบเกลื่อน หรือแสดงออกทางการก้าวร้าว ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลก่อให้เกิดปัญหา ระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลหรือรู้สึกผิด เป็นปัญหาทาง



ด้านจิตใจมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยผู้ใหญ่แม้จะกลัวการผ่าตัดแต่ไม่กล้าแสดงออกและปฏิเสธการปลอบโยน เนื่องจากไม่กล้ายอมรับความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ส่งผลกระทบแก่การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายรวมถึงจิตใจของผู้ป่วย ท้ากห้มีความคิดสับสน หงุดหงิด นอนไม่หลับ ระบบการย่อยและดูดซึมผิดปกติเกิดปัญหาท้องอืด ท้องผูก หรือท้องเดิน ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือภาวะโรคหัวใจ อาจท้ากห้ปัญหาดังกล่าวรุนแรงขึ้นจนอาจเป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัด ท้ากห้ต้องเลื่อนระยะเวลาการผ่าตัดออกไป ต้องล้มเลิก และใช้วิธีการรักษาทางอื่นที่ได้ผลน้อยกว่าการผ่าตัด

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิด การเรียนรู้ และความจำ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดที่สูงมาก ๆ อาจเป็นอุปสรรคต่อการสอน ให้ข้อมูล คำแนะนำ หรือการฝึกปฏิบัติที่จำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ซึ่งข้อมูลและการฝึกต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ป่วยจะได้รับตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดแล้ว คือ เป็นการเตรียมและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด

## 2. ระยะผ่าตัด

ความวิตกกังวลที่สูงมาก ๆ ในระยะก่อนผ่าตัด อาจก่อห้เกิดปัญหายุ่งยากในขณะทำการผ่าตัด และดมยาสลบได้ เพราะความวิตกกังวลที่สูงมาก ๆ จะกระตุ้นห้ร่างกายปล่อยสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ออกมาท้ากห้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ และเกิดการเปลี่ยนแปลงฤทธิ์ของยาสลบได้ (McCleane, et.al., 1990) เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการใช้ยาสลบ หรือท้ากห้ต้องเพิ่มจำนวนการให้ยาสลบมากขึ้น

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จะกระตุ้นห้ร่างกายหลังฮอร์โมนคอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroid) เข้าสู่กระแสเลือด มีผลท้ากห้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น ระบายน้ำออกของเกลือแร่ในร่างกาย เพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย เพิ่มการละลายไกลโคเจนในตับ และกล้ามเนื้อ (สุนีย์ เกียวกิงแก้ว, 2527 ; ฉวีวรรณ สุตตะบุตร, 2524) ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงมากมีโอกาสเสี่ยงกับการผ่าตัดที่ไมดี และผู้ป่วยไม่ม่อาจสามารถเผชิญกับความเครียดที่เพิ่มขึ้นจากวิธีการผ่าตัดได้ (Dugass, 1983)



### 3. ระยะหลังผ่าตัด

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด มีผลต่อการหายของแผลหลังผ่าตัด เนื่องจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม จะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ออกมามากกว่าปกติ จึงยับยั้งการสังเคราะห์คอลลาเจน และกระบวนการอักเสบ แผลจึงหายช้า (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2527)

ความวิตกกังวลที่สูงมากในระยะก่อนผ่าตัด จะเพิ่มการกระตุ้นการตอบสนองของต่อมไทรอยด์เป็นผลให้ร่างกายฟื้นคืนสภาพปกติที่ยาวนานออกไป (Salman, 1990) ในขณะที่เดียวกันยังมีผลต่อความเจ็บปวดแผลผ่าตัดภายหลังการผ่าตัดได้ด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่วิตกกังวลต้องอยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดนานขึ้น (Chapman, 1985)

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด มีผลกระทบต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยา เช่น อาจก่อให้เกิดอาการอาเจียน การคั่งของปัสสาวะ การเจ็บปวดกระสับกระส่าย หรือนอนไม่หลับในระยะหลังผ่าตัด อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ต่อไปได้

#### การลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

การลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด สามารถทำได้หลายวิธี โดยการนำวิธีการลดความวิตกกังวลจากสถานการณ์ทั่วไปมาประยุกต์ใช้ เช่น

1. การลดความวิตกกังวล โดยใช้วิธีการลดความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ (Systemic desensitization) การลดความวิตกกังวลโดยการเสนอตัวแบบ (Modeling) หรือ การลดความวิตกกังวลโดยให้บุคคลเผชิญกับสิ่งเร้า และให้แรงเสริมในพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น (Flooding) (Grambrill, 1978)

2. การลดความวิตกกังวล โดยการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้า และลดแรงกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวลโดยวิธีต่าง ๆ เช่น เบี่ยงเบนความสนใจ ผูกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทสมาธิ การสัมผัสเป็นดิน (อุบล นิวัติชัย, 2528)

3. การลดความวิตกกังวล โดยการให้ข้อมูล (Giving information) จอร์นสัน และลีเวนทาล ได้พยายามศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับเรื่องผลการให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด และความทุกข์ทรมานจากความกลัวของผู้ป่วยในสถานการณ์ทางคลินิก เช่น การผ่าตัด การ



