

ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรม
ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก



นางปริศนา จิระธีว

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF EDUCATIVE SUPPORTIVE NURSING SYSTEM ON PREOPERATIVE ANXIETY
AND INTRAOPERATIVE COOPERATION OF THE ELDERLY UNDERGONE
CATARACT SURGERY, OUTPATIENT CASES

Mrs. Prisana Jiracheewee



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

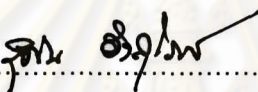
Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University


511960

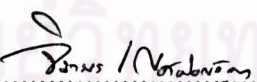
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความ
วิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัว
ขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก
โดย นางปริศนา จิระชีวี
สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จิระแพทย์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

ปริศนา จิระชวี: ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยนอก (EFFECTS OF EDUCATIVE SUPPORTIVE NURSING SYSTEM ON PREOPERATIVE ANXIETY AND INTRAOPERATIVE COOPERATION OF THE ELDERLY UNDERGONE CATARACT SURGERY, OUTPATIENT CASES) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา. 171 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุต้อกระจกที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำแนกเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยจับคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ เพศ และ ความวิตกกังวลแฝง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการพยาบาลตามแนวคิดของ Orem (1995) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การดำเนินระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ และ 2) การให้ผู้สูงอายุฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา...การพยาบาลผู้สูงอายุ ลายมือชื่อนิสิต..... ม.พิท ม.จ.ร.
ปีการศึกษา2551..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... รศ.ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

4977585536: MAJOR GERONTOLOGICAL NURSING

KEY WORDS: ANXIETY PREOPERATIVE / ANXIETY INTRAOPERATIVE / ELDERLY PATIENT / CATARACT SURGERY

PRISANA JIRACHEEWEE: EFFECTS OF EDUCATIVE SUPPORTIVE NURSING SYSTEM ON PREOPERATIVE ANXIETY AND INTRAOPERATIVE COOPERATION OF THE EDERLY UNDERGONE CATARACT SURGERY, OUTPATIENT CASES. THESIS PRINCIPAL ADVISOR: ASSOC.PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 171 pp.

The objective of this quasi-experimental research was to study the effect of using educative-supportive nursing system on preoperative anxiety and intraoperative cooperation of the elderly undergone cataract surgery, outpatient cases. Samples were 40 elderly patients receiving cataract surgery in Chulalongkorn Hospital. The samples were equally assigned into the control group and experimental group. The groups were matched in terms of age, sex and trait anxiety. The control group received conventional nursing care while the experimental group received the educative-supportive nursing system. This nursing system were developed from the concept of educative-supportive nursing system (Orem,1995) comprising of two phases which are: 1) educative-supportive nursing implementation and 2) home exercises of the Elderly patients by practicing lying still on the bed, deep breathing and covering the face with sterile blanket. Data were collected by two instruments: State Anxiety Inventory (STAI) and the Observation of Intraoperative Cooperation Behavior. The instruments were tested for content validity by 5 experts and tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of .80 and .94 respectively. Statistical techniques used in data analysis were percentage, mean, standard deviation and t-test statistic (Paired t-test and Independent t-test).

Major findings were as follows:

1. Mean scores of State anxiety of elderly patients undergone cataract surgery who received educative-supportive nursing system were significantly lower than those who received a conventional nursing care at the .05 level.

2. Mean scores of intraoperative cooperation behavior of elderly patients undergone cataract surgery who received educative-supportive nursing system were significantly higher than those who received a conventional nursing care at the .05 level.

Field of study ..Gerontological Nursing.. Student's signature..... *Prisana Jiracheewee*

Academic year.....2008..... Principal Advisor's signature..... *Jiraporn K Wattana*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีของ รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณา สละเวลาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ และ คอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ตลอด ระยะเวลาที่ผ่านมาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสนอแนะข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเกี่ยวกับเนื้อหา วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โปธิสาร กรรมการการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้อาจารย์ผู้วิจัยฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ และ ประสพการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแห่งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข ปรับปรุง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ภาปร ชั้น 11 ตึกจุมภฏชั้น 3 และห้องผ่าตัด พันธุทิพย์ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยรวมถึงการเก็บ รวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยสูงอายุและญาติทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี และผู้ร่วมงานของผู้วิจัยทุกคน ที่ห่วงใย ให้กำลังใจเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณมาด้วยความ ซาบซึ้งเป็นอย่างสูง ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ที่คอยห่วงใย ให้กำลังใจ และให้ข้อคิดที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา กราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. สุัทธนา คำสอน ที่ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องสถิติเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ด้วยความเคารพเป็นที่สุด ที่ได้ให้ สติปัญญา กำลังใจ และสิ่งที่ดีงามทั้งปวง ที่ทำให้ผู้วิจัยได้รับสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิต สามี และบุคคลอัน เป็นที่รักของผู้วิจัยทุกท่าน โดยเฉพาะครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจที่ดี ให้ความห่วงใยเสมอมา ตลอดจนกัลยาณมิตรที่คอยให้กำลังใจจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ.....	15
โรคดื้อกระจก.....	23
โรคดื้อกระจกในผู้สูงอายุ.....	23
ผู้สูงอายุกับการผ่าตัดดื้อกระจก.....	25
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดดื้อกระจก.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	32
ความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุโรคดื้อกระจกก่อนผ่าตัด.....	43
บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวล.....	44
แนวคิดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด.....	50
พฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัด ดื้อกระจกในผู้ป่วยนอก.....	50
แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้.....	53
ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดดื้อกระจกใน ผู้ป่วยนอก.....	56

	หน้า
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	66
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	92
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	97
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	99
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	105
ผลการวิจัย.....	108
อภิปรายผลการวิจัย.....	109
ข้อเสนอแนะ.....	115
รายการอ้างอิง.....	117
ภาคผนวก	138
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	139
ภาคผนวก ข ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัย.....	141
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	144
ภาคผนวก ง การทดสอบแจกแจงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง.....	169
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	171

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ทำการจับคู่ (Matched pair) จำแนกตามเพศ อายุ ความวิตกกังวลแฝง.....	70
2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ปัญหาค่าใช้จ่าย.....	73
3 ข้อคำถามที่ปรับปรุงในแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง.....	78
4 ข้อคำถามที่ปรับปรุงในแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ.....	87
5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม (pair t test)	100
6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกก่อนและหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มทดลอง (pair t test).....	101
7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง (n = 40).....	102
8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (n = 40)	103
9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	104
10 แสดงการแจกแจงของข้อมูลความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	170

สารบัญภาพ

	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	65
2 แผนภูมิสรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	99



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระในทางที่ถดถอยลง การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ บกพร่อง เกิดพยาธิสภาพของหลายระบบ (บรรลุ ศิริพานิช, 2543; Ebersole and Hess, 2004) พบว่าต่อกระຈกเป็นอีกโรคหนึ่งที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมลง ซึ่งมักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ (งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ, 2549) โดยจะพบประชากรผู้สูงอายุเป็นโรคต่อกระຈกถึงร้อยละ 80 (ภารดี นานาศิลป์, 2543; Oliveira et al, 2006)

โรคต่อกระຈกเป็นปัญหาสำคัญทางระบบสาธารณสุข มีผลทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคต่อกระຈกเกิดสยตาลีอนลงร้อยละ 94 และถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาจทำให้เกิดตาบอดได้ร้อยละ 72 (Oliveira, 2006) ในแต่ละปี ประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคต่อกระຈกรายใหม่ในกลุ่มประชากรสูงอายุ ประมาณปีละ 60,000 ถึง 80,000 ราย (ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย, 2549) และพบว่าโรคต่อกระຈกเป็นสาเหตุทำให้ตาบอดร้อยละ 74 (วัฒน์ยี่ เย็นจิตร และ คณะ, 2548) ทั้งนี้ต่อกระຈกสามารถรักษาให้หายได้ ด้วยการผ่าตัดเอาแก้วตาที่ขุ่นออก แล้วใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทนที่นั้น (งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ, 2549) ปัจจุบันการรักษาโรคต่อกระຈกมีเทคโนโลยีรวมทั้งเทคนิคที่ทันสมัย มีความปลอดภัยมากขึ้น โดยส่วนใหญ่กระทำในผู้ป่วยนอก แบบไม่นอนโรงพยาบาล (เฉลิมศรี พันธิวิเศษศักดิ์ และ คณะ, 2541) และมีแนวโน้มที่จะเป็นการผ่าตัดในผู้ป่วยนอกมากขึ้น (มุกดา เดชประพนธ์ และ คณะ, 2544) ถึงแม้ว่าการผ่าตัดจะมีความปลอดภัยเพียงใดก็ตาม แต่การผ่าตัดก็เป็นต้นเหตุให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วย (Baland and Possos, 1975) ซึ่งความวิตกกังวลมีผลต่อความสามารถในการรับรู้ สมาริ และความจำ ส่งผลให้มีการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจ ที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด

ความวิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระຈก (Nijkamp, 2004; Sharma et al, 2007) เมื่อผู้สูงอายุเปลี่ยนสภาพจากคนปกติ มาเป็นผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น (สุปราณี เสนาศิลป์, 2539) ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นทันทีตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยสูงอายุรู้ว่าต้องได้รับการผ่าตัด สาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด ขาดทักษะในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ เกิดความรู้สึกถูกแยกจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ความวิตกกังวลจะยังคงอยู่เรื่อยๆ ไปจนถึงระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด (Lemaitre&Finnegan, 1980; Carr et al., 2005; ศรีนทรา ทองมี, 2549) ความวิตกกังวลก่อน

ผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูก พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง และจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อใกล้วันผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบอีกว่าความวิตกกังวลจะเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้งในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด (Nijkam et al, 2004) เนื่องจากการผ่าตัดเป็นสิ่งที่ยากส่งผลให้ ผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงต่อความพิการ หรือเสี่ยงต่อการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะบางประการ จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความหวาดกลัว และวิตกกังวลยิ่งขึ้น (อรอนงค์ พุมอาภรณ์, 2530) จากการศึกษาของ Oliveira et al. (2006) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกหลังการผ่าตัดร้อยละ 28.8 กลัวตายขณะผ่าตัดร้อยละ 16.3 กลัวตาบอดหลังผ่าตัดร้อยละ 55 และกลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัดร้อยละ 40.8 จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลเป็นปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุทั่วไป และมีสาเหตุหรือปัจจัยเสริมอื่นๆ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้นได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในภาวะที่เสื่อม หรือความเจ็บปวด ก็จะทำให้เพิ่มความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุให้สูงขึ้นอีก (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2531)

นอกจากนี้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูก มีสาเหตุจากกลัวในสิ่งที่ตนไม่รู้ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับบุคคล และสถานการณ์ใหม่อีกครั้ง ได้แก่ อนุกรมห้องที่เย็นแตกต่างไปจากเดิม อุปกรณ์แปลกๆ มากมาย รวมทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ล้วนเป็นบุคคลที่ไม่คุ้นเคย การแต่งกายแปลกๆ มีการสวมหมวกมีผ้าปิดปากปิดจมูก การถูกจำกัดกิจกรรม เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ และการมีจินตนาการเกี่ยวกับการผ่าตัดอยู่ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะมีประสบการณ์การผ่าตัดมาแล้วก็ตาม ก็ยังอาจเกิดความกลัว หวาดหวั่น ไม่มั่นใจ ในความไม่แน่นอนของการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น (กันยา ออประเสริฐ, 2530; ศรีนทรา ทองมี, 2549; Sharma, 2007) ในขณะที่ผ่าตัดผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกจะได้รับยาชาเฉพาะที่ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกตัวอยู่ตลอดเวลาขณะผ่าตัด เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ภายในห้องผ่าตัด ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ให้กับผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น (มยุเรศ ลีลาารวุฒิ และ ฮอเดียะ บิลยะลา, 2549) นอกจากนี้การขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด และขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะผ่าตัด ล้วนเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งจะนำไปสู่ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดทั้งสิ้น (ภัสรินทร์ ในจิตพิมุข และ พรทิพา ศุภราศี, 2542; Zia, 2005; Colin, 2006)

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุเป็นอย่างมากทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัด (Nijkam et al, 2004; Tan, 2005) ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยสูงอายุ แต่ละรายว่าสามารถปรับตัว ต่อภาวะวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีเพียงใด พบว่าความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน ที่หลังจากต่อมไร้ท่อ และต่อมหมวกไต ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น (Karanci and

Dirik, 2003) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดรู้สึกไม่สุขสบาย มีเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน (Biley, 1989; Sun, 2001) ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้ โดยระบบประสาทรับรู้ทั้ง 5 จะลดลงตามระดับที่เพิ่มมากขึ้นของความวิตกกังวล ทำให้มีผลต่อสมาธิ ความจำ การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมของบุคคล ก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือขณะผ่าตัด จนกลายเป็นปัญหา และอุปสรรคต่อการผ่าตัดได้ (Jonhson, 1980; พิไลพร ชัมเจริญ และคณะ, 2542) โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างการผ่าตัดต่อกระดูก ถ้าหากผู้ป่วยสูงอายุมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมาก และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญกับความวิตกกังวลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความวิตกกังวลมากขึ้น จนกระทั่งผู้ป่วยสูงอายุกระสับกระส่าย ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดได้ อาจเป็นอุปสรรคครบถ้วนต่อกระบวนการผ่าตัด ทำให้แพทย์ต้องเพิ่มความระมัดระวังในการทำผ่าตัดมากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดต่อทีมผ่าตัด (Mokashi, 2004) มีการหยุดชะงักการทำผ่าตัดเป็นระยะๆ จนกระทั่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ระหว่างการผ่าตัด และในบางครั้งทำให้ต้องมีการเปลี่ยนวิธีการผ่าตัด การใช้อุปกรณ์และเครื่องมือช่วยในการผ่าตัดเพิ่มขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ระยะเวลาในการผ่าตัดนานขึ้น และอาจจะต้องมีการรับผู้ป่วยสูงอายุไว้ในโรงพยาบาลเพื่อดูแลอาการภายหลังการผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการหายของแผลผ่าตัดจะต้องใช้เวลานานขึ้น เนื่องจากความเสื่อมของระบบต่างๆ ภายในร่างกายของผู้สูงอายุ สุดท้ายอาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพหรือสูญเสียดวงตาได้ในที่สุด (พิไลพร ชัมเจริญ และ คณะ, 2542)

ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องหารูปแบบ วิธีการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกเหล่านี้ ให้ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง เพื่อให้การผ่าตัดสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่นปลอดภัย ไม่มีอุปสรรค และปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก พบว่ามีรูปแบบที่แตกต่างกันไป ได้แก่ การให้ชุดข้อมูลการผ่าตัด (แสงปัญญาดี, 2544) การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว (อรุณี อัครศุภฤกษ์, 2549) การใช้เทปโทรทัศน์ (จิราภรณ์ ชันโตทอง, 2547) การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (Pager, 2005) การพยาบาลแบบเฝ้าดูแลระดับประคอง (ภัทรินทร์ ไพจิตพิมุข และ พรทิพา ศุภวาศรี, 2542) การสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ, 2539) การสัมผัส (Mokashi, 2004) และการใช้เทคนิคการบริหารการหายใจ (Simmons et al., 2004) ซึ่งการให้การพยาบาลดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นการจัดการกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบนอนในโรงพยาบาล สำหรับการศึกษา

การเตรียมผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก พบว่ามีอยู่ค่อนข้างจำกัด มีการศึกษา การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูกโดยการใช้ สื่อวีดิทัศน์ (บุปผา สุวรรณจักรกุล, 2549) เนื่องจากแนวโน้มการผ่าตัดต่อกระดูกมีแนวโน้มว่าจะเป็นการผ่าตัดในผู้ป่วยนอกมากขึ้น และ นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุยังมีข้อจำกัดในด้านความจำ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ทำให้การ เตรียมผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดในกลุ่มนี้มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

ตามแนวคิดของ Orem (1995) ที่กล่าวว่า ภาวะความเจ็บป่วยมีผลต่อความต้องการการ ดูแลตนเองทั้งหมด และในภาวะเช่นนี้จำเป็นต้องอาศัยระบบพยาบาลเพื่อช่วยในการส่งเสริม ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความพร่องความสามารถใน การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา เพราะการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น และสำคัญสำหรับชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุกของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแล ตนเองจะส่งผลทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย

การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative-Supportive Nursing System) เป็น ระบบการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลตนเองที่ Orem (1995) เสนอแนะว่าเหมาะสมสำหรับ ผู้ป่วยซึ่งมีความสามารถดูแลตนเองได้ แต่อาจขาดความรู้ทักษะที่จำเป็นและไม่สามารถพิจารณา ตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองได้ เป็นระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดความต้องการการดูแลตนเอง ทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเองภายใต้การช่วยเหลือของพยาบาล ซึ่งการช่วยเหลือของพยาบาล ภายใต้ระบบดังกล่าวประกอบด้วย 4 วิธี คือ 1) การสอน (Teaching) โดยการให้ข้อมูลและความรู้ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษา วิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง 2) การชี้แนะ (Guiding another) วิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองภายใต้คำแนะนำ และการให้คำปรึกษา 3) การสนับสนุน (Supporting another) โดยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติการดูแลตนเองหรือกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง และ 4) การสร้าง สิ่งแวดล้อม (Providing an environment) เพื่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยการรักษาและวิธีการดูแลตนเอง ประกอบกับการ ชี้แนะแนวทางในการดูแลตนเอง การสนับสนุนด้านต่างๆ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อในการดูแล ตนเอง จะสามารถลดความวิตกกังวล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รัชนีกร ใจคำสีบ, 2549) ดังนั้นเมื่อ ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความวิตก กังวลก่อนผ่าตัดลดลงและทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดได้ อย่างถูกต้อง (พิไลพร ชิมเจริญ และ เพ็ญพร โภควิริยะ, 2542) การที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

อย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ชีวิตที่ยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อปรับปรุง และพัฒนาการจัดการด้านคุณภาพการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก และช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานของการวิจัย

การผ่าตัดเป็นการรักษาโรคต่อกระจกที่ได้ผลดี มุ่งหวังเพื่อฟื้นฟูสภาพสายตา โดยการใส่เลนส์แก้วตาเทียมแทนที่เลนส์ขุ่นในผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระจก ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีสภาพสายตาดีขึ้นเหมือนธรรมชาติ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น (Dolder et al., 2000; พิไลพร ชิมเจริญ และ เพ็ญพร โภควิริยะ, 2542; งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ, 2549; ช่อทิพย์ เรื่องพิระกุล และ ธวัช ตันติสารศาสน์, 2548) ผลการผ่าตัดจะเป็นที่น่าพอใจ และน่ายินดียิ่งขึ้นได้นั้น ผู้ป่วยสูงอายุต้องมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง เพราะจะทำให้การผ่าตัดสามารถดำเนินไปอย่างราบรื่น ปลอดภัย ไม่มีอุปสรรคและปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการผ่าตัด เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์การผ่าตัด มักทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความวิตกกังวล และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดได้ถูกต้อง ทำให้ต้องเลื่อนการผ่าตัด หรืองดการผ่าตัด และบางครั้งก่อให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินการผ่าตัด เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะ และหลังผ่าตัดตามมา การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น การรักษาที่ได้รับ และวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเองเพื่อการเตรียมตัวผ่าตัด รวมถึงการที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่ทราบสิ่งที่ตนเองจะต้องเผชิญในขณะที่เข้ารับการผ่าตัด หรือ

แม้ว่าจะเคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาแล้วก็ตาม (กันยา ออประเสริฐ, 2539) สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยสูงอายุได้ทั้งสิ้น (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถสนองตอบต่อความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง มีข้อจำกัดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และเกิดภาวะต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคมลดลง (วีรพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ คณะ, 2544; วาสนา พุ่งฟู, 2549) ในฐานะพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดจึงมีหน้าที่ดูแล ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการดูแลตนเองอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายในการป้องกันอันตรายต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

ตามที่ Orem (1995) กล่าวว่า ภาวะความเจ็บป่วยมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ในภาวะเช่นนี้จำเป็นต้องอาศัยระบบพยาบาลเพื่อช่วยในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความพร่องความสามารถในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา เพราะการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุกของผู้ป่วย จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงนำการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้

การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลตนเองที่ Orem (1995) เสนอแนะว่าเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยซึ่งมีความสามารถดูแลตนเองแต่อาจขาดความรู้ ทักษะที่จำเป็น และไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองได้ เป็นระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และกระทำการดูแลตนเอง การช่วยเหลือของพยาบาลภายใต้ระบบดังกล่าว จะทำให้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวลได้ (รัชนิกร ใจคำสีบ, 2549) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดได้ถูกต้องนอกจากนี้ยังสามารถป้องกันการเกิดอุปสรรคของกระบวนการผ่าตัด ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดราบรื่น และผู้ป่วยสูงอายุมีความปลอดภัยจากการผ่าตัด (พิไลพร ชัมเจริญ และ เพ็ญพร โภควิริยะ, 2542) ทำให้หลังผ่าตัดผู้ป่วยสูงอายุมีสภาพสบายที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุต่อไป (Dolder et al., 2000)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของ (Orem, 1995) ผู้วิจัยส่งเสริมเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยกระทำการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง โดยการจัดสภาพเสมือนจริงขณะดำเนินการผ่าตัดต่อกระจก โดยจัดแยกเป็นสัดส่วน เงียบสงบ ไม่มีคนใช้อื่น หรือเจ้าหน้าที่อื่นรบกวน มีการจัดเตียงคล้ายเตียงผ่าตัดจริง จัดผ้าคลุมหน้าที่ใช้สำหรับคลุมหน้าเวลาผ่าตัดไว้ และให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ทดลองฝึกนอนนิ่งๆ และทดลองการ

คลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัดที่เตรียมไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์คล้ายสภาพการผ่าตัดจริง ภายใต้การชี้แนะและช่วยเหลือจากพยาบาล เพราะการเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ ในเรื่องการหายใจได้ผ้าคลุมผ่าตัด โดยการบริหารการหายใจแบบลึก การนอนนิ่งๆ ขาทั้ง 2 ข้างวางราบกับเตียง มือทั้งสองข้างประสานกันวางไว้ที่หน้าท้อง การคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัดโดยการฝึกกับผ้าคลุมผ่าตัดจริง เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์ที่เหมือนจริง ซึ่งแนะนำการฝึกปฏิบัติ 1-2 ครั้ง และประเมินความสามารถ จนผู้ป่วยสูงอายุมีความสามารถในการทำได้อย่างถูกต้อง และแนะนำให้ผู้ป่วยสูงอายุ ทำการฝึกการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และแจกคู่มือเพื่อการทบทวนจากระบบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วม และมีการฝึกปฏิบัติ โดยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสัมผัส ฝึกหัดการ กระทำต่างๆ ในการดูแลตนเอง และให้ผู้ป่วยหรือญาติได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวข้างต้นมาพัฒนากิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลขึ้นเป็นระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of nursing System) ของ Orem (1995) โดยผู้วิจัยนำแนวคิดระบบการพยาบาลมาประยุกต์ เพื่อให้การสนับสนุนและให้ความรู้เป็น 2 ขั้นตอนประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การดำเนินระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี (Orem, 1995) คือ

1. การสอน (Teaching) การสอน และให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการผ่าตัด การรักษาด้วยการผ่าตัด สิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุจะได้พบในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัว ก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ แนวทางเกี่ยวกับฝึกการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะผ่าตัดต่อกระดูก (Benson, 2001; Mokashi et al., 2004; Rothrock, 1996; พิไลพร ชิมเจริญ และ เพ็ญพร โภควิชัย, 2542) ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ ขณะผ่าตัด การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด ประกอบภาพพลิก โดยมีเนื้อหาที่กระชับ เฉพาะเจาะจง เข้าใจง่าย ไม่มากจนเกินไป และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ถามและประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุเป็นระยะ เป็นการสอนรายบุคคล ประกอบการสาธิต และให้ผู้สูงอายุร่วมการฝึกปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ซักถาม และการแจกคู่มือโรคต่อกระดูกและการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และแนะนำให้ฝึกอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการให้เบอร์โทรศัพท์แก่ผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อผู้ป่วยสามารถติดต่อประสานงานกับผู้วิจัยเมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาหรือข้อสงสัย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกมีความรู้ และการฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง

2. การชี้แนะ (Guiding another) โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยแนะนำให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง ด้วยการฝึกการบริหารการหายใจ การนอนนิ่งๆ การคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด โดยผู้วิจัยสาธิตการปฏิบัติให้ผู้ป่วยดูเป็นตัวอย่าง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกปฏิบัติตาม และผู้วิจัยทำการชี้แนะ และประเมินความสามารถในปฏิบัติได้ถูกต้อง การชี้แนะตามแนวคิดของ Orem (1995) ได้กล่าวว่า การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยสูงอายุร่วมฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ภายหลังจากที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการสอน และการสาธิต พยาบาลจะให้การชี้แนะ และแก้ไขจนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ฉะนั้นการให้ความรู้ และการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดร่วมกับการชี้แนะ และแก้ไขจนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติอย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติ รวมถึงมีความมั่นใจ และเต็มใจที่จะดูแลตนเองในการฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องที่บ้านต่อไป ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง

3. การสนับสนุน (Supporting) โดยผู้วิจัยมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้แม้อยู่ในภาวะเครียด กลัว วิตกกังวล ทุกข์ทรมานก่อนผ่าตัดต่อกระจก ด้วยการใช้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกิดริตกับผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัด มีกิริยาท่าทางเป็นมิตร ให้คำชมเชย และให้กำลังใจในการที่ผู้ป่วยสูงอายุตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง เน้นย้ำว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกสามารถฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้องได้ ตามแนวคิดของ Orem (1995) กล่าวว่า การสนับสนุนโดยการให้คำชม กระตุ้น ให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้ และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ฉะนั้นการที่ผู้วิจัยสนับสนุน โดยการให้คำชม กระตุ้น ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุที่สามารถฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหา จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีกำลังใจที่จะฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีการดูแลตนเองในเรื่องการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยส่งเสริมเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยกระทำการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง มีการจัดสภาพเสมือนจริงขณะดำเนินการผ่าตัดต่อกระจก โดยจัดแยกเป็นสัดส่วน เงียบสงบ ไม่มีคนใช้อื่น หรือเจ้าหน้าที่อื่นรบกวน มีการจัดเตียงคล้ายเตียง

ผ่าตัดจริง จัดผ้าคลุมหน้าที่ใช้สำหรับคลุมหน้าเวลาผ่าตัดไว้ และให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ทดลองฝึกนอนนิ่งๆ และทดลองการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัดที่เตรียมไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์คล้ายสภาพการผ่าตัดจริง ตามแนวคิดของ Orem (1995) ได้กล่าวว่าการสร้างสิ่งแวดล้อมเป็นการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้และความเป็นกันเอง ใ้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผลตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงเจตคติ การให้คุณค่าต่อตนเอง การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ และการพัฒนาทางด้านร่างกาย ดังนั้นในวิธีการนี้ผู้วิจัยใช้การให้คำปรึกษา การจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับบุคคลอื่น เช่น ญาติ จัดสิ่งแวดล้อมคล้ายห้องผ่าตัด และวิธีการเพิ่มคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ คือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ร่วมวางแผน และกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการเรียนรู้ และมีการร่วมวางแผน และเป้าหมายการฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดที่ถูกต้องร่วมกับผู้วิจัย ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้จัดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง ด้วยการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดมีความรู้เรื่องโรคและการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด โดยใช้วิธีการสอน ให้ความรู้ เป็นรายบุคคล ประกอบการสาธิต และให้ผู้ป่วยสูงอายุร่วมฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด โดยใช้ภาพพลิก และคู่มือประกอบการเรียนการสอน ผ่านการชี้แนะ แก้ไข การฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดให้ถูกต้อง ภายใต้การสนับสนุน ชมเชย ให้กำลังใจ ด้วยท่าที่เป็นมิตร ใช้น้ำเสียงอ่อนโยน ให้เกียรติผู้ป่วยสูงอายุ จัดสิ่งแวดล้อมคล้ายห้องผ่าตัด ให้มีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง อนุญาตให้ญาติหรือครอบครัวเข้าร่วมฟัง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกมีความรู้เกี่ยวกับต่อกระจกและการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ถูกต้อง และสามารถฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 การให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ภายใต้การสนับสนุนและแนะนำจากผู้วิจัย ประกอบด้วย ก) การฝึกการนอนนิ่งๆ ข้างขวา ราบกับเตียง มือทั้งสองข้างประสานกันวางไว้ที่หน้าท้อง ข) การฝึกการหายใจ โดยการบริหารการหายใจแบบลึก ค) การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด โดยใช้ผ้าคลุมผ่าตัดจริง เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์จริง

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้ตั้งสมมุติฐานไว้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก กลุ่มที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก กลุ่มที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีแบบแผนการศึกษาสองกลุ่ม วกัดก่อน และหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยสูงอายุทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ณ ห้องผ่าตัดจักษุศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย โดยวิธีจับคู่ (Matched Pairs) โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นเวลา 2 สัปดาห์

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย คือ ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และ พฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ ความรู้สึกหวาดหวั่น หงุดหงิด ไม่สบายใจ ตื่นเต้น กระสับกระส่าย และไม่มั่นใจ อันเป็นผลจากการรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูกที่แพทย์วินิจฉัยว่าต้องทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด และแพทย์นัดวันผ่าตัดให้ ซึ่งวัดได้โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory Form Y-1) ของ Spielberger et al. (1983) ทั้งหมดมี 20 ข้อ โดยถ้าผู้ป่วยสูงอายุมีคะแนนรวม

จากแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญมาก หมายความว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูง

พฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยสูงอายุในขณะผ่าตัดต่อกระจก ตามคำแนะนำที่ได้รับจากการเตรียมก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ได้แก่ การเหยียดขาตลอดเวลา การไม่ขยับตัว การไม่พูดคุย การไม่ไอจามโดยไม่บอกล่วงหน้า การไม่ส่ายบิดหน้าไปมา การไม่เงยหน้า การไม่ยกแขน การไม่กรอกตาไปมา การไม่บีบตา วัดได้จากการสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยสูงอายุขณะผ่าตัดตามแบบวัดพฤติกรรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Lowe et al. (1992), Mokashi et al. (2004), Rothrock (1996) และ พิไลพร ชิมเจริญ และ เพ็ญพร โภควิชัย (2542) โดยผู้ป่วยสูงอายุที่ได้คะแนนจากการวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสูง จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระจกถูกต้อง

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ หมายถึง รูปแบบการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัย และผู้ป่วยสูงอายุเป็นรายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1995) ระบบการพยาบาลที่จัดขึ้นใช้เวลา 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระจก โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ

การพยาบาลที่ดำเนินตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้นั้น ประกอบด้วย การพยาบาล 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การดำเนินระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 4 วิธี คือ

1. การสอน การสอน และให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระจก และการผ่าตัด การรักษาด้วยการผ่าตัด สิ่ง que ผู้ป่วยสูงอายุจะได้พบในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ แนวทางเกี่ยวกับฝึกการปฏิบัติตัวของ ผู้สูงอายุขณะผ่าตัดต่อกระจก ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ ขณะผ่าตัด การฝึก การคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด ประกอบภาพพลิก โดยมีเนื้อหาที่กระชับ เฉพาะเจาะจง เข้าใจง่าย ไม่ มากจนเกินไป และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ถามและประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุเป็น ระยะ สอนรายบุคคล ประกอบการสาธิต และให้ผู้สูงอายุร่วมการฝึกปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ซักถาม และแจกคู่มือโรคต่อกระจกและการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และแนะนำให้ฝึกอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการให้เบอร์โทรศัพท์แก่ผู้ป่วย

สูงอายุ เพื่อผู้ป่วยสูงอายุสามารถติดต่อประสานงานกับผู้วิจัยเมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาหรือข้อสงสัย

2. การชี้แนะ ประเมินความเข้าใจวิธีการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด ภายใต้การชี้แนะ และการให้คำปรึกษาของพยาบาล โดยการประเมินถึงความเข้าใจและความสามารถในการฝึกปฏิบัติในกิจกรรมที่ผู้ป่วยสูงอายุปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยทำการชี้แนะ และแก้ไขจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

3. การสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วย พยาบาลต้องเลือกให้เหมาะสมตามสถานการณ์ เป็นคำพูด กิริยาท่าทางของพยาบาล ชมเชย ให้กำลังใจ ที่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยการจัดสภาพเสมือนจริง ขณะดำเนินการผ่าตัดต่อกระดูก มีการจัดเตียงคล้ายเตียงผ่าตัดจริง จัดผ้าคลุมหน้าที่ใช้สำหรับคลุมหน้าเวลาผ่าตัดไว้ และให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ทดลองฝึกนอนนิ่งๆ และทดลองการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัดที่เตรียมไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์คล้ายสภาพการผ่าตัดจริง

ขั้นตอนที่ 2 การให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ภายใต้การดูแลสนับสนุน และการให้คำปรึกษาของผู้วิจัย ได้แก่ ก) การฝึกการนอนนิ่งๆ ข้างวางราบกับเตียง มือทั้งสองข้างประสานกันวางไว้ที่หน้าท้อง ข) การฝึกการหายใจ ค) การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด โดยใช้ผ้าคลุมผ่าตัดจริง เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์คล้ายสภาพการผ่าตัดจริง โดยกำหนดให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกทุกวันๆ ละ 20 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และมีการโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วย 1 ครั้ง ก่อนผ่าตัด 1 สัปดาห์

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลประจำการในการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าผู้ป่วยสูงอายุต้องผ่าตัดเพื่อรักษาโรคต่อกระดูก ที่แผนกจักษุกรรมผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยการให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ ซึ่งมีลักษณะของการให้ข้อมูลความรู้ทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย และตอบคำถามอธิบายข้อสงสัยหรือปัญหาตามที่ผู้ป่วยแต่ละรายซักถาม โดยไม่มีการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไม่มีการตรวจสอบกลับว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองถูกต้องหรือไม่ ไม่มีส่วนกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการพยาบาลที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความสามารถในการจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง

2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย การค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่นๆ ที่จะนำมาใช้ให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก และขยายผลไปยังผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดตารชนิดต่างๆ รวมถึงผู้ป่วยสูงอายุที่ทำผ่าตัดอื่นๆ ในผู้ป่วยนอกต่อไป



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำเสนอเนื้อหาเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ
 - 1.1 ทฤษฎีการสูงอายุ
 - 1.2 ผู้สูงอายุกับการผ่าตัด
2. โรคต่อกระดูก
 - 2.1 โรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ
 - 2.2 การรักษาโรคต่อกระดูก
 - 2.3 ผู้สูงอายุกับการผ่าตัดต่อกระดูก
 - 2.4 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก
3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
 - 3.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 3.2 สาเหตุของความวิตกกังวล
 - 3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ
 - 3.4 ระดับของความวิตกกังวล
 - 3.5 ผลของความวิตกกังวล
 - 3.6 การประเมินความวิตกกังวล
4. ความวิตกกังวลกับการผ่าตัด
 - 4.1 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูกก่อนผ่าตัด
 - 4.2 บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวล
5. แนวคิดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด
 - 5.1 พฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก
 - 5.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือขณะผ่าตัด
 - 5.3 การวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก

6. แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

6.1 แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001)

6.2 แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัด
ต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่มนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ บุคคลที่เข้าสู่
ภาวะสูงอายุ โดยทั่วไปกำหนดว่าอายุประมาณ 60-65 ปี เป็นช่วงเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ (จันเพ็ญ
ชูประภาวรรณ, 2543) สำหรับประเทศไทยได้กำหนดว่าผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
ตามเกณฑ์การเกษียณอายุราชการ ซึ่งการอธิบายถึงกระบวนการสูงอายุนั้นมีความแตกต่าง
กันไป จึงมีกลไกหรือทฤษฎีมากมายที่ได้รับการเสนอว่าเป็นต้นเหตุของความสูงอายุ หรือมีส่วนใน
กระบวนการของการสูงอายุหรือความชรา (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542) ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไปนี้

1.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ

การศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุนั้นมีการขยายตัวอย่างกว้างขวาง
วิทยาการว่าด้วยการสูงอายุของมนุษย์ประกอบด้วยศาสตร์หลายสาขา ดังนั้นจึงมีทฤษฎีเกี่ยวกับ
ผู้สูงอายุมากมายจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการสูงอายุ ได้มีผู้แบ่งทฤษฎีการ
สูงอายุไว้เป็น 3 กลุ่มดังนี้ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2545 ; Ebersole and Hess, 2004)

1.1.1 ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theory of aging)

ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพอธิบายถึงผลของการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทำให้
การทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

1.1.1.1 Stochastic theories เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุว่าเป็น
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่สม่ำเสมอเป็นช่วงๆ และความเสื่อมก็จะสะสมมากขึ้นตามเวลาที่
เพิ่มขึ้น ทฤษฎีในกลุ่มนี้ได้แก่

1) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่เกิดจาก
การผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีนของ DNA ส่งผลให้เกิดการแก่ตัว เสื่อมสภาพหรือเซลล์ตาย
ในที่สุดความผิดปกติของการสร้างเอนไซม์หรือโปรตีนจะทำให้เกิดการสร้างเซลล์ (exact copy) ที่
ผิดแปลกไปจากเดิม การผิดพลาดจากการส่งรหัสพันธุกรรม (Transcription) จะเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก

และเซลล์จะถูกเปลี่ยนไปจากเดิมทุกครั้งที่เกิดการผิดพลาดจนแตกต่างจากเซลล์ต้นแบบโดยสิ้นเชิง

2) ทฤษฎีการเชื่อมโยงไขว้ (Cross-Linkage Theory) ทฤษฎีนี้มีสมมติฐานเกี่ยวกับการสูงอายุว่าเกิดจากโปรตีนบางอย่างในร่างกายที่เพิ่มขึ้นและมีการเชื่อมโยงไขว้จับตัวกันมากขึ้น ส่งผลให้ไปขัดขวางกระบวนการเมตาบอลิซึม ทั้งนี้เนื่องจากการเชื่อมโยงไขว้ไปขัดขวางการได้รับอาหาร การขับของเสียจากเซลล์ทั้งในระดับภายในเซลล์และนอกเซลล์ ทำให้การทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อส่วนนั้นลดลงและส่งผลกระทบต่อโครงสร้างส่วนอื่นๆ โดยระบบภูมิคุ้มกันจะทำงานมีประสิทธิภาพลดลงและระบบป้องกันของร่างกายไม่สามารถกำจัดสารที่เกิดจาก Cross linkage ได้ จึงถือว่าเป็นสาเหตุเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดแดงแข็งและการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง

3) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) เชื่อว่าสารอนุมูลอิสระซึ่งเป็นสารที่ได้จากกระบวนการเผาผลาญ (Metabolic) ของร่างกายไม่ได้ถูกทำให้เป็นกลาง จึงทำให้อนุมูลอิสระไปจับเกาะกับโมเลกุลอื่น ทำให้เซลล์ต่างๆ ในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม อาจทำให้เซลล์บวมหรือเหี่ยวแห้งขาดน้ำ ส่งผลให้ภาวะสมดุลสูญเสียไปและทำให้เซลล์ตายในที่สุด นอกจากนี้ทฤษฎีนี้ยังเชื่อว่าสารอนุมูลอิสระเหล่านี้ทำให้เกิดการกลายพันธุ์ (Mutation) ของ DNA-RNA transcription โดยเฉพาะในเนื้อเยื่อเซลล์ของกล้ามเนื้อและระบบประสาท ซึ่งมีการเกิดอนุมูลอิสระได้มากจะเกิดสารที่เรียกว่า Lipofuscin ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุ เนื่องจากพบว่าเนื้อเยื่อของผู้สูงอายุมีการสะสมสาร Lipofuscin มากหรือที่เรียกทั่วไปว่าตกรัศ

4) ทฤษฎีการเสื่อมสลาย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่าเซลล์มีการเสื่อมสลายหรือตายเนื่องจากมีการใช้งานอย่างต่อเนื่องระยะหนึ่ง โดยเชื่อว่าการตายเกิดจากผลของเนื้อเยื่อต่างๆ มีการเสื่อมสภาพและไม่สามารถกลับสู่สภาพดั้งเดิมได้ ทำให้เกิดการสูญเสียอย่างถาวรและเชื่อว่ากระบวนการสูงอายุจะถูกเร่งเมื่อมีความเครียด มีการสะสมของการบาดเจ็บหรือการได้รับอุบัติเหตุต่างๆ ซึ่งนำไปสู่การตายได้เนื่องจากมีการเสื่อมสภาพแล้ว ร่างกายไม่สามารถสร้างอวัยวะใหม่มาทดแทนได้

1.1.1.2 Nonstochastic Theory เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุว่าสามารถทำนายล่วงหน้าได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยมีเวลาเป็นตัวเงื่อนไข ทฤษฎีกลุ่มนี้ได้แก่

1) ทฤษฎีโปรแกรม (Programmed Theory หรือ Hayflick Limit Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าอายุของคนหรือสิ่งมีชีวิตถูกกำหนดไว้ตามแต่ชนิดหรือประเภทของสิ่งมีชีวิตนั้นๆ เมื่อเซลล์มีการแบ่งตัวจะสามารถทำงานได้จนถึงระดับหนึ่ง เหมือนมีการกำหนดโปรแกรมไว้ในเซลล์ตั้งแต่ต้นว่าเมื่อไรเซลล์จึงจะตาย โดยเชื่อว่ามนุษย์มีนาฬิกาชีวภาพ ซึ่งถูก

กำหนดไว้ที่อายุ 110-120 ปี ทฤษฎีนี้บางครั้งเรียกว่าทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Biological clock) ทฤษฎี Cellular Aging หรือทฤษฎี Genetic Theory

2) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity Theory) ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมนุษย์จะทำงานมีประสิทธิภาพลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเรียกภาวะดังกล่าวนี้ว่า Immunosenescence หรือความเสื่อมของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ลดลง ซึ่งการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะ T-cells จะลดลงอย่างชัดเจน ทำให้การป้องกันสิ่งแปลกปลอม เชื้อโรคและโรคต่างๆ ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเอง (Autoantibodies) เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันนี้ยังไม่สามารถอธิบายถึงกลไกที่ชัดเจนได้ แต่พบว่าการทำงานที่ผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันจะเพิ่มขึ้นตามอายุ รวมถึงการต่อต้านการทำลายเซลล์ที่ผิดปกติจะลดลง นำไปสู่การเกิดเนื้องอกหรือมะเร็งได้มากขึ้น

1.1.2 ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociologic Theories Aging)

ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมจะให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพและบทบาทระหว่างบุคคล นอกจากนี้ยังรวมถึงการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต ปัจจุบันทฤษฎีนี้จะมองการสูงอายุในแง่มุมมองลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กับลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่ผู้สูงอายุในสังคมนั้นอาศัยอยู่ ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมที่มีกล่าวถึง ได้แก่

1.1.2.1 ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการปรับตัวให้เหมาะสมตามที่สังคมทั่วไปยอมรับ เช่น มีการถอนตัวออกจากสังคมและลดบทบาทความสำคัญจากกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้เพื่อความสมดุลได้แก่ สังคมที่จะมีบุคคลอื่นเข้ามาแทนที่บทบาทของผู้สูงอายุที่ถอยตัวออกมา

1.1.2.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory หรือ Development Task Theory) เป็นทฤษฎีที่มีมุมมองว่า ผู้สูงอายุยังคงต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อเป็นผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์โดยมีมุมมองว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงไว้ ซึ่งความพอใจในชีวิตของบุคคลและการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ผู้สูงอายุที่ยังมีกิจกรรมสม่ำเสมอจะรู้สึกกระชุ่มกระชวยเป็นหนุ่มสาว และไม่ถอยหนีจากสังคม

1.1.2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ไม่ว่าจะการมีชีวิตที่ยังตื่นตัวไม่อยู่นิ่ง การพยายามใช้ชีวิตให้ไม่ต่างจากเดิมในวัยกลางคนหรือการพยายามลดบทบาทหน้าที่ความสำคัญในสังคม ไม่จำเป็นเสมอไปที่จะนำมาซึ่งความสุข แต่บุคคลสามารถใช้ชีวิตที่มีอยู่ต่อเนื่องจากการดำรงชีวิตที่ผ่านมา วัยสูงอายุไม่ใช่วัยตอนสุดท้ายหรือตอนปลายของ

ชีวิตที่แยกออกมาอย่างชัดเจน แต่ชีวิตของมนุษย์จะมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกันมาตลอดตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิต

1.1.2.4 ทฤษฎีการแบ่งชั้นอายุ (Age Stratification Theory) ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับค่านิยมทางสังคม การพึ่งพาซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุกับสังคม โดยภาพรวมมองว่าผู้สูงอายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสังคม เป็นสมาชิกของกลุ่ม มีหมู่เหล่าและมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันระหว่างบุคคลและสังคมอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

1.1.2.5 ทฤษฎีความพอเหมาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit Theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่าสัมพันธภาพระหว่างกันของกลุ่มบุคคล ตัวผู้สูงอายุและสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งกำหนดถึงสมรรถนะในตัว (Personal competence) ของบุคคลนั้นๆ ความสามารถในตัวบุคคลจะถูกหล่อหลอมมาตลอดอย่างต่อเนื่องชั่วชีวิต ซึ่งรวมถึงความแกร่งของจิตใจได้สำนึก ระดับของทักษะการทำงาน การเคลื่อนไหวต่างๆ สุขภาพร่างกาย ความนึกคิด เซาว์ปัญญา และความสามารถในการสัมผัส เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นสมรรถนะในตนเองเหล่านี้ อาจเปลี่ยนแปลงไปหรือลดลง ส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการสูญเสียความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม

1.1.3 ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Theory of Aging)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่าพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องไม่มีการสิ้นสุด ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยาจึงเป็นการรวมทั้งทฤษฎีทางชีวภาพและทางสังคมร่วมกันอธิบายกระบวนการสูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มได้ดังนี้

1.1.3.1 ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามขั้นของ Maslow (Maslow is Hierachy of Human Needs Theory) เสนอว่า บุคคลจะมีความต้องการภายในตามลำดับขั้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เมื่อมนุษย์สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ความต้องการในลำดับช่วงหนึ่งแล้ว ก็จะลำดับความต้องการไปอีกลำดับขั้น จนกระทั่งถึงขั้นสูงสุด

1.1.3.2 ทฤษฎีเอกัตบุคคลของ Jung (Jung's Theory of Individualism) เสนอว่าบุคลิกภาพจะมีทั้งลักษณะที่เปิดเผยต่อโลกภายนอก (Extrovert) และลักษณะส่วนภายในของบุคคล (Introvert) สมดุลระหว่างทั้ง 2 ลักษณะนี้จะแสดงถึงความเป็นบุคคลนั้น ซึ่งสำคัญต่อสุขภาพจิตของบุคคล เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้น บุคลิกภาพจะเริ่มเปลี่ยนจากการมองภายนอกเป็นการเริ่มหาคำตอบ โดยการมองเข้ามาภายในตนและเห็นคุณค่าของตนมากกว่าจะมองเห็นความสำคัญหรือความเสื่อมถอยของร่างกาย สามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

1.1.3.3 ทฤษฎีระยะ 8 ขั้นของชีวิต (Eight Stages of Life Theory) หรือทฤษฎีของ Erikson (Erikson's Epigenetic Theory) เสนอว่า ขบวนการพัฒนาของชีวิตจะสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลจากวัฒนธรรมและสังคม Erikson ได้แบ่งช่วงชีวิตของคนเป็น 8 ระยะ โดยระยะที่ 1-6 เป็นระยะตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ระยะที่ 7 คือบุคคลในช่วงอายุ 40-60 ปี เป็นช่วงวัยกลางคนที่บุคคลมีความเข้าใจและยอมรับในตนเอง บุคคลในวัยนี้จะมีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ มุ่งสร้างความสำเร็จในชีวิต ระยะที่ 8 เป็นช่วงตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เป็นช่วงที่มีความเจริญมั่นคงในชีวิต มีการยอมรับจากการประเมินตนเองหรือจากการประเมินความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คุณค่าของบุคคลวัยนี้อยู่ที่ภูมิปัญญา ซึ่งส่งสมมาตลอดชีวิต หากผู้สูงอายุในระยะนี้ไม่ประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวในชีวิตจะเกิดความท้อแท้ หมดหวังและรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย

โดยสรุปแล้วกระบวนการสูงอายุสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการสูงอายุ ทั้งทางชีวภาพ สังคม และจิตวิทยา เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย ดังนั้นการเข้าใจถึงทฤษฎีการสูงอายุ จะทำให้มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ดีขึ้น และนำไปสู่การดูแลที่มีคุณภาพได้

1.2 ผู้สูงอายุกับการผ่าตัด

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระในทางที่เสื่อมลง การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ บกพร่องและเกิดพยาธิสภาพหลายระบบ (บรรลุ ศิริพานิช, 2543; Ebersole and Hess, 2004) จึงพบว่าผู้สูงอายุมีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงแบบเสื่อมถอย ซึ่งเมื่อพิจารณาแต่ละระบบของร่างกายผู้สูงอายุพบว่า การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดจากความสูงวัยนั้นมีความสัมพันธ์กับการได้รับการผ่าตัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (กฤษณกมล วิจิตร, 2547)

1.2.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดจะลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงเนื่องจากมีจำนวนคอลลาเจนและไขมันเพิ่มขึ้น ลิ้นหัวใจหนาและแข็งขึ้น ประสิทธิภาพในการผลิตและนำกระแสประสาทจาก Sino Atrial node ลดลง ผนังของหลอดเลือดแดงใหญ่จะหนาและแข็งขึ้น ทำให้ความสามารถในการยืดหยุ่นลดลง ผนังหลอดเลือดและเนื้อเยื่อข้าง ปริมาณเลือดในร่างกายลดลงจากการมีปริมาณน้ำในร่างกายลดลงทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีน้อยลง การทำงานของไขกระดูกลดลงทำให้มีปริมาณของเม็ดเลือดแดง ระดับฮีมาโตคริต และฮีโมโกลบินต่ำลงเล็กน้อย (Tagliareni and Water, 1995)

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด เมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยหรือได้รับการผ่าตัด มีความเครียดหรือวิตกกังวล ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไม่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย หัวใจจะต้องทำงานหนักขึ้น (Tagliareni and Water, 1995) ผนังหลอดเลือดที่หนาและแข็งขึ้นทำให้ความสามารถในการหดตัวและขยายตัวลดลง ส่งผลให้การไหลของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญไม่เพียงพอ และอัตราการแลกเปลี่ยนสารอาหารและของเสียระหว่างเลือดและเนื้อเยื่อช้าลง ซึ่งในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ Hypoxia, Shock, Arrhythmias, Congestive heart failure เป็นต้น (Stone et al., 1999)

1.2.2 ระบบหายใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ของระบบหายใจลดลง เซลล์กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อซี่โครงเหี่ยวและเส้นใยกล้ามเนื้อลดน้อยลง ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงลง ความแรงในการหายใจเข้าและออกจึงลดลง ประสิทธิภาพการไอน้ำไม่ดีพอ ความยืดหยุ่นและความจุของปอดลดลง ถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้นและมีผนังบาง (Ebersole and Hess, 2004) แม้ว่าจำนวนของถุงลมจะเท่าเดิม แต่ปริมาณถุงลมที่มีประสิทธิภาพจะลดลง ผนังระหว่างถุงลมและหลอดเลือดหนาขึ้นและมีพื้นที่ผิวในการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด อัตราการไหลของอากาศเข้าออกจากปอดที่ลดลงประกอบกับประสิทธิภาพในการไหลลดลง ทำให้มีอากาศและเสมหะคั่งค้างอยู่ในปอดมากขึ้น อัตราการแลกเปลี่ยนแก๊สที่ถุงลมลดลง ปริมาณน้ำในร่างกายนี้อาจลดลงทำให้เยื่อหุ้มทางเดินหายใจแห้ง และมีการติดเชื้อตามมาได้ การมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ร่วมกับการที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องคลุมหน้าผ่าตัด ส่งผลให้ปริมาณและการไหลของอากาศเข้าออกจากปอดลดลง และมีเสมหะคั่งค้างอยู่ในปอด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) ปอดแฟบ (Atelectasis) และปอดบวมจากการนอนนานๆ (Hypostatic pneumonia) ได้ง่าย (Stone et al., 1999)

1.2.3 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีรูปทรงที่เปลี่ยนแปลงไปความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้เนื้อกระดูกลดลง มีการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้างกระดูก ทำให้กระดูกพรุนแตกหักง่าย หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมทำให้ส่วนสูงลดลง เซลล์กล้ามเนื้อเหี่ยว เส้นใยกล้ามเนื้อลดลง (Talbot, 1994) ทำให้ความทนทานและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อแขนและขาลีบเล็ก ความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อลดลง อาจมีอาการปวด อักเสบหรือข้อติดแข็งได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด ในขณะที่ผ่าตัดที่ต้องนอนนิ่งๆ เป็นเวลานาน อาจมีอาการชาหรือแขนขาอ่อนแรง และความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อลดลง

หรือในระยะหลังผ่าตัดหากนอนอยู่ที่เตียงนานๆ ไม่เคลื่อนไหวจะทำให้ขนาดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง เกิดมีอาการของข้อติดแข็งหรือปวดข้อได้ เนื่องกระดูกลดลงเนื่องจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนและระดับแคลเซียมในเลือดที่ต่ำลงทำให้ กระดูกพรุน เปราะหรือแตกหักง่าย จึงควรระมัดระวังในการเคลื่อนย้ายและการจัดทำผู้ป่วยสูงอายุบนเตียงผ่าตัด นอกจากนี้ในระยะหลังผ่าตัดควรช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวและมี Ambulation โดยสอนให้เคลื่อนไหวอย่างช้าๆ และระมัดระวัง

1.2.4 ระบบผิวหนัง ผิวหนังมีริ้วรอยเหี่ยวย่น ผมหงอก ตกกระ และศีรษะล้าน ผิวหนังบางลง ปริมาณน้ำในชั้นใต้ผิวหนังลดน้อยลง ทำให้ผิวหนังมีรอยเหี่ยวย่น ต่อมใต้ผิวหนังผลิตไขมันน้อยลงทำให้ผิวแห้งเป็นขุยเกิดอาการคันได้ เม็ดสีจับตัวเป็นกลุ่มทำให้ตกกระทั่วไป รากผมทำงานได้น้อยลง ทำให้เส้นผมที่งอกใหม่มีลักษณะบางลง ความสามารถในการผลิตเม็ดสีลดลง เกิดผมหงอก การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงที่ฐานเล็บน้อยลงทำให้เล็บหนา แข็ง มีสีขุ่น และหักง่าย ต่อมเหงื่อมีขนาดและมีจำนวนลดลง (Tagliareni and Water, 1995)

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด ผิวหนังที่บาง แห้ง สูญเสียความยืดหยุ่นทำให้ผิวหนังแตกหรือถูกทำลายได้ง่าย เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บและติดเชื้อ ประกอบกับลักษณะผิวหนังที่บาง เปราะทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ง่าย (Stone et al., 1999) ความสามารถในการรักษาอุณหภูมิของร่างกายลดลง ทนต่ออากาศที่ร้อนได้น้อยและไม่มีอาการเหงื่อออกเมื่ออุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ความสามารถในการรักษาความอบอุ่นลดลงจากการมีไขมันในชั้นใต้ผิวหนังน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุหนาวหรือเกิดอาการหนาวสั่นได้ง่าย ภาวะอุณหภูมิกายต่ำจึงพบได้บ่อยโดยเฉพาะในระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด (Matteson, 1997)

1.2.5 ระบบทางเดินอาหาร มีการสลายของกระดูกขากรรไกร ทำให้ฟันโยกคลอน ความสามารถในการเคี้ยวลดลง รีเฟล็กซ์การกลืนของหลอดอาหาร (Gag reflex) ลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดการสำลักได้ง่าย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเรียบลดลง ทำให้การเคลื่อนผ่านของอาหารช้าลง กระเพาะอาหารมีการหลั่งกรดลดลงทำให้ความสามารถในการดูดซึมธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 และโปรตีนลดลง ลำไส้บีบตัวลดลง กล้ามเนื้อหูรูดอ่อนแอ ทำให้ระยะเวลาที่อาหารค้างอยู่ในลำไส้ยาวนานขึ้น

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด การบีบตัวของลำไส้ที่ช้าลงทำให้อาหารค้างอยู่ในลำไส้ให้นานขึ้น ทำให้อุจจาระแข็งมากขึ้น ท้องผูกง่าย การเคลื่อนของอาหารออกจากกระเพาะอาหารที่ช้าลงร่วมกับมีการหลั่งกรดลดลงทำให้อาหารไม่ย่อย เกิดภาวะท้องอืดได้ง่าย ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยสูงอายุอาจได้รับผลกระทบกับระบบทางเดินอาหารจากการได้รับยาระงับอาการปวดโดยตรง (Jackson, 1995)

1.2.6 ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ผลของไตที่มีจำนวนของหน่วยไตลดลง ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านไตลดลงจากการมีปริมาณเลือดไหลออกจากหัวใจต่อ 1 นาที ลดลง ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง ความสามารถในการดูดกลับของน้ำก็ลดลง ความจุและความสามารถในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง ในผู้ชายจะปัสสาวะบ่อยขึ้นหากมีต่อมลูกหมากโต ในผู้หญิงอาจถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้นจากการมีกล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บหย่อนยาน (Sokoloff et al., 2001) ด้านอวัยวะสืบพันธุ์ในเพศชายลูกอัณฑะมีขนาดเล็กลง การผลิตฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนลดลง ร่วมกับการมีต่อมลูกหมากโตขึ้น สำหรับในส่วนของเพศหญิงนั้น มีการหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวและมีขนาดลดลง ผนังช่องคลอดบาง มีความยืดหยุ่นน้อยและความสามารถในการผลิตสารคัดหลั่งลดน้อยลง

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด ความพร่องในการทำหน้าที่ ส่วนใหญ่เกิดจากความจุของกระเพาะปัสสาวะ และความสามารถในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้ปัสสาวะบ่อย มีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบได้ง่าย ในเพศหญิงกล้ามเนื้อฝีเย็บหย่อนยาน ส่งผลให้กล้ามเนื้อหูรูดที่อ้อมปัสสาวะภายนอกอ่อนแรง ร่วมกับภาวะอากาศในห้องผ่าตัดที่เย็นกว่าปกติและความตื่นเต้นวิตกกังวล ทำให้ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ปัสสาวะกระปริบกระปรอย ระหว่างการผ่าตัด อาจทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคต่อการผ่าตัด

1.2.7 ระบบประสาท เซลล์ประสาทในสมองและไขสันหลังลดลง ความสามารถในการสร้างสารสื่อประสาทลดลง เนื้อสมองเหี่ยวทำให้สมองมีขนาดเล็กลงประสิทธิภาพของการรับรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของสมองลดลง ทำให้การทรงตัวไม่ดี เดินเซ ระยะเวลาในการนอนหลับลดลงเป็นลำดับเมื่ออายุมากขึ้น วงจรการนอนหลับเปลี่ยนแปลงโดยมีระยะ 1 และ 2 ยาวขึ้น ในขณะที่ระยะ 3 และ 4 สั้นมาก ทำให้ช่วงการนอนหลับลึกสั้นลงและตื่นได้ง่าย (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด การที่ขนาดสมองเล็กลง เซลล์ประสาทและสารสื่อประสาทลดลง ความเร็วในการนำกระแสประสาทลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวช้า การสูญเสียความสามารถในการทรงตัวทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอาจส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือเพ้อในระยะหลังผ่าตัดได้ (Rothrock, 1996)