ตรวจพิเศษต่าง ๆ (Johnson, 1972 ; Johnson, 1973 ; Johnson, Morrissey and Leventhal, 1973 ; Johnson, et. al., 1975 ; Mchugh, Christman and Johnson, 1982 ; Leventhal and Johnson, 1983) ทำให้ได้ข้อสรุปว่า เมื่อมีภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่มาคุกคาม บุคคลจะสามารถปรับตนเองในการเผชิญภาวะเหล่านั้น โดยอาศัยการแปลความหมายและพิจารณาหาแนวทางในการตอบสนองจากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ซึ่งอาจเป็นไปในลักษณะเคย หรือคุ้นเคยต่อสถานการณ์นั้นมาก่อนหรือถ้าไม่เคยตกอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ มาก่อนก็อาจอาศัยความรู้ ความเข้าใจ การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอจนสามารถจินตนาการถึงสถานการณ์เหล่านั้นได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง หรือใกล้เคียงสถานการณ์จริงมากที่สุด แต่ถ้าบุคคลไม่คุ้นเคยหรือไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ จะทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถเผชิญต่อสถานการณ์คุกคามได้อย่างเหมาะสม จะมีความวิตกกังวล หวาดกลัว ซึ่งแสดงออกได้ชัดเจนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

#### การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดยึดกระดูกด้วยโลหะ (Internal fixation)

การพยาบาลผู้ป่วย O.R.I.F. หรือ Open reduction and internal fixation หลักในการดูแลส่วนใหญ่เหมือนกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทั่ว ๆ ไป โดยเฉพาะการดูแลก่อนผ่าตัด ส่วนการดูแลหลังผ่าตัด จะมีความเฉพาะเจาะจงมากกว่า ซึ่งการดูแลผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

1. การพยาบาลก่อนผ่าตัด (การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด)
2. การพยาบาลเข้าวันผ่าตัด
3. การพยาบาลหลังผ่าตัด

#### การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1. การเตรียมทางด้านร่างกาย (Physical preparation)
  - 1.1 การเตรียมร่างกายทั่วไป (General preparation)
  - 1.2 การเตรียมร่างกายที่จะทำผ่าตัด (Specific preparation)



## 2. การเตรียมทางด้านจิตใจ (Psychological preparation)

### การเตรียมร่างกายทั่วไป (general preparation)

1. ดูแลความพร้อมของสภาพร่างกายทั่วไป มีโรค หรือปัญหาที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัดหรือไม่ ประวัติการแพ้ยาต่าง ๆ รวมทั้งโรคประจำตัวที่เป็นอยู่
2. ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผม เล็บมือ ปากฟัน ผิวหนัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
3. การพักผ่อนนอนหลับ ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ
4. วัด Vital Signs ลงบันทึกไว้ดูว่ามีความผิดปกติหรือไม่
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้อาหาร และน้ำ เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย
6. ให้ผู้ป่วยได้เซ็นยินยอมรับการผ่าตัด ถ้ายังไม่บรรลุนิติภาวะให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองเซ็นแทน
7. สอนให้ผู้ป่วยได้ฝึกหัดออกกำลังกาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การทำ Deep breathing การเกร็งกล้ามเนื้อ
8. ดูแลในเรื่องการขยับถ่าย ไม่ให้ผู้ป่วยท้องผูก
9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory) ตามแผนการของแพทย์ เช่น การตรวจ C.B.C., Urine exam, Blood grouping, Matching, L.F.T., B.U.N., Cr., Electrolyte, E.K.G. และ X-ray (Chest and fracture site)

### การเตรียมร่างกายที่จะทำการผ่าตัด (Specific preparation)

1. การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัด จะทำการอาบน้ำเย็นก่อนวันผ่าตัด โดยการพอกด้วยน้ำ และสบู่กอนจนออกให้สะอาด แล้วทายาฆ่าเชื้อ การโกนขนให้โกนไปตามแนวที่ขนขึ้น วมัดโกนต้องใหม่ ระวังไม่ให้บาดผู้ป่วย เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด ถ้าการหักของกระดูกเป็นชนิด Open Faacture ขณะโกนขนรอบ ๆ แผลต้องทำความสะอาดขอบแผลให้ดีที่สุด แต่ระวังไม่ให้ยาไหลเข้าในแผลจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้



2. การให้ยา ผู้ป่วยอาจต้องได้รับยาบางอย่างก่อนนอนเย็น หรือคืนก่อนผ่าตัด เช่น ยาระงับประสาท ยาปฏิชีวนะ

3. การงดน้ำ และอาหารทางปาก เพื่อป้องกันการอาเจียน และสำลัก ผู้ป่วยจะต้องงดอาหารน้ำดื่มทางปาก 8-12 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด โดยจะงดหลังเที่ยงคืนและท่ผ่าตัดในช่วงเช้าของวันรุ่งขึ้น

### การเตรียมทางด้านจิตใจ (Psychological preparation)

ผู้ป่วยที่รู้ว่า ต้องท่ผ่าตัดจะเกิดความกังวล หวาดกลัวในหลายสิ่งหลายอย่าง เช่น กลัวความพิการ กลัวสูญเสียอวัยวะ กลัวไม่หาย กลัวเจ็บปวด กลัวตาย และในหลาย ๆ รายกลัวไม่มีเงินใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ดังนี้ คือ

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ บอกสาเหตุ และความจำเป็นที่ต้องท่ผ่าตัด ให้มีความมั่นใจในการท่ผ่าตัดของแพทย์
2. อนุญาตให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเกี่ยวกับการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด และบอกรายละเอียดที่ผู้ป่วยควรจะทราบ พูดคุยอย่างเป็นกันเอง ท่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่น
3. แนะนำให้ผู้ป่วยพูดคุยซักถามจากผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดมาแล้ว จะได้คลายความหวาดกลัววิตกกังวล ท่ให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น
4. จัดให้ผู้ป่วยเล่นเกมต่าง ๆ ถ้าสามารถท่ทำได้ ให้อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเพลิดเพลินลิมความวิตกกังวลได้
5. ทางด้านเศรษฐกิจ เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์ในการรักษา ค่าเลือด ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าผ่าตัด พยาบาลก็จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ถ้ามีปัญหาควรแนะนำให้ปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม
6. พยาบาลต้องอธิบายให้ญาติผู้ป่วยทราบด้วย เพื่อจะให้ได้เข้าใจและให้ความช่วยเหลือ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ให้หมั่นมาเยี่ยมบ่อย ๆ ผู้ป่วยจะได้เกิดความอบอุ่น ไม่ว่าเหว่
7. พยาบาลต้องอธิบายถึงกฎ ระเบียบต่าง ๆ ของโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบ จะได้ปฏิบัติได้ถูกต้อง
8. พยาบาลต้องให้ความเป็นกันเองกับผู้ป่วย บอกให้ทราบว่า หลังจากผ่าตัดแล้วใครบ้างจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ ดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจะคลายความวิตกกังวลได้



การบรรเทาความวิตกกังวล และความกลัวของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด และระยะ หลังผ่าตัด พยาบาลจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อข้องใจต่าง ๆ เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้อง เผชิญในระยะผ่าตัด และต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก สภาพในห้องผ่าตัด และสิ่งที่ผู้ป่วยอาจต้องประสบภายหลังผ่าตัด คำแนะนำที่ควรให้กับผู้ป่วยได้แก่

1. การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร การเตรียมผิวหนังบริเวณที่ จะผ่าตัด การบริหารการหายใจ (Breathing exercise) และการไอที่ถูกต้อง (effective cough) เป็นต้น การถอดสิ่งมีค่าต่าง ๆ ฟันปลอม แว่นตา เลนส์สัมผัส (contact-lens) อุปกรณ์ช่วยในการฟัง ฯลฯ ก่อนที่ผู้ป่วยจะ ไปห้องผ่าตัด

2. สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในวันผ่าตัด

2.1 การแต่งกายของบุคลากรในตึกผ่าตัด คือ บุคลากรในตึกผ่าตัดจะสวมชุด ของห้องผ่าตัด สวมหมวก และมีผ้าปิดปากและจมูกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

2.2 สถานที่สำหรับให้ผู้ป่วยนอนรอผ่าตัด อาจเป็นห้องรอผ่าตัด (waiting room) หรือหน้าห้องผ่าตัด เมื่อทีมผ่าตัดพร้อม เจ้าหน้าที่จะย้ายผู้ป่วยเข้าในห้องผ่าตัด

2.3 สภาพในห้องผ่าตัด ได้แก่ เตียง ไฟผ่าตัด อุปกรณ์สำหรับให้ยาระงับ ความรู้สึก อุณหภูมิภายในห้องผ่าตัด

2.4 สถานที่สำหรับให้ญาตินั่งคอยขณะผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัดและญาติ สามารถ สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดได้

3. สิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในขณะผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด

3.1 ขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกตามชนิดของการผ่าตัดของผู้ป่วย เช่น การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย วิสัญญีแพทย์จะให้ยานาชาสลับเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อ ผู้ป่วยหมดความรู้สึก แพทย์จะใส่ท่อหลอดลมคอ (endotracheal tube) สำหรับให้ก๊าซที่ทาให้ หมดความรู้สึก ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวขณะผ่าตัด

3.2 ท่าที่ใช้สำหรับผ่าตัด

3.3 ขั้นตอนการผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย

3.4 ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด



### 3.5 สภาพผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด

3.5.1 ตำแหน่งของแผลผ่าตัด และภายหลังผ่าตัด อาจมีสายยางต่อจากแผลผ่าตัด หรือข้างแผลผ่าตัด เพื่อระบายเลือดและน้ำเหลืองที่คั่งค้างจากการผ่าตัด หรืออาจมีท่ออื่น ๆ อีก ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดของการผ่าตัด และห้ามผู้ป่วยดึงสายยาง เหล่านี้ออก

3.5.2 การอยู่ในห้องพักฟื้นภายหลังผ่าตัดจนกว่าจะรู้สึกตัวดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกของการผ่าตัด จึงจะส่งผู้ป่วยกลับมาที่หอผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้ป่วยจะอยู่ในห้องพักฟื้นประมาณ 1-1 1/2 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดหรือการผ่าตัดอวัยวะที่สำคัญผู้ป่วยอาจจะต้องอยู่หอผู้ป่วยหนัก (ICU) เมื่ออาการปลอดภัย แล้วจะย้ายกลับหอผู้ป่วย