1.2.8 ระบบภูมิคุ้มกัน ปฏิกริยาตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันต่อความเครียดหรือการติดเชื้อจะช้าหรือลดลง ปฏิกริยาตอบสนองต่อการอักเสบเปลี่ยนแปลงไป ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือดเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้การสูงอายุทำให้มีการผลิตสารต่อต้านการจำ

เนื้อเยื่อตนเอง (Antibodies) สูงขึ้น ทำให้มีการพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน (Autoimmune disease) มากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับการผ่าตัด การที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ มีการอักเสบหรือติดเชื้อ อาจมีการตอบสนองต่อปฏิกิริยาเหล่านี้ได้ช้า หรือไม่มีอาการแสดง เช่น อาจจะไม่มียาหรือมีใช้ต่ำๆ ไม่แสดงอาการปวดหรืออาจมีเพียงเล็กน้อย ซึ่งบางครั้งยากต่อการประเมินจึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อมากกว่าคนหนุ่มสาว ภาวะติดเชื้อที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และแผลผ่าตัด เป็นต้น (McConnell and Lawler, 1991)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทุกระบบในร่างกายตามกระบวนการสูงอายุที่เสื่อมลงล้วนแล้วแต่มีผลกับการผ่าตัดทั้งสิ้น ดังนั้นการเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุ จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและแยกแยะระหว่าง การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและโรคที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน สามารถวางแผนให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งในด้านการให้ความสุขสบายของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดได้เป็นอย่างดี

2. โรคต้อกระจก

โรคต้อกระจก (Cataract) เป็นภาวะที่แก้วตาขุ่นหรือทึบแสงขึ้น ทำให้แสงไม่สามารถทะลุผ่านไปได้ จึงทำให้สายตามัว ซึ่งการขุ่นของแก้วตานี้ อาจเกิดขึ้นที่ส่วนรอบนอก ส่วนกลางหรือที่เปลือกหุ้มก็ได้ (งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ, 2549) เป็นสภาวะการเสื่อมตามอายุของเลนส์ตา จะมีอาการตามัวอย่างเดียว ไม่เจ็บปวด ถ้าทิ้งไว้นานจะค่อยๆ มัวเพิ่มขึ้น เป็นโรคที่ไม่มียารักษา จักษุแพทย์จะแนะนำให้ทำการผ่าตัดต้อกระจก โดยนำเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออก แล้วนำเลนส์แก้วตาใหม่ ที่เรียกว่า เลนส์แก้วตาเทียมใส่แทน

2.1 โรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ

โรคต้อกระจกในผู้สูงอายุแบ่งได้ดังนี้ (งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ, 2549)

1. ต้อกระจกที่ส่วนของนิวเคลียส (Nuclear cataract) เกิดจากการขุ่นหรือแข็งตัวของนิวเคลียสส่วนกลางเลนส์แก้วตา ผู้ป่วยมักให้ประวัติว่ามีอาการค่อยๆ ตามัวเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งมักมีผลในที่ใกล้มากกว่าที่ไกล ทั้งนี้เนื่องจากการหนาตัวของเลนส์แก้วตาจะทำให้เพิ่มกำลังขยายของเลนส์แก้วตา เป็นผลให้ผู้ป่วยมองเห็นในที่ใกล้ได้ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงมักให้ประวัติว่า เดิมต้องใส่แว่นในการอ่านหนังสือ แต่ต่อมาสามารถอ่านหนังสือหรือเย็บผ้าได้โดยไม่ต้องสวมแว่น

แต่การมองไกลกลับลดลง นอกจากการหนาและแข็งตัวของนิวเคลียสแล้ว เลนส์แก้วตายังอาจมีสีเพิ่มมากขึ้นจากเดิมที่เคยใส โดยทั่วไปมักมีสีเหลือง-น้ำตาล เรียกว่า “Brunescence cataract” ในบางครั้งเมื่อเป็นมากขึ้นจะมีสีน้ำตาลเข้มจนกลายเป็นสีดำ ซึ่งเรียกว่า “Cataract nigra”

2. ต้อกระจกที่รอบเลนส์ (Cortical cataract) เกิดจากการขุ่นของเลนส์แก้วตา ส่วนที่เป็น cortex อาจเกิดเองโดยลำพังหรือเกิดร่วมกับ nuclear cataract ก็ได้ cortical cataract การขุ่นของ cortex อาจกระจายอยู่ทั่วๆ ไปหรืออยู่เฉพาะตำแหน่งก็ได้ โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจกประเภทนี้จะมีอาการแสงแตกกระจาย (glare) อาจเห็นภาพซ้อน (monocular diplopia) หรือตามัว ถ้าความขุ่นของ cortex เกิดเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนทั่วทั้งหมดจะทำให้มองเลนส์แก้วตาเห็นเป็นสีขาวเรียกว่า ต้อกระจกที่สุกแล้ว (mature cataract) หากเป็นมากขึ้น cortex จะละลายเป็นของเหลว เรียกว่า ต้อกระจกที่สุกเกินไป (hyper mature cataract) ซึ่ง cortex นั้นอาจรั่วออกนอกแคปซูลของเลนส์ตา ก่อให้เกิดการอักเสบที่เรียกว่า “Phacolytic glaucoma” ในบางครั้งเมื่อ cortex ละลายเป็นของเหลวจนหมดแล้ว จะทำให้เลนส์นิวเคลียสลอยแคว้งอย่างอิสระ อยู่ภายในเลนส์แคปซูลแต่โดยส่วนใหญ่มักเห็นตกลงส่วนล่างของแคปซูล

3. Subcapsular cataract ต้อกระจกชนิดนี้อาจจะเกิดเป็นได้ทั้งทางด้านหน้า (anterior subcapsular cataract, ASC) หรือ ด้านหลัง (posterior subcapsular cataract, PSC) แต่โดยส่วนใหญ่แล้วมักพบเกิดด้านหลัง (posterior subcapsular cataract, PSC) สาเหตุเกิดจากการเคลื่อนตัว (migrate) ของ lens epithelium ซึ่งสามารถที่จะทำให้เลนส์แคปซูลเกิดความขุ่นขึ้นได้ โดยส่วนใหญ่มักเกิดตรงกลางและขยายวงกว้างขึ้นตามเวลา อาการที่มักพบคืออาการมองในที่ใกล้เสียไปมากกว่าที่ไกล ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดความขุ่นฝ้ามักเป็นบริเวณตรงกลาง นอกจากนั้นมักพบปัญหาเห็นแสงแตก (glare) จากการที่แสงแตกกระจายจากการกระทบกับฝ้ามี่เกิดขึ้น ต้อกระจกชนิดนี้มักเกิดในวัยกลางคน และอาจเกี่ยวข้องกับ การได้รับยา corticosteroid การเกิดอุบัติเหตุบริเวณลูกตา ผู้ที่เคยมีประวัติการอักเสบของยูเวีย (uveitis) และผู้ที่เป็นเบาหวาน เป็นต้น

4. Mixed type คือ ผู้ป่วยเป็นต้อกระจกที่มีลักษณะผสมผสานรวมกันของต้อกระจกมากกว่า 1 ชนิด

2.2 การรักษาโรคต้อกระจก

การรักษาโรคต้อกระจกในปัจจุบัน หากเกิดปัญหาสายตาสายตาที่ผิดปกติ สามารถแก้ด้วยแว่นหรือเลนส์สัมผัส รวมทั้งการหยอดขยายม่านตา เพื่อให้แสงผ่านเลนส์แก้วตาใช้ในกรณีเลนส์แก้วตาเคลื่อนที่ออกไปเล็กน้อย หากการหักเหของแสง (refractive error) ที่เกิดเพิ่มมากขึ้น หรือมี

ปัญหาแทรกซ้อนอื่นๆ ก็ต้องพิจารณาผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาออก (งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ, 2549) ผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจกไม่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษาอย่างรีบด่วนทุกราย จักษุแพทย์จะพิจารณาตามความเหมาะสมดังต่อไปนี้

1. สายตามัวลง ไม่ว่าจะมากหรือน้อยก็ตาม ทำให้เป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพ และการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น
2. ต้องรีบทำการผ่าตัดก่อนจะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ในรายที่ต้อกระจกอยู่ในระยะที่สุกเกินไป ทั้งนี้เพื่อถนอมสายตาของผู้ป่วยไม่ให้เสียไปจากโรคแทรกซ้อนเหล่านั้น
3. ตาอยู่ในสภาพปกติ ไม่มีโรคภายในลูกตาอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคของจอตา โรคของประสาทตา เป็นต้น ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดต้อกระจกจะได้ผลดีเมื่อส่วนประกอบอื่นๆ ภายในดวงตายังดีอยู่
4. สภาพร่างกายทั่วไปเป็นปกติไม่มีโรคแทรกซ้อนจากระบบอื่น ในรายที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ จะต้องควบคุมโรคให้อยู่ในภาวะปกติก่อนจึงจะสามารถผ่าตัดได้

2.3 ผู้สูงอายุกับการผ่าตัดต้อกระจก มีดังนี้

1. Intracapsular cataract extraction (ICCE) เป็นการผ่าตัดต้อกระจกที่ทำกันมานานแล้ว หลักการคือเป็นการนำเอาเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออกทุกส่วน (capsule, cortex, nucleus) วิธีการนำเลนส์แก้วตาออก อาจทำได้โดยใช้ปากคีบ (forceps) คีบ หรือใช้ความเย็นผ่าน cryoprobe คูดเลนส์แก้วตาออกมา วิธีนี้เป็นวิธีที่ทำกันอย่างแพร่หลายในอดีต ในปัจจุบันถูกแทนที่โดยวิธี Extracapsular cataract extraction (ECCE) หรือ วิธี Phacoemulsification แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีการนำวิธีนี้มาใช้บ้างในบางภาวะ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมี zonule ที่หย่อนหรือขาดไปบางส่วน ทั้งนี้ไม่ทราบสาเหตุ จากโรคบางชนิด หรือจากอุบัติเหตุ ทำให้เลนส์แก้วตาไม่คงที่ ซึ่งหากกระทบกระเทือนโดยแรง อาจทำให้ zonule ขาดเพิ่มมากขึ้น เลนส์แก้วตาอาจตกหรือเลื่อนออกจากตำแหน่งปกติ ดังนั้น การใช้วิธี ICCE ก็จะเป็นทางเลือกที่ดี

หลังจากที่นำเลนส์แก้วตาออกแล้ว การแก้ปัญหาสายตาเริ่มตั้งแต่การใส่แว่นตา (แว่นขนมครก) การใช้เลนส์สัมผัส ซึ่งไม่สะดวกต่อผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งการใส่เลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งนิยมใส่ชนิด anterior intraocular lens (AC IOL) เพราะทำให้สะดวกและง่าย แต่ก็มีข้อเสียหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดกระจกตาเสื่อม (bullous keratopathy) ซึ่งเป็นผลจาก AC IOL มีการแกว่งหรือขยับ ทำให้ไปถูกกระจกตาด้านใน ซึ่งเป็นตำแหน่งของ endothelium โดยปกติแล้ว

endothelium เป็นเซลล์ที่ไม่มีการสร้างทดแทน เมื่อเซลล์เสียไปเรื่อยๆ จนในที่สุดก็ไม่สามารถทำหน้าที่ดูดน้ำออกจากกระจกตา กระจกตาจึงบวมนั่นเอง

2. Extracapsular cataract extraction (ECCE) เป็นวิธีผ่าตัดต้อกระจก โดยนำเอาเฉพาะส่วนใหญ่ของ anterior lens capsule ส่วนที่เป็น cortex และส่วนที่เป็นนิวเคลียสออก โดยคงค้าง posterior capsule และไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับ zonule การใส่เลนส์แก้วตาเทียมจะต้องให้เป็นชนิดที่พับไม่ได้ ขนาด 6.0 มิลลิเมตร และใส่เข้าไปอยู่ในถุงเปลือกตา (capsular bag) ผู้ป่วยมาผ่าตัดแล้วให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้าน โดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล เป็นการผ่าตัดในผู้ป่วยนอก

3. Phacoemulsification การผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธี Phacoemulsification ก็เป็นวิธีการหนึ่งของการผ่าตัดแบบ Extracapsular cataract extraction มีความแตกต่างกันตรงที่วิธี Phacoemulsification ใช้เครื่องมือที่เป็นคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonic needle) ซึ่งตรงปลายมีท่อพ่นน้ำเข้าไปในลูกตาและดูดออกเป็นจังหวะพร้อมกัน เมื่อสามารถเอาแกนของต้อกระจกออกหมดแล้ว เปลี่ยนมาใช้หัวฉีดและดูด (irrigation and aspiration) เนื้อต้อกระจกที่เหลือตามขอบเปลือกหุ้มเลนส์ เนื่องจากแผลมีขนาดเล็กมาก (ประมาณ 3 มิลลิเมตร) ดังนั้น เลนส์แก้วตาเทียมที่จะใช้ต้องเป็นเลนส์แก้วตาเทียมชนิดนี้มันสามารถพับได้ ซึ่งเมื่อผ่านรูเข้าไปแล้วก็จะไปคลี่กางอยู่ในถุงเปลือกตา (capsular bag) หรืออาจใช้เลนส์แก้วตาเทียมชนิดแข็งขนาดประมาณ 5.0 - 5.5 มิลลิเมตร วิธีนี้ในปัจจุบันเป็นที่นิยมเนื่องจากปลอดภัย แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้เอง โดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล เป็นการผ่าตัดในผู้ป่วยนอก

การผ่าตัดในผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน มีข้อดีคือ สามารถช่วยลดการสัมผัสเชื้อโรคในโรงพยาบาลได้ ผู้ป่วยสูงอายุกลับไปสู่ภาวะแวดล้อมเดิมที่เคยคุ้นเคย นอกจากนี้ยังลดระยะเวลาการครองเตียง โรงพยาบาลจะมีเตียงว่างเพื่อสามารถรองรับผู้ป่วยตาถูกเงินได้มากขึ้น ข้อเสียของการผ่าตัดชนิดนี้คือ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดมีข้อจำกัดมาก เนื่องจากการเสื่อมถอยของการสูงอายุ และมีระยะเวลาอันสั้นเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้อยู่โรงพยาบาล ทำให้การเตรียมผู้ป่วยสูงอายุที่มาผ่าตัดในผู้ป่วยนอกมีข้อจำกัดมากขึ้น ดังนั้นจะต้องมีการศึกษาหารูปแบบวิธีการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยนอก

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงผลกระทบตามแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาล

จะต้องประเมินและวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม (Meeker and Rothrock, 1999) ซึ่งแบ่งเป็นการพยาบาลก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ดังนี้