3.5.3 อาการปวดแผลหลังผ่าตัด ภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยทุกคนจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บแผลผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวดีในระยะหลังผ่าตัด ความเจ็บปวดบาดแผลหลังผ่าตัดมักเจ็บปวดมากในระยะ 12-36 ชั่วโมงแรก และโดยปกติจะทุเลาหรือหายไป 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถช่วยลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ด้วยตนเอง โดยการพยายามฝึกตนเองให้มีการออกกำลังแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างถูกต้องหลังผ่าตัดทำให้เร็วที่สุด ภายหลังจากรู้สึกตัวดีเนื่องจากการออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องบ่อยครั้ง จะช่วยลดความเครียด (strain) ของกล้ามเนื้อ และช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือดไปที่แผลผ่าตัดดีขึ้น ทำให้แผลหายเร็ว ความเจ็บปวดลดลงได้ การเปลี่ยนท่านอน การทำจิตใจให้สบาย หรือการหาสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียง อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ฯลฯ อาจช่วยบรรเทาอาการเจ็บแผลผ่าตัดได้ ภายหลังการผ่าตัดถ้าเจ็บแผลผ่าตัดมากก็สามารถแจ้งให้พยาบาลทราบ เพื่อขอยาระงับได้

#### การพยาบาลเข้าวันผ่าตัด

1. ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกาย ปากฟัน ถ้าผู้ป่วยทำไม่ได้ดูแลทำให้ ถ้าผู้ป่วยทาเล็บ และแต่งหน้าให้ล้างออกทั้งหมด
2. ฟันปลอม ของมีค่า แว่นตา หรือ Contact lens ไม่นำติดตัวไปห้องผ่าตัด อาจสูญหาย หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย
3. ตรวจเช็ค Vital Signs ลงบันทึก



4. ตรวจสอบความเรียบร้อยของการเตรียมผิวหนังผ่าตัด หรือการเตรียมพิเศษอื่น ๆ  
ถ้ามี

5. ชักถามาให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานอาหาร และน้ำตามเวลาที่กำหนด
6. ตรวจสอบเพิ่มประวัติ เช็กผล Lab การเซ็นยินยอมผ่าตัด พิล์ม X-ray ตลอดจนของใช้ที่ต้องเตรียมไปห้องผ่าตัด พร้อมผู้ป่วย
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาก่อนระงับความรู้สึก (Pre-medical) ตามเวลาที่กำหนด
8. ในรายที่ไม่ได้ใส่สายสวนค้ำไว้ แนะนำให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนเข้าห้องผ่าตัด

#### การพยาบาลหลังผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ เหมือนกับการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั่ว ๆ ไป เช่น ดูแลตรวจเช็ก Vital Signs การรู้สึกตัว การมีเลือดออกจากแผลผ่าตัด ฯลฯ นอกจากนี้ ยังมีหลักในการดูแลหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเป็นพิเศษ คือ

1. หลังผ่าตัดระยะแรก แผลจะมี Drain ควรดูแล ให้มี free drainage สังเกตและจดจำนวนที่ออกมาด้วย
2. หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจใส่ skin traction มาด้วย ให้ดูแลแบบผู้ป่วยเข้า skin traction
3. ในรายที่ทำผ่าตัดยึดกระดูกที่ข้อตะโพก และไม่ได้ใส่ traction มาด้วย ให้จัดทำของผู้ป่วยดังนี้
  - 3.1 ขาข้างที่ผ่าตัดให้กางออกเล็กน้อย และเข่างอเล็กน้อย
  - 3.2 สอดหมอนใบเล็กที่ใต้เข่าเพื่อป้องกัน hyperextension ของเข่า และ external rotation ของขา
  - 3.3 ป้องกันขาบิดหรือหมุนออกด้านนอก โดยใช้ถุงทรายหรือผ้าห่มที่ม้วนวางด้านนอกตามความยาวของต้นขา
4. การบริหารร่างกาย ควรเริ่มในวันแรกที่ผ่าตัด โดยเริ่มจากกระดูกนิ้วมือ กระดกข้อเท้า ข้อมือ และกระตุ้นให้ใช้แขนขาข้างที่ดี ให้ผู้ป่วยโหน trapeze เพื่อยกตัวเองขึ้นในการเปลี่ยนท่า



## 5. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยดังนี้

5.1 แผลกดทับ ความปวดและอ่อนเพลียหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมยกขยับเขยื้อนตัว พยาบาลควรกระตุ้นและช่วยผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง วิธีการพลิกตะแคงควรมีพยาบาล 2 คนช่วยกัน ในรายที่ผ่าตัดที่ขา ฟันจ่าวัวว่าขาข้างที่ผ่าตัดเป็นบริเวณที่เจ็บผู้ป่วยจะพยายามคืนตัวแข็งทื่อ และกลัวเจ็บ จะรู้สึกไม่สบายที่จะนอนตะแคงเป็นเวลานาน ๆ ดังนั้นการพลิกตะแคงควรพลิกไปข้างขาดี ถ้าจำเป็นต้องพลิกไปข้างที่ผ่าตัดให้พลิกไปเพียง 45 องศา ไม่ควรพลิกทับแผลที่ผ่าตัดให้วางหมอนระหว่างขา ก่อนพลิก เพื่อมิให้ขาบนหุบหรือบิด ซึ่งเป็นการป้องกันมิให้เกิดแรงที่มีผลต่อบริเวณที่ผ่าตัด การช่วยพลิกหรือยกผู้ป่วยไม่ควรจับบริเวณแผล

นอกจากการพลิกตะแคงตัวแล้ว ต้องดูแลผิวหนังของผู้ป่วยให้สะอาด โดยเฉพาะบริเวณที่มีการกดทับ ควรมีการลูบหรือนวด เพื่อกระตุ้นให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น

5.2 Contractures ในรายที่ผ่าตัดที่ขา มีแนวโน้มที่จะเกิดการหดรั้งของข้อตะโพกและเข่าในทางอ้อมได้ พยาบาลควรป้องกันโดยจัดท่านอนให้ขาข้างที่ผ่าตัดอยู่ในท่า Good body alignment เช่น ในผู้ป่วยที่ทำ intramedullary nail หลังผ่าตัดมักจะมีแนวโน้มที่ขาจะหมุนบิดออกทางด้านนอกตัว (External rotation) ป้องกันโดยใช้หมอนทราย หรือผ้าห่มม้วนดันด้านนอกของต้นขา คือ ตั้งแต่ข้อตะโพกถึงเหนือหัวเข่า และให้ขาถ่างออกเล็กน้อย ในบางรายแพทย์อาจทำ skin traction ที่ขาข้างที่ผ่าตัดจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถออกกําลังและควบคุมท่าทางของขาเองได้

ให้บริหารขาเพื่อป้องกันการหดรั้ง ข้อตะโพกและเข่ามักจะงอ เพราะผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหว กล้ามเนื้ออ่อนแรงควบคุมขาไม่ได้ ทำตก เพราะการหดรั้งของเอ็นร้อยหวาย เกิดเมื่อไม่ได้ออกกําลัง ดังนั้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อเท้าทุก 3 ชั่วโมง บริหาร Gluteal, quadriceps และ abdominal muscle เริ่มด้วยการเคลื่อนไหวเอง แล้วเพิ่มแรงต้าน เช่น ยกถุงทราย การบริหารควรทำทั้งข้างดีและข้างที่ผ่าตัด

ขยเตียงให้ราบเป็นเวลานาน 2 ชั่วโมง หรือเอาหมอนที่รองขาข้างที่ผ่าตัดออก เพื่อให้ข้อตะโพกและข้อเข่าเหยียดเต็มที่ในช่วงเวลาหนึ่งป้องกัน flexion contracture

5.3 ปอดบวม โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ ควรกระตุ้นให้หายใจลึก ๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพบ่อย ๆ พลิกตะแคงตัวทุก 2-3 ชั่วโมง ให้มีการเคลื่อนไหว

5.4 Pulmonary embolism ในการผ่าตัดใหญ่ที่ขาอาจมีก้อนเลือด ฟองอากาศ หรือไขมันเข้าไปในเส้นเลือด และอาจไปอุดตันเส้นเลือดที่ปอดได้ ผู้ป่วยจะมีอาการคล้าย



บอดบวม คือ เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก รุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นกับบริเวณที่เกิด embolus ดังนั้น ควรสังเกตการหายใจที่เปลี่ยนแปลง

5.5 Thrombophlebitis มีอาการ บวม แดง หรือร้อนนาล้านแขนขา เข้า น่อง สาเหตุที่พบบ่อย คือ ไม่ได้เคลื่อนไหวแขนขา ร่วมกับวิธีการผ่าตัดป้องกันโดยกระตุ้นให้เคลื่อนไหวแขนขา ช่วยเปลี่ยนท่าทางในการนอน พัน elastic bandage เพื่อไม่ให้เกิดการคั่งของเลือดขณะเดิน ให้ระวังการบวมของขา เพราะอาจเกิดการกดเส้นประสาทและเส้นเลือดดำ มีหลักสังเกตอาการกดเส้นประสาท และ เส้นเลือดอย่างง่าย ๆ เรียก 5 p' คือ Pain (ซีด) Pulselessness (คลำชีพจรไม่ได้) Paresthesia (ความรู้สึกผิดปกติ) และ Paralysis (เคลื่อนไหวไม่ได้)

6. ดูแลให้ผู้ป่วยเพิ่มกิจกรรมการบริการ เริ่มจากการกระตุ้นให้เคลื่อนไหวแขนขา ผีกลุกนั่งโดยขยับขาข้างหนึ่งหลาย ๆ ครั้ง ต่อวัน ให้ลุกนั่งเอง ผีกให้ลงนั่ง ำโต๊ะข้างเตียง หัดเดินด้วย walker หรือ crutches ในกรณีที่ทำการยึดกระดูกที่ขา ให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่ลงน้ำหนักที่ขาข้างที่ผ่าตัด จะลงน้ำหนักตัวบางส่วนหรือเต็มที่ได้เมื่อไร ขึ้นอยู่กับการผ่าตัดของแพทย์แต่ละคน ถ้าทำการยึดกระดูกได้มั่นคงก็สามารถลงน้ำหนักได้เร็ว ถ้าผู้ป่วยลงน้ำหนักก่อนเวลาอันสมควร อาจทำให้กระดูกติดไม่ดี หรือเครื่องยึดกระดูก หัก หลุด หรือหลวมได้