2.4.1 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดต่อกระดูก

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดนั้น จำเป็นที่จะต้องประเมินผู้ป่วยสูงอายุเป็นรายบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุแต่ละรายจะมีความแตกต่างกัน พยาบาลควรซักถามหรือสอบถามข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยสูงอายุอย่างถูกต้อง ชัดเจน และควรซักถามจากญาติของผู้ป่วยเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลต่างๆ มากขึ้น เพื่อช่วยในการประเมินปัญหา และประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดต่อกระดูกมีดังนี้ (จิราภรณ์ ชันโททอง, 2547)

1) การเตรียมทางด้านร่างกาย ควรคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

ก. ประวัติของผู้ป่วย ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี ถ้าหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผลเลือดผิดปกติ ต้องรายงานอาการให้แพทย์ทราบ

ข. เรื่องอาหารและน้ำ ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว หรือได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์

ค. สภาพความเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง จะต้องได้รับการรักษาทางยาก่อนการผ่าตัด

ง. การเซ็นยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาและผ่าตัด การเขียนหรือยินยอมลงนาม ยินยอมผ่าตัดจะต้องเป็นผู้บรรลุนิติภาวะและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ในผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวาของผู้ป่วยนั้นแทน และให้พยาบาลลงชื่อกำกับด้วย

จ. แนะนำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ในวันก่อนการผ่าตัด

ฉ. เตรียมความพร้อมของร่างกายทั่วไป ผู้ป่วยสูงอายุควรได้รับการอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ โกนหนวด (ในรายที่มี) ให้เรียบร้อยในวันก่อนผ่าตัด เครื่องประดับ เช่น ต่างหู สร้อยคอ แหวน ต้องถอดออกให้หมดก่อนเข้าห้องผ่าตัด

ช. มีการงดยาห้ามเลือดในผู้ป่วยสูงอายุบางราย ต้องงดยาก่อนผ่าตัด 7 วัน หรือตามที่แพทย์กำหนด

ซ. ให้ความรู้กับผู้ป่วยสูงอายุ เกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยการผ่าตัด สิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุจะต้องพบในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัว ก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด สภาพผู้ป่วย

หลังผ่าตัด และการฝึกการปฏิบัติตัวในขณะที่ผ่าตัด ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด

2) การเตรียมทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลต่างๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด และผลของการผ่าตัด เช่น กลัวความเจ็บปวด กลัวความพิการที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ หอมจันทร์นากุล (2545) ที่พบว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยต่อกระจกในระยะเวลาผ่าตัดจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การไม่สามารถทำงานได้เหมือนก่อน การมองเห็นบกพร่อง ความกังวลกลัวตาบอดหลังการผ่าตัด การต้องพึ่งพานุคคลในครอบครัว การกลัวความเจ็บปวด และความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ฉะนั้น พยาบาลควรให้การพยาบาลทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย เพื่อลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ ดังนี้

ก. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ โดยการพูดคุย ให้ความเป็นกันเองรวมถึงการซักถามอาการและตรวจเย็บมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ

ข. ประเมินระดับความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อมาวางแผนการพยาบาล โดยการซักถาม พูดคุย และสังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม

ค. แนะนำสภาพแวดล้อมรอบๆ ตัว เครื่องใช้ต่างๆ กฎระเบียบต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติได้ทราบ

ง. เปิดโอกาสให้ญาติดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกหวาดกลัว และลดความกังวลใจที่เกิดขึ้นได้

จ. แนะนำให้รู้จักกับผู้ป่วยสูงอายุอื่นๆ ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดได้

ฉ. ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยสูงอายุและญาติว่า จะมีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัด

2.4.2 การพยาบาลสูงอายุขณะผ่าตัดต่อกระจก

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะในระยะเวลาผ่าตัดเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกตัวตลอดเวลาขณะทำผ่าตัดและต้องการความร่วมมือจากผู้ป่วยสูงอายุในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในขณะที่ผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด พยาบาลจะต้องดูแลและเตรียมผู้ป่วยสูงอายุเพื่อรับการผ่าตัดโดยการให้คำแนะนำ

และดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่ออยู่ในห้องผ่าตัด ขณะที่แพทย์ดำเนินการผ่าตัดอยู่ โดยให้ปฏิบัติตัวดังต่อไปนี้

- 1) นอนหงายราบ ไม่หนุนหมอน ขาเหยียดตรง
- 2) ไม่ยกแขนขึ้นมาที่บริเวณผ่าตัด โดยมีมือ 2 ข้างประสานกัน วางไว้ที่หน้าท้อง เพื่อป้องกันการเคลื่อนยกมือขึ้นมาที่บริเวณผ่าตัด
- 3) ไม่ขยับตัว
- 4) ไม่สะบัดหน้าไปมา
- 5) ไม่เงยหน้า
- 6) ไม่กรอกตาไปมา ไม่นอนหลับ
- 7) ไม่บิบตา
- 8) ห้ามไอ หรือจามเด็ดขาด เมื่อรู้สึกต้องการไอ หรือจามให้แจ้งกับแพทย์ผู้กำลังผ่าตัดเสียก่อน เมื่อได้รับอนุญาตให้ไอหรือจามได้ ให้ไอ หรือจามเพียงเบาๆ
- 9) ไม่ควรพูดหรือซักถามข้อสงสัยในขณะผ่าตัด นอกจากจำเป็นจริงๆ เช่น ต้องการไอ หรือจาม

2.4.3 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อกระดูก

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะหลังผ่าตัดเป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ง่าย (Jackson, 1995) พยาบาลจะต้องดูแลและให้ความรู้ในการดูแลตนเองอย่างครอบคลุม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นและสามารถช่วยเหลือได้ทันท่วงที การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- 1) ให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุ ในเรื่องต่อไปนี้
 - ก. ไม่นอนตะแคงทับข้างที่ได้รับการทำผ่าตัด ให้นอนหงาย หรือตะแคงข้างที่ไม่ทำผ่าตัด
 - ข. หลีกเลี่ยงการไอ จามแรงๆ การคลีนไสล์ อาเจียน การท้องผูก
 - ข. หลีกเลี่ยงการยกของหนักเกิน 3 กิโลกรัม การลาก หรือดันของหนักเกิน 7 กิโลกรัม ป้องกันความดันตาขึ้น
 - ค. ระมัดระวังการเกิดการกระทบกระเทือนบริเวณศีรษะและตา หรือการมีอุบัติเหตุที่ใบหน้า

ต. ห้ามน้ำเข้าตาข้างที่ได้รับการผ่าตัดเด็ดขาด ไม่ควรล้างหน้า ให้ใช้ผ้าชุบน้ำสะอาด บีบให้แห้งหมาดเช็ดหน้า เป็นเวลาอย่างน้อย 1-2 เดือน ระวังเรื่องการอาบน้ำ ไม่ควรสระผมเองควรให้ผู้อื่นสระผมให้ ป้องกันน้ำเข้าตาข้างที่ทำผ่าตัด

ข. ไม่ควรก้มหน้าต่ำกว่าเอว

ง. ห้ามกอดตา หรือขยี้ตา ป้องกันแผลแยก

จ. ขณะนอนหลับทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน ยังคงปิดตาด้วยที่ครอบตาอีกกระยะหนึ่งเป็นเวลาประมาณ 1-2 เดือน ป้องกันการเกา หรือขยี้ตาโดยไม่รู้ตัว

ฉ. กลางวันใช้แว่นกันแดดเพื่อป้องกันสายตาดูจากแสงที่จ้าเกินไป และป้องกันฝุ่นละอองเข้าตา

ช. ระวังการทำการกิจกรรมบางอย่าง เช่น การขึ้น และลงบันได ตามลำพัง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

ซ. งดการทำการกิจกรรมบางอย่าง เช่น การปีนหีบของที่สูง การก้มลงกวาดพื้น เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและฝุ่นละอองเข้าตาข้างที่ทำผ่าตัด

ณ. สามารถทำการกิจกรรมปกติได้ เช่น การดูทีวี การอ่านหนังสือ

ญ. การทำการกิจกรรมบางอย่างควรได้รับอนุญาตจากแพทย์ผู้ทำผ่าตัด เช่น การทำระมัด การขับรถ การออกกำลังกาย การเดินทางโดยเครื่องบิน

ฎ. การรับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่ควรเชื่อผิดๆ เช่น การงดไข่ หรือเนื้อสัตว์บางชนิด

ฏ. ถ้ามีอาการผิดปกติ ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนนัดทันที ห้ามรอนจนถึงวันนัดได้แก่ ตาบวมแดง ปวดตามาก หลังรับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น มองไม่ชัด สายตามัวลงโดยทันที การเกิดอุบัติเหตุที่บริเวณใบหน้าและตา

2) ให้คำแนะนำเรื่องเทคนิคการเช็ดตา

ก. ก่อนเช็ดตาล้างมือให้สะอาด เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าสะอาด

ข. วิธีเช็ดตา โดยใช้สำลีสะอาดชุบ 0.9 %NSS บีบให้แห้ง และให้ผู้ป่วยสูงอายุหลับตา ต่อจากนั้นให้เช็ดจากหัวตาไปหางตาแล้วทิ้งไป ถ้าไม่สะอาดให้ใช้สำลีก้อนใหม่ปฏิบัติซ้ำอีกครั้ง

3) ให้คำแนะนำเรื่องเทคนิคการหยอดตา

ก. ก่อนเช็ดตาล้างมือให้สะอาด เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าสะอาด

ข. ให้ผู้ป่วยสูงอายุลืมนิ้วตามองขึ้นข้างบน ใช้นิ้วหัวแม่มือหรือนิ้วชี้ซ้าย ดึงหนังตาส่วนล่างลงมา บีบหลอดยาหยอดตาเบาๆ ให้น้ำยาหยอดลงที่ด้านในของเปลือกตาล่าง เพียง 1 หยดเท่านั้น เพราะถ้ามากกว่านี้ ยาจะไหลออกหมด

ข. ให้ผู้ป่วยสูงอายุกระพริบตา เพื่อยาจะได้กระจายไปทั่วตา

ค. ห้ามหยอดยาลงบนกระจกตา หรือตาดำ เพราะจะทำให้ระคายเคืองตามาก

ค. ไม่ให้ปลายหลอดยาหยอดตาสัมผัสกับมือผู้หยอด และส่วนใดส่วนหนึ่งของตาผู้ป่วย

ง. ยาหยอดตาดำห้ามใช้ปนกับข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในตาข้างที่ทำผ่าตัด

4) ให้คำแนะนำเรื่องเทคนิคการป้ายตา

ก. ปฏิบัติเช่นเดียวกับการหยอดยา แต่ก่อนป้ายตาดำบิบบยาที่ต้องการจะป้ายทิ้งไปเล็กน้อย

ข. ไม่ให้ปลายหลอดยาป้ายตาสัมผัสกับมือผู้หยอด และส่วนใดส่วนหนึ่งของตาผู้ป่วย

ข. ถ้ามียาหลายชนิด ให้หยอดห่างกัน 2-5 นาที และให้หยอดยาชนิดหยอดก่อนแล้วป้ายยาตา

5) ทำความสะอาดที่ครอบตา และแว่นตาดำ ด้วยน้ำสบู่วันละ 1 ครั้ง เช็ดด้วยผ้าแห้งที่สะอาด

6) รับประทานยาและหยอดยาให้ครบถ้วนตามการรักษา

7) การมาพบแพทย์ตามนัด

การให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุในการเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดต้อกระจกนั้น ผู้ป่วยสูงอายุจะต้องได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุมก่อนเข้ารับการผ่าตัด มีพฤติกรรมการร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดที่ถูกต้อง สามารถผ่านการผ่าตัดได้อย่างราบรื่น ไม่มีอุปสรรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น รวมถึงมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลับมามองเห็นได้ชัดอีกครั้งหนึ่ง และสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ลดภาวะพึ่งพา ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข

3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

ความวิตกกังวล มีรากศัพท์เดิมมาจากภาษากรีก หมายถึง การกดให้แน่น รัคให้แน่น ซึ่งเป็นความบีบคั้น ในภาษาละติน หมายถึง ความแคบหรือตีบตัน ซึ่งเป็นความไม่สุขสบาย ความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่จะเกิดขึ้น ความรู้สึกอึดอัด ตื่นกลัวในบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้ ไม่แน่ใจ และรู้สึกไม่มั่นใจเกี่ยวกับอนาคต

Spielberger and Sydeman (1994) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกิดจากกระบวนการทางปัญญาประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณคาม อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งคุกคามมีจริงหรืออาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์หรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาขึ้น

Grainger (1990) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีประโยชน์ เพราะช่วยให้บุคคลมีความตื่นตัวระวังในการปฏิบัติงาน และช่วยปกป้องบุคคลนั้นจากอันตราย แต่ถ้าบุคคลนั้นมีความวิตกกังวลมากเกินไปจะทำให้การรับรู้ ความจำ และการปรับตัวเสียไป ทำให้เกิดอาการแสดงทางกายออกมา

Freeman and Yales (1998) อธิบายความวิตกกังวลว่า เป็นการรับรู้ต่อสิ่งที่คุกคาม และทำให้เกิดอันตรายซึ่งสิ่งที่คุกคามอาจมีสาเหตุจากอาการทางจิตใจและอาการทางด้านร่างกาย

ความวิตกกังวลสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท Spielberger and Sydeman (1994) ได้แก่

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety หรือ A-state) คือ ความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ขณะนั้นเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว และทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ ความรู้สึกหวาดหวั่น หงุดหงิด ไม่สบายใจ ตื่นเต้น กระสับกระส่าย และไม่มั่นใจ โดยอาจแสดงเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความวิตกกังวลขณะเผชิญจะเกิดขึ้นในปัจจุบัน เมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอกมากระตุ้น เช่น การที่จะได้รับการผ่าตัด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่มั่นใจในผลการรักษา และอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อร่างกายซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญขึ้น

2. ความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A-trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานจนเป็นลักษณะประจำตัว และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของบุคคลเป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ และจะเป็นตัว

เสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความวิตกกังวลทั้งสองชนิดดังกล่าว มีความสัมพันธ์กันคือ บุคคลที่ความวิตกกังวลแฝงสูง เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตราย ความวิตกกังวลแฝงจะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญรุนแรงและยาวนาน และในบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญบ่อยครั้ง โดยแต่ละครั้งมีความรุนแรงอาจส่งผลให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลแฝงในระดับที่สูงขึ้นได้

จากความหมายข้างต้นอาจสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งเกิดจากการประเมินสถานการณ์ต่างๆ หรือสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้นหรือคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้น ได้แก่ ระดับความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ ความรู้สึกหวาดหวั่น หงุดหงิด ไม่สบายใจ ตื่นเต้น กระสับกระส่าย และไม่มั่นใจ

3.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเกิดได้จากสาเหตุหลายประการ ขึ้นอยู่กับการตอบสนองของบุคคลต่อสาเหตุของความวิตกกังวล แบ่งออกได้ 4 ด้าน ดังนี้ (Carson and Arnold, 1996)

1. ด้านร่างกายและพันธุกรรม พันธุกรรมอาจเป็นตัวกำหนดว่าการเกิดอาการวิตกกังวลของบุคคล จากการถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอกจะเกิดขึ้นได้รวดเร็วเพียงใด และพบว่าร้อยละ 80 ถึง 90 ของแฝดไข่ใบเดียวกัน จะพบความวิตกกังวลชนิดเดียวกัน นอกจากนี้สิ่งที่คุกคามด้านร่างกายของบุคคลก็เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลได้ เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลงจะเป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้

2. ด้านจิตใจ ความวิตกกังวลเป็นความขัดแย้งทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นครั้งแรกของชีวิตขณะที่ทารกอยู่ในกระบวนการคลอด เมื่ออายุมากขึ้น Ego พัฒนาขึ้นทำให้เกิดความวิตกกังวลชนิดใหม่ คือ ความขัดแย้งระหว่าง Id กับ Superego โดยมี Ego เป็นตัวประนีประนอมระหว่างความขัดแย้งดังกล่าว และทำหน้าที่เสมือนเป็นสิ่งให้สัญญาณว่ามีอันตราย โดยแสดงออกมาในลักษณะที่มีความวิตกกังวลต่างๆ เช่น วิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายของร่างกาย หรืออวัยวะเพศ หรือวิตกกังวลจากการพลัดพราก เป็นต้น นอกจากนี้ความวิตกกังวลในระยะแรกของชีวิต จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลในภายหลังได้ง่ายขึ้น

3. ทางด้านชีวเคมี สมองส่วนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ได้แก่ บริเวณ Locus ceruleans ซึ่งอยู่บริเวณ Fourth ventricle สมองส่วนนี้สร้าง Nor-Epinephrine มากที่สุดถึงร้อยละ 50 จากการทดลองด้วยการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าของสมองส่วนนี้ทำให้เกิดกลุ่มความวิตกกังวลออกมา และการลดการกระตุ้นสมองส่วนนี้ทำให้กลุ่มความวิตกกังวลลดลง

4. ด้านสังคม วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี มีผลต่อพัฒนาการของมนุษย์ ตั้งแต่วัยเด็กเพราะสังคมและวัฒนธรรมจะถูกถ่ายทอดจากผู้เลี้ยงดูไปสู่เด็ก ถ้าสัมพันธภาพระหว่างแม่และเด็กไม่ดี จะมีผลทำให้เด็กเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง หรือในเด็กเล็กที่กลัวว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากพ่อแม่ จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

จากสาเหตุที่กล่าวมา จะเห็นว่าความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ที่บุคคลนั้นถูกคุกคามต่อความมั่นคง และความปลอดภัยของตนเอง อาจมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ชีวเคมี หรือทางด้านจิตใจ ซึ่งบางคนสามารถบอกถึงสาเหตุได้ชัดเจน แต่บางคนไม่สามารถบอกได้ สำหรับในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดนั้น สาเหตุของความวิตกกังวลเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีสิ่งคุกคามทั้งต่อด้านชีวภาพ และต่อความปลอดภัยของตนเองขึ้น

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล Lazarus and Folkman (1984) ได้กล่าวถึงนี้

1. เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพ เพศหญิงจะมีอารมณ์เศร้า หงุดหงิด กังวล เมื่อมีฮอร์โมน estrogen ต่ำลงมาก การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าเพศชาย (Badner et al., 1990; Kinder et al., 2000; NiJkamp, 2004; ขนิษฐา นาคะ, 2534)

2. อายุ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการด้านร่างกาย ซึ่งจะแบ่งวัยเป็น 3 ระยะ คือ

2.1 วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 21-40 ปี เป็นวัยที่สามารถเผชิญปัญหาชีวิตได้อย่างไม่หวาดหวั่น มองโลกในแง่ดี สุขุมรอบคอบ

2.2 วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 41-60 ปี เป็นระยะที่สร้างครอบครัวเป็นปึกแผ่น อดุติสร้างกายเพื่องาน

2.3 วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 61-80 ปี เป็นระยะสูญเสียความเป็นผู้นำหรือคู่สมรส รายงานผลการศึกษาดังความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของ ขนิษฐา นาคะ (2534) พบว่า อายุที่แตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีอายุ 24-40 ปี มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61-80 ปี และจากการศึกษาของ Kinder et al. (2000) พบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มีอายุน้อย มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก แต่การศึกษาของ Graham and Conley 1989 อ้างถึงใน เทวพร ศุภรัทษจินดา, 2538) และ Domar et al. (1989) พบว่า อายุที่แตกต่างกัน ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแตกต่างกัน และการศึกษาของ สุนีย์ จันทรมหาเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์ (2538) พบว่า อายุที่แตกต่างกัน มีความวิตก

กังวลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ดังนั้น สรุปยังไม่ได้ว่าอายุที่แตกต่างกัน ทำให้ความวิตกกังวลแตกต่างกัน

3. ความวิตกกังวลแฝง หรือความวิตกกังวลเป็นบุคลิกภาพประจำตัวของแต่ละคน มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า และความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัวสามารถร่วมพยากรณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าได้มากที่สุด (ศรีนทรา ทองมี, 2549)

4. ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการใช้สติปัญญาและมีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Leske, 1993 อ้างถึงใน นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา นาคะ (2534) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จะมีระดับความวิตกกังวลแฝง มากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

5. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย เป็นส่วนหนึ่งของรายได้ หรือแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญความเจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่ Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้มาก จะมีความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ แต่จากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) ถึงความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่า ปัญหาค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงยังไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลกับปัญหาค่าใช้จ่ายได้ชัดเจน

6. บริเวณที่จะทำผ่าตัด การผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสำคัญ เช่น ปอด หัวใจ สมอง การผ่าตัดที่เกี่ยวกับภาพลักษณ์หรือสัญลักษณ์ทางเพศ จะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงกว่าการผ่าตัดทั่วไป (Lucent and Fluck, 1972 อ้างถึงใน แก้วสามสี สาเจริญ, 2536) จากการศึกษาของ Wolfer and Davis (1970) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะที่เป็นสัญลักษณ์ เช่น การผ่าตัดเต้านม มดลูก แขน ขา ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าการผ่าตัดอวัยวะอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. ประสบการณ์ในอดีต พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อนกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดครั้งแรก มีความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) และ Sharma et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อกระจากที่มีประสบการณ์การผ่าตัด และไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาของ Kinder et al. (2000) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน หรือมีประสบการณ์ผ่าตัดที่ไม่ดี มีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่มีประสบการณ์ จึงยังสรุป

ไม่ได้ว่า ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัด และผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด มีความวิตกกังวลแตกต่างกัน

จากสาเหตุและปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามต่อความปลอดภัย โดยเฉพาะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องได้รับการผ่าตัด เป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ โดยความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก เกิดจากสาเหตุทั้งภายในและภายนอกผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล หรือในห้องผ่าตัด เป็นสาเหตุภายนอกที่กระทบกระเทือนอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุ และสภาพความเจ็บป่วยของตนเองในเรื่องความเจ็บป่วยโรคต่อกระดูก และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นสาเหตุภายในที่กระทบกระเทือนอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งสาเหตุเหล่านี้เป็นสิ่งคุกคามที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความวิตกกังวลขณะเผชิญเกิดขึ้น ระดับของความวิตกกังวลชนิดนี้จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน

3.4 ระดับของความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลเกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน ภาวะทางอารมณ์ประสบการณ์ในอดีต ภาวะสุขภาพ รวมทั้งสิ่งที่มีมากระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพนั้นๆ ด้วย ซึ่งความกังวลจะเกิดให้เกิดผลดีผลเสียต่อบุคคลนั้นๆ ตามความรุนแรง (ปริญา สนิกะวาทิ, 2542) โดยทั่วไปความวิตกกังวลขณะเผชิญแบ่งได้ 4 ระดับ (Spielberger et al., 1970; Stuart and Sundeen, 1987)

1. ความวิตกกังวลระดับน้อย (mild anxiety level) เป็นความวิตกกังวลที่พบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถในการรับรู้ดีขึ้น มีสมาธิ ความจำ ทำให้ตื่นตัวกับสิ่งแวดล้อม สามารถแก้ไขปัญหา และตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ จึงอาจพบการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางสรีระ อารมณ์และพฤติกรรมได้บ้างเล็กน้อย เช่น กล้ามเนื้อโครงร่างตึงตัวขึ้น รุ่มาตาหดตัว สัญญาณชีพเพิ่มขึ้น หงุดหงิด เป็นต้น ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลระดับน้อยเกิดขึ้น จะมีความสามารถในการควบคุมและปรับตัวได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีที่จะช่วยกระตุ้นบุคคลในการแก้ปัญหาในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2537)

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety level) ความวิตกกังวลระดับนี้ บุคคลมักจะไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว ถึงแม้การเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาจะยังคงเหมือนเดิม แต่ประสิทธิภาพในการนึกคิดตัดสินใจไม่อยู่ในระดับที่สูงสุด แต่ถ้าได้รับการช่วยเหลือจะสามารถทำให้การรับรู้ดีขึ้นได้ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่พบได้คือ ปวดศีรษะ ปั่นป่วน

ในกระเพาะอาหาร ถ่ายปัสสาวะบ่อย เสียงสั่น กระวนกระวาย สีหน้าแสดงความวิตกกังวล ความวิตกกังวลในระดับนี้จะก่อให้เกิดการสร้างสรรค์แก่ชีวิต เช่นเดียวกับความวิตกกังวลในระดับต่ำ เพราะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนมีความปรารถนา

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety level) ความวิตกกังวลระดับนี้ทำให้การรับรู้ของบุคคลแคบมาก การมองสภาพแวดล้อมจะบิดเบือนจากสภาพความเป็นจริง ไม่สามารถรับรู้ความละเอียดของเหตุการณ์ทั้งหมดได้ จะสามารถรับรู้ได้เพียงบางส่วน ไม่สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ ได้ บางรายอาจมีอาการงุนงง สับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่ายพูดมากหรือพูดเร็ว เนื้อตัวและเสียงสั่นพฤติกรรมที่แสดงเป็นลักษณะการโต้ตอบอย่างอัตโนมัติ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล อาจพบอาการแสดงออกทางกาย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง นอนไม่หลับ สัญญาณชีพเพิ่มมากขึ้น หอบเดิน หรือหอบผูก มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (panic level) เป็นความวิตกกังวลแบบสุดขีด ความวิตกกังวลระดับนี้ ทำให้บุคคลสูญเสียการควบคุมตนเอง สูญเสียการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล สถานที่ เวลา ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความคิดและรับสัมผัสที่ผิดปกติทำให้มีอาการหลงหรือมีประสาทหลอนเกิดขึ้นได้ มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ไม่เป็นระบบ รุ่มาตาชยาย นอนไม่หลับ พูดไม่รู้เรื่อง อารมณ์หวาดกลัว โกรธ หรือก้าวร้าวอย่างรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ถ้าความวิตกกังวลระดับนี้ยังคงมีอยู่เป็นระยะเวลาานานจะทำให้บุคคลรู้สึกเหนื่อยล้า อาจตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าจนคิดทำร้ายตนเองและอาจถึงกับเสียชีวิตได้

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าระดับความวิตกกังวลจะก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียต่อบุคคลตามระดับความรุนแรง ซึ่งความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยจะช่วยให้มีแรงจูงใจในการทำงาน แต่ถ้าความวิตกกังวลในระดับสูงหรือรุนแรงมาก จะทำให้ความสามารถในการทำงานและความกระตือรือร้นลดลง นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายได้อย่างมากมาย

3.5 ผลของความวิตกกังวล (Consequences of anxiety)

ในขณะที่บุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อเป็นการตอบสนองของระบบหลายระบบในร่างกาย (Multi-system response) ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีภาวะคุกคามหรืออันตราย จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางจิตใจ และระบบต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้ (Kneisl, 1996)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นผลจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น โดยจะมีอาการและอาการแสดง ดังนี้

1.1 ด้านชีวเคมี (Biochemical) เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นที่ตัวรับ แรงกระตุ้นจะเคลื่อนที่เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) คือ สมองและไขสันหลัง ผ่านศูนย์กลางของสมองส่วนกลาง คือ thalamus แล้วผ่านเข้าสู่ hypothalamus ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์ และเป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ แรงกระตุ้นจะเคลื่อนผ่านไปยังสมองส่วน cerebral cortex ซึ่งมีหน้าที่รับรู้สิ่งเร้า และเป็นตัวกระตุ้น hypothalamus และ pituitary gland ให้ทำงาน ดังนี้

1.1.1 Hypothalamus จะส่งแรงกระตุ้นไปตามระบบประสาทอัตโนมัติ โดยผ่านทางประสาท sympathetic ต่อไปที่ adrenal medulla ของต่อมหมวกไต (adrenal gland) ให้หลั่งสาร catecholamine ซึ่งประกอบด้วย epinephrine และ norepinephrine เข้าสู่กระแสโลหิตและไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้เกิดพลังงานการหมุนเวียนของโลหิตในกล้ามเนื้อ การบีบตัวของหัวใจและปริมาณโลหิตที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น ภาวะอาหารถูกกระตุ้นให้มีการขับน้ำย่อยเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ร่างกายมีการตอบสนองในการต่อสู้หรือถอยหนี ในกรณีที่จะหนีจะมีการหลั่งสาร epinephrine มากขึ้น แต่ถ้าจะต่อสู้ สาร norepinephrine จะถูกหลั่งมากขึ้น

1.1.2 Pituitary gland มีการแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ anterior pituitary gland และ posterior pituitary gland เมื่อได้รับแรงกระตุ้นจากสมองส่วนบนจะเกิดผลทำให้ anterior pituitary gland หลั่ง adrenocorticotrophic hormone (ACTH) ไปกระตุ้น adrenal cortex ของต่อมหมวกไตให้มีการหลั่งสาร adrenocorticoid ซึ่งประกอบไปด้วยฮอร์โมน 3 ชนิด คือ mineralocorticoid ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมสมดุลของเกลือแร่ เช่น โซเดียม โปแตสเซียม และ แคลเซียม glucocorticoid มีผลต่อการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมันและน้ำตาล และ androgen มีผลต่อลักษณะของเพศชาย ส่วน posterior pituitary gland จะหลั่ง antidiuretic hormone (ADH) ออกมา ทำให้การขับน้ำออกจากร่างกายโดยผ่านทางไตลดลง ดังนั้น จะพบว่า ผู้ที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล การเผาผลาญและการดูดซึมอาหารจะลดลง การขับน้ำย่อยในภาวะอาหารจะมากขึ้น เป็นเหตุให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ยังพบว่า มีการคั่งของน้ำ โซเดียมและคลอไรด์ มีการสูญเสียโปแตสเซียมมากขึ้น จำนวนเม็ดโลหิตขาวที่ทำหน้าที่ด้านทานโรค (neutrophils) ลดลง ระดับไขมันในเลือด (cholesterol) สูงขึ้น

1.2 ด้านสรีระวิทยา (Physiological) ความวิตกกังวลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่างๆ ซึ่งเป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำงานโดยอิสระ ไม่อยู่ใต้อำนาจจิตใจ ประกอบด้วย sympathetic และ parasympathetic nervous system ระบบประสาททั้งสองนี้ จะทำหน้าที่ตรงข้ามกัน เพื่อให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอยู่ใน