7. ในรายที่ต้องใส่ฝีกองระดับประคองไว้ ก็ให้การดูแล เช่น ผู้ป่วยเข้าฝีกองทั่ว ๆ ไป

8. แนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ก็เหมือนกับการให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังผ่าตัดอื่น ๆ ดังนี้

- 8.1 การมาตรวจตามนัด
- 8.2 การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น บวม ร้อน แดง บวม มีของเหลวไหลออกมาจากแผล มีการโป่งนูนบริเวณผ่าตัด ฯลฯ
- 8.3 การรับประทานอาหารและยา
- 8.4 การขับถ่าย
- 8.5 การออกกำลังกาย แขน ขาดี และข้างที่ผ่าตัด
- 8.6 การลงน้ำหนักขา (กรณีผ่าตัดที่ขา)
- 8.7 การแนะนำให้เอาเครื่องยึดกระดูกออกหลังจากกระดูกติดดีแล้ว



## การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด

ประเภทของข้อมูล อาจจำแนกได้คือ

### 1. จำแนกตามเนื้อหาของข้อมูล (Johnson, 1987)

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น อธิบายเป็นลำดับขั้นตอน

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ที่ผู้ป่วยอาจจะต้องประสบ (Sensory information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยอธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยคนอื่น ๆ เคยประสบมาแล้วจากสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งความรู้สึกนี้จะรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้งห้า

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงวิธีการต่าง ๆ ที่ควรปฏิบัติ อันจะเป็นผลดีต่อตนเองในสภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่าง ๆ

### 2. จำแนกตามลักษณะของข้อมูล (Auerbach, 1983)

2.1 ข้อมูลทั่ว ๆ ไป (General information) เป็นข้อมูลทั่ว ๆ ไป ให้ข้อมูลกว้าง ๆ เนื้อหาข้อมูลคล้าย ๆ กับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information)

2.2 ข้อมูลเฉพาะเจาะจง (Specific information) ให้ข้อมูลรายละเอียดเฉพาะแต่ละสถานการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญต่อภาวะที่มาคุกคาม

### 3. จำแนกตามรายละเอียดของข้อมูล ( พูลศรี เหมือนคิด, 2532)

3.1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค หรือเหตุผลของการรักษา

3.2 ข้อมูลรายละเอียดขั้นตอนการตรวจรักษาที่จะได้รับ

3.3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจรักษา

3.4 ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น



จึงอาจสรุปได้ว่า ข้อมูลก่อนผ่าตัดน่าจะประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และ เหตุผลในการรักษาโรคโดยวิธีการผ่าตัด ข้อมูลวิธีการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด และการปฏิบัติ ขณะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และ ขณะหลังผ่าตัด ข้อมูลความรู้สึกที่อาจต้องประสบในเหตุการณ์ ขณะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และ ขณะหลังผ่าตัด และ ข้อมูลวิธีเผชิญกับความวิตกกังวลจากสถานการณ์ของการผ่าตัด แต่ในสภาวะ เช่นนี้ผู้ป่วยอาจไม่มีความพร้อมเพียงพอที่จะรับข้อมูลที่มีรายละเอียดมากเกินไป หรือข้อมูลหลายประเภทเกินไป การทำให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information) และ ข้อมูลความรู้สึกที่อาจต้องประสบ (Sensory information) โดยให้ข้อมูลเฉพาะเท่าที่จำเป็น น่าจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยกว่าการให้ข้อมูลที่มากเกินไป

### การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (Sensory information)

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (Sensory information) เป็นการให้ข้อมูลที่มุ่งเน้นในประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคล (subjective experiences) ที่มีต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคามความปลอดภัย ข้อมูลชนิดนี้ช่วยทำให้บุคคลเกิดมีภาพพจน์ที่ถูกต้องกับความเป็นจริงของบุคคลนั้น มากกว่าการให้ข้อมูลที่ไม่เกี่ยวกับตัวบุคคล (objective information) ดังที่ใช้น้อยทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกจึงช่วยส่งเสริมการควบคุมความรู้ความเข้าใจกระตุ้นให้สามารถเผชิญกับภาวะคุกคามต่าง ๆ และสามารถควบคุมเกี่ยวกับปฏิบัติการตอบสนองได้ (Hill, 1982 ; Johnson and Rice, 1974 ; Johnson et.al., 1975)

ข้อมูลความรู้สึก (Sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงสิ่งที่คุณอาจต้องประสบในแต่ละสถานการณ์ เป็นความรู้สึกที่บุคคลอื่นเคยประสบมาแล้ว เมื่อเขาอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ ข้อมูลความรู้สึกจะอธิบายถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัวซึ่งรับรู้ได้โดยประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การรู้รส และการได้กลิ่น (Hathaway, 1986) ข้อมูลความรู้สึกจึงเป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าในสถานการณ์นั้น ๆ จะมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง และ จะเกิดเมื่อไร ขณะเดียวกันเมื่อมีสิ่งเหล่านั้นเกิดขึ้น บุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์จะรับรู้ได้โดยประสาทสัมผัสอย่างไรบ้าง

แมคแคฟเฟอร์และแมส (McCaffery and Mass, 1967) ให้ความเห็นว่า การให้ข้อมูลความรู้สึกนั้น เนื้อหาของข้อมูลที่ทำให้ควรเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจริง โดยนอกจากจะ



บอกถึงความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นแล้ว ยังควรบอกถึง เวลาที่จะเกิดความยาวนาน ตำแหน่งที่จะรู้สึก ผู้กระทำให้เกิดความรู้สึก ตลอดจนเครื่องมือเครื่องใช้และเหตุผลการกระทำ แมคแคฟเฟอร์ (McCaffery, 1972) ยังกล่าวถึงข้อควรคำนึงในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บปวดว่าไม่ควรใช้คำว่าเจ็บปวดโดยตรง แต่ควรเลี่ยงไปใช้คำอื่นแทน เช่น ไม่สุขสบาย เป็นต้น และควรบอกถึงความรุนแรงของความไม่สุขสบายด้วย เช่น เล็กน้อย ปานกลาง มาก หรืออาจเปรียบเทียบกับความรู้สึกอื่นที่บุคคลทั่วไปคุ้นเคย เช่น เหมือนถูกกัด เหมือนแมลงตอย ควรหลีกเลี่ยงการใช้คำว่าปวดแสบปวดร้อน เพราะให้ความรู้สึกที่รุนแรงและทุกข์ทรมานกว่า ขณะเดียวกันคำพูดที่เป็นการชักนำไม่ควรใช้ เช่นคำว่า "ต้อง" หรือ "จะ" เกิดความเจ็บปวด เพราะในสถานการณ์เดียวกันนั้นแม้คนส่วนใหญ่เจ็บปวดแต่บุคคลนั้นอาจไม่รู้สึกเจ็บปวดก็ได้ ดังนั้นจึงควรเลี่ยงไปใช้คำว่า "อาจจะ" หรือ "บางที" ในการอธิบายจะเป็นการดีกว่า ในด้านปริมาณของเนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกนั้น จอห์นสัน (Johnson, 1973) กล่าวว่า ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกเพียงบางส่วน หรือข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกทั้งหมดที่จะประสบจริงให้ผลไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่าข้อมูลความรู้สึกในส่วนที่เป็นจุดน่าสนใจสามารถทำให้บุคคลเกิดการคาดการณ์ความรู้สึกจริงที่จะประสบได้อย่างถูกต้อง

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกได้ดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยควรได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับความรู้สึกที่เขาอาจประสบโดยตรง โดยไม่ต้องประเมิน เช่น ควรบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าเขาจะรู้สึกเจ็บ แต่ไม่ต้องบอกว่าเขาจะต้องพบกับสิ่งที่น่ากลัว
2. ผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกด้วย เพราะการทราบถึงสาเหตุและความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นร่วมกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยแปลความหมายได้ชัดเจนขึ้น
3. ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมความรู้สึก เฉพาะในส่วนของประสบการณ์ที่เป็นที่สนใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่เท่านั้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะได้มาจากการประเมินและคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่เคยประสบกับเหตุการณ์นั้นมาก่อน
4. ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลว่าเมื่อไรจึงจะเกิดความเจ็บปวด และข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรง ระยะเวลาของการเจ็บปวด เนื่องจากการรอคอยเวลาเกิดและสิ้นสุดของความเจ็บปวด ทำให้เข้าใจคลุมเครือว่าการสิ้นสุดของความเจ็บปวดจะไม่แน่นอน และอาจเกิดความเจ็บปวดซ้ำอีกหรืออาจคาดการณ์ว่าความเจ็บปวดจะรุนแรงมากจนเกินความสามารถที่จะทนได้



5. ผู้ป่วยควรได้รับเนื้อหาข้อมูลที่จะต้องประสบตามความเป็นจริง แต่ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ควรเลี่ยงไปใช้คำอื่นแทน เช่น ใช้คำว่าไม่สุขสบาย และหลีกเลี่ยงข้อมูลหรือคำที่จะชักนำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด เช่น "ต้อง" หรือ "จะ" เกิดความเจ็บปวด ควรเลี่ยงไปใช้คำว่า "อาจจะ" หรือ "บางที" เพราะกระบวนการตรวจรักษาที่ทําให้คนส่วนใหญ่เจ็บปวด อาจไม่เกิดกับผู้ป่วยรายนี้ก็ได้

6. ผู้ป่วยควรได้รับการบอกถึงระดับความรุนแรงของความไม่สุขสบายนั้น ๆ ด้วย เช่น เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก หรืออาจเปรียบเทียบกับความรู้สึกอื่น เช่น ถูกดึง ถูกกด แผลงต่อย มีบาด แต่ความรู้สึกปวดแสบปวดร้อน หรือเหมือนเข็มแทง มักบ่งบอกถึงความรู้สึกที่เป็นอันตราย จึงควรหลีกเลี่ยง ถ้าสามารถทําได้

7. ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลความรู้สึกตรงตามความเป็นจริง เพราะข้อมูลความรู้สึกที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง จะไม่ได้ผลในการลดความวิตกกังวล ข้อมูลความรู้สึกเพียงบางส่วนหรือข้อมูลความรู้สึกทั้งหมดที่จะต้องประสบให้ผลในการลดความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน เพราะบุคคลอาจอาศัยข้อมูลความรู้สึกเพียงบางส่วนที่มีอยู่ ก่อให้เกิดการคาดการณ์ความรู้สึกจริงที่จะต้องประสบได้อย่างถูกต้อง

### ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ข้อมูลก่อนผ่าตัดมีความจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการลดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อภาวะวิตกกังวลจากการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลก่อนผ่าตัดควรประกอบไปด้วยเนื้อหาต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. ความรู้เรื่องโรค หรือปัญหาที่กำลังเป็นอยู่ ความจำเป็นหรือประโยชน์ในการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด เป็นการให้รายละเอียดทั่ว ๆ ไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบ และเห็นความสำคัญ ความจำเป็นที่จะต้องร่วมมือเพื่อให้เกิดผลดีในการรักษาแก่ตนเอง ข้อมูลนี้ยังรวมถึงกำหนดวันที่จะทําการผ่าตัด ถ้าไม่เป็นกรณีเร่งด่วน ผู้ป่วยจะได้มีการเตรียมตัววางแผนเพื่อจะได้ไม่ต้องกังวลใจกับการกีดกันความรับผิดชอบ แต่ถ้านกรณีเร่งด่วนก็เป็นเพียงการนัดหมายบอกให้ทราบว่า จะต้องทําผ่าตัดเมื่อไร ผู้ป่วยอาจไม่มีโอกาสเตรียมตัวได้มากนัก เพราะสถานการณ์บังคับ นอกจากบอกถึงความจำเป็น และวันเวลาที่ได้รับการผ่าตัดแล้ว อาจมีรายละเอียดอื่น ๆ เพิ่ม



เดิมอีก เช่น ชนิดของยาระงับความรู้สึกที่จะได้รับขณะผ่าตัด ชื่อแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นต้น

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายทั่ว ๆ ไป (General preparation) เพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพที่สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะทำได้ก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น ความสะดวกทั่ว ๆ ไปของร่างกาย ถ้ามีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง หรือภาวะโรคหัวใจ หรืออื่น ๆ ผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำ และเคร่งครัดในการดูแลตนเอง การได้ยาหรือการรักษาพยาบาลอื่นเพิ่มเติม เพื่อป้องกันและลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นแทรกซ้อนต่อการผ่าตัด การแนะนำและช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์ เมื่อรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด และให้ยาระงับความรู้สึก

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวที่เฉพาะเจาะจง เพื่อทำการผ่าตัด (Specific preparation) ส่วนใหญ่เป็นการเตรียมในคืนก่อนผ่าตัดหรือในช่วงเวลาสั้น ๆ ก่อนถึงวันผ่าตัด เช่น การ X-ray ปอด การตรวจคลื่นหัวใจ (E.K.G.) การเจาะเลือด และเก็บปัสสาวะส่งตรวจ การเซ็นคำยินยอมผ่าตัด ตลอดจนการเตรียมที่เฉพาะเจาะจงลงไปอีก เช่น การงดน้ำงดอาหาร เพื่อให้กระเพาะอาหารและลำไส้ว่าง ป้องกันการสำลัก การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด การได้รับยาต่าง ๆ เช่น ยาถอนนอนประเภทคลายกล้ามเนื้อและระงับประสาท หรือยาฉีดซึ่งเป็นยาฉีดก่อนได้ยาระงับความรู้สึก (pre-medication) และสิ่ง que ผู้ป่วยจะได้รับหรือต้องปฏิบัติขณะที่เจ้าหน้าที่มารับไปห้องผ่าตัด เช่น การวัด Vital Signs การปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อน การถอดฟันปลอมและสิ่งของมีค่าออกก่อนไปห้องผ่าตัด

4. ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในวันผ่าตัด เช่น ลักษณะของห้องผ่าตัด การแต่งกายของบุคลากรในห้องผ่าตัด และขั้นตอนต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติก่อนที่ผู้ป่วยจะหลับ และขณะที่หลับไปจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก

5. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น หลังผ่าตัดเสร็จแล้วผู้ป่วยจะถูกส่งกลับมายังแผนกเดิมหรือไม่ ลักษณะตำแหน่งแผล การมีท่อระบายเลือดและน้ำจากแผล (drain) วิธีการปฏิบัติตัวระยะแรกหลังผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดแผล และความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ ตลอดจนวิธีปฏิบัติเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ เหล่านั้น

6. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพและวิธีปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระยะหลัง เช่น การออกกำลังกาย เคลื่อนไหวอวัยวะส่วนที่ได้รับผ่าตัด ข้อจำกัดในการใช้อวัยวะส่วนที่ผ่าตัด ระยะเวลายังกาหนดพักฟื้นที่บ้านได้ ความจำเป็นและวิธีปฏิบัติ เมื่อมารับการตรวจซ้ำตามนัดหมาย