สภาพสมดุล ทั้ง 2 ระบบจะเกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์ ระบบ sympathetic จะมีบทบาทมากกว่า เมื่อมีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ถ้ามีความวิตกกังวลในระดับที่สูงและรุนแรงแล้ว ระบบ parasympathetic จะมีบทบาทมากกว่าการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาจะขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล โดยทั่วไปแล้วถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยและปานกลาง จะมีผลเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย แต่ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและรุนแรงแล้ว จะมีผลทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายหยุดทำงานได้เช่นกัน การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาที่พบ มีดังนี้ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วและลึก หรือหายใจลำบาก ตัวสั่น ใจสั่น ม่านตาขยาย มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ผิวหนังซีดเย็น มือเย็นขึ้น มีเหงื่อออกตามฝ่ามือ ปัสสาวะบ่อย ประจำเดือนผิดปกติ ปากแห้ง เบื่ออาหาร ไม่สบายท้อง กล้ามเนื้อเกร็ง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อคอ นอนไม่หลับ เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ พบว่า บุคคลจะมีอารมณ์ตึงเครียด อึดอัด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ตกใจ กลัว กระวนกระวาย วิตกกังวล ท้อแท้ และรู้สึกไม่มีคุณค่า เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล พฤติกรรมที่แสดงออกจะมีหลายรูปแบบ เช่น สีหน้าแสดงความวิตกกังวล พูดเร็วและย่ำถ้อยคำ ไม่อยู่นิ่ง เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย แยกตัว หรือถอยหนีต่อเหตุการณ์ เก็บกดความรู้สึก จนกลายเป็นซึมเศร้า เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด สติปัญญา การรับรู้ บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะมีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ความคิดหมกมุ่น ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย ไม่แน่ใจ ความจำลดลง สูญเสียความตั้งใจ การตัดสินใจผิดพลาด การรับรู้โดยประสาททั้ง 5 ลดลง เป็นต้น และความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้น ระดับการรับรู้จะลดลงเรื่อยๆ

ดังนั้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลมีผลกระตุ้นระบบความคิด ความรู้สึก และประสิทธิภาพในการทำงาน สุขภาพ ร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการปรับตัวและการเรียนรู้ สำหรับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัด เมื่อเกิดความวิตกกังวลจะทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ ความรู้สึกหวาดหวั่น หงุดหงิด ไม่สบายใจ ตื่นเต้น กระสับกระส่าย และไม่มั่นใจ เมื่อมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำจนถึงปานกลาง จะกระตุ้นให้บุคคลมีความพยายามแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือก็จะพัฒนาไปสู่ระดับความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรงที่สุดได้ ซึ่งจะมีผลต่ออาการปรับตัว พฤติกรรม สมาธิ และความจำ ดังนั้นในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุดจะต้องทำการ

ประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถปรับตัวเพื่อลดความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

3.6 การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่มีการแสดงออกแตกต่างกันไปหลายประการ การวัดความวิตกกังวลจึงสรุปได้ดังนี้

1. การวัดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยดูได้จากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก การวัดต้องมีเครื่องมือเฉพาะ เช่น เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Electrocardiogram) เครื่องมือวัดชีพจร เป็นต้น

2. การวัดโดยการให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-Report Measure of Anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้โดยให้ตอบตามความรู้สึกของตนเองแล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวลที่นิยมมากได้แก่

2.1 แบบสอบถามความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger (1983) ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวจะประกอบด้วย 2 ตอน คือแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety: From A-I) มี 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมจะมีค่าอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน โดยคะแนนน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ คะแนนมาก หมายถึง มีความกังวลอยู่ในระดับสูง และแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety: From A-II) มี 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก 13 ข้อ และข้อความทางลบ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ คิดคะแนนเช่นเดียวกับแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวล (ASI-SAS) ที่พัฒนาโดย Zung Anxiety Status Inventory เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลานั้น และเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมา ตามความเป็นจริงแล้วประกอบไปด้วย 2 แบบสอบถามคือ ASI และ SAS ทั้ง 2 แบบสอบถามนี้ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก

2.3 แบบสอบถามความวิตกกังวลโดยเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scale) ของ Gaberson (1991) เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของตนเอง มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร หรือ 10 เซนติเมตร บนเส้นตรงนี้จะมีการกำหนดความวิตกกังวลตั้งแต่ไม่มีความวิตกกังวล ไปจนถึงการมีความวิตกกังวลมากที่สุด ตำแหน่งซ้ายมือสุดจะตรงกับความรู้สึก

ไม่มีความวิตกกังวล และเพิ่มขึ้นไปทางมือขวา ตำแหน่งขวามือสุดจะตรงกับความรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุด สำหรับการประเมินความวิตกกังวลนั้น ผู้ถูกประเมินจะต้องทำเครื่องหมายลงบนมาตรวัด ตามความรู้สึกที่มีอยู่ขณะนั้น ให้คะแนนตามการวัดความยาว จากจุดที่ไม่มีความวิตกกังวลไปจนถึงที่ผู้ป่วยทำเครื่องหมายไว้ ผู้ที่มีคะแนนมากจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย

3. การสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral Measure of Anxiety) เป็นการสังเกตถึงความแปรผันในด้านต่างๆ เช่น การเคลื่อนไหว การพูด การรับรู้ ความสอดคล้องในการทำงานของร่างกาย การรับรู้จากความรู้สึกที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมานั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกจากอารมณ์ภายใน เช่น การขาดสมาธิ หงุดหงิด นอนไม่หลับ การวัดจะใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นให้เหมาะสมตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (พิชญานา พิษะยะ, 2547)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger (1983) เพราะสามารถประเมินความวิตกกังวลแฝงของผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการบอกความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุ สามารถประเมินการตอบสนองภายในของผู้ป่วยสูงอายุที่มีความวิตกกังวลได้ และสามารถให้รายละเอียด เกี่ยวกับความวิตกกังวลที่เราไม่สามารถสังเกตเห็นได้เป็นอย่างดี เหมาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัด อีกทั้งคะแนนที่เพิ่มขึ้น โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety: From A-II) มี 20 ข้อ เพื่อใช้สำหรับจัดผู้ป่วยสูงอายุเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety: From A-I) มี 20 ข้อ ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ในการสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ซึ่งตรงกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

4. ความวิตกกังวลกับการผ่าตัด

ความวิตกกังวลก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังเช่นการศึกษาของ Kehiet (cited in Salman and Kaufman, 1990) พบว่าระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด มีผลต่อการเพิ่มการกระตุ้นการตอบสนองของต่อมไร้ท่อต่อการผ่าตัด และเป็นผลให้ร่างกายกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติที่ยาวนานออกไป สอดคล้องกับการศึกษาของ McCleane and Cooper (1990) พบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงก่อนผ่าตัด จะปล่อยสาร catecholamine จากต่อมหมวกไตชั้นใน และ corticosteroid จากต่อมหมวกไตชั้นนอก ทำให้มีการคั่งของโซเดียมและโปแตสเซียมในเลือด ภาวะโซเดียมและการหลั่ง corticosteroid นี้ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และภาวะโปแตสเซียมคั่ง มีผลทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ (Bysshe, 1989; Panda et al., 1996)

ร่วมกับการที่ระบบประสาท sympathetic ทำงานมากขึ้น จากผลของความวิตกกังวลทำให้อาการ
 ล้นของกล้ามเนื้อ อัตรการเต้นของหัวใจสูงกว่าปกติในระยะก่อนการผ่าตัด และมีผลทำให้หัวใจ
 เต้นผิดปกติในระยะแรกของการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วๆ ไป และอาจเกิดภาวะความดัน
 โลหิตต่ำภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (Jakobsen and Bloom, 1989; McCleane
 and Watters, 1990) หรืออาจจะต้องเพิ่มการใช้ยาระงับความรู้สึกมากขึ้น ซึ่งจะทำให้มีโอกาสเกิด
 ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกหลังผ่าตัดมากขึ้น (Goldman et al., 1988)

นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและความคิด ผู้ป่วยมี
 อาการกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ ระดับการเรียนรู้และความสามารถในการจดจำลดลง ถ้าให้
 คำแนะนำโดยใช้คำพูด ข้อความที่แนะนำจะถูกลืมไปร้อยละ 50-60 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระบบ
 reticular activating ไม่สามารถจะคัดเลือกและกลั่นกรองข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งเป็นผลมาจากความ
 วิตกกังวลของผู้ป่วยเอง (Swindale, 1989) และจากการที่ระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นก่อนผ่าตัด
 ก็จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายและไม่ร่วมมือขณะผ่าตัด (พิไลพร ชี้มประเสริฐ และ
 เพ็ญพร โภควิริยะ, 2542; Sun, 2001) ความวิตกกังวลสูงก่อนผ่าตัดสามารถทำนายความวิตก
 หลังผ่าตัด จากการศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลจะเพิ่มขึ้นในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด และจะคง
 อยู่ต่อไป (Nijkam et al., 2004; Eloise et al., 2005) ทำให้เพิ่มระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
 และระดับความซึมเศร้า หรือความทนทานต่อความเจ็บปวดลดลงด้วย (Walding, 1991; Eloise
 et al., 2005) ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายมากขึ้น จนไม่ให้ความร่วมมือในการ
 ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การไอ การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพและการออกกำลังกายหลังผ่าตัด
 ยิ่งไปกว่านั้นความวิตกกังวลจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย จากการยับยั้งการสร้าง
 antibody ในร่างกาย (Bysshe, 1988) และยังมีผลยับยั้งการสังเคราะห์คอเลสเตอรอลทำให้การหาย
 ของแผลใช้ระยะเวลายาวนานออกไป (Walding, 1991; Salmon and Kaufman, 1990) ส่งผลให้
 ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนานมากขึ้น

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อกระຈกเป็นสิ่งสำคัญ และการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัด
 ยังมีข้อจำกัดเป็นอย่างมาก เนื่องจากความเสื่อมของภาวะร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุ นำไปสู่ผลที่
 ตามมาดังที่ได้กล่าวข้างต้น ซึ่งจะมีผลต่อภาวะสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุเป็น
 อย่างยิ่ง จึงควรมีการศึกษาวิธีในการลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อ
 กระຈกในผู้ป่วยนอกให้มากและเหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ
 ตัว ก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีภายหลังการผ่าตัด สามารถใช้
 ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีความสุขต่อไป

4.1 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุโรคตัดอวัยวะก่อนผ่าตัด

การเจ็บป่วยและการต้องเข้ารับรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นวิกฤตการณ์อย่างหนึ่งในชีวิต หรือเป็นประสบการณ์ที่คุกคาม ทำให้ต้องมีการปรับตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสูงอายุโรคตัดอวัยวะที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดตัดอวัยวะในผู้ป่วยนอก เนื่องจากมีความผิดปกติทางสายตา มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (วีรพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ คณะ, 2544) จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด เมื่อเข้าห้องผ่าตัดก็ต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม บุคคล และสถานการณ์ใหม่อีกครั้ง ต้องปรับตัวให้เข้ากับอุณหภูมิที่แตกต่างไปจากเดิม ภายในห้องผ่าตัดมีอุปกรณ์แปลกๆ จำนวนมาก รวมทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่แต่งกายแปลกๆ มีการสวมหมวก มีผ้าปิดปาก ปิดจมูก สิ่งเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว และความวิตกกังวลได้อย่างมาก (กันยา ออประเสริฐ, 2530) ซึ่งปกติการเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงอายุ ด้านร่างกาย สภาพจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุเพิ่มความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะปัญหาด้านจิตสังคม เกิดความรู้สึกสูญเสีย โกรธหรือโทษผู้อื่น และเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว ก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยศัลยกรรมในระยะก่อนผ่าตัด เป็นช่วงเวลาที่มีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (Wolfer and Davis, 1970; Li Lezhi, 1997; ภัสพร ขำวิธา, 2534) หากความวิตกกังวลสูงตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และต่อเนื่องมาจนถึงในระยะผ่าตัด จะมีผลกระทบในระยะหลังผ่าตัดด้วย จากการศึกษาของ McClean and Cooper (1990) พบว่า ความวิตกกังวลสูงในระยะก่อนผ่าตัด จะกระตุ้นให้ร่างกายปล่อยสาร catecholamine ออกมา และกระตุ้นให้มีการหลั่ง Corticosteriod hormone เข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น รบกวนความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย ในร่างกาย ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมในเลือด เพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย เพิ่มการทำลาย glycogen ในตับและกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้นมากกว่าปกติ ยังมีผลต่อการหายใจของแผลในระยะหลังผ่าตัด โดยจะกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่ง glucocorticoid hormone ออกมามากกว่าปกติ ผลเกิดการยับยั้งการสังเคราะห์ collagen ที่เป็นสาระสำคัญในการสมานเนื้อเยื่อ ทำให้แผลหายช้าและร่างกายเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากสร้าง antibody ในร่างกายลดลง (สุพรพิมพ์ เจียสกุล และคณะ, 2539)

Ramsey (1972) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด 24 ชั่วโมง จำนวน 382 ราย พบความรู้สึกของผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด มีความรู้สึกกลัวการผ่าตัดถึงร้อยละ 73 ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ Li Lezhi (1997) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยศัลยกรรมพบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้องมีระดับความวิตก

กังวลเพิ่มขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด สาเหตุที่สำคัญทำให้เกิดความวิตกกังวลมากที่สุด คือ ความกลัว ในสิ่งที่ตนไม่รู้ (Atkinson and Kohn, 1986, เรณู อาจาสาลี และ คณะ, 2532) พบว่าผู้ป่วยกลัว การผ่าตัด กลัวตาบอดหลังผ่าตัด กลัวตายขณะผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด (Oliveira, 2005) ความ วิตกกังวลก่อนผ่าตัดที่แฝงอยู่ภายใน อาจมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ความนึกคิด การให้ ความร่วมมือ แสดงอาการซึมเศร้าหรืออาจแสดงออกทางการเคลื่อนไหวก็ได้ (Le Maitre and Finnegan, 1980) ฉะนั้นการเตรียมร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุให้พร้อม โดยเฉพาะกรณี ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน จะทำให้เกิดปัญหาหลังผ่าตัดน้อย (ศักดิ์ชัย ผลประเสริฐ, 2540)

จากเหตุผลดังกล่าว ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วย นอกจะเพิ่มมากขึ้น โดยมีสาเหตุที่สำคัญจากกลัวสิ่งที่ไม่รู้ คิดคาดคะเนเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญนั้น จะคุกคามสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งเหตุการณ์ที่คาดคะเนนั้น อาจเกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยคิด ไปเองก็ได้ ล้วนแต่ไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ ฉะนั้นในบทบาทของพยาบาลผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย สูงอายุจะต้องตระหนัก และเห็นความสำคัญ รวมถึงจะต้องหาวิธีให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกมีความสามารถในการเผชิญกับความวิตก กังวลก่อนผ่าตัด รวมถึงปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัว ขณะผ่าตัดที่ถูกต้อง

4.2 บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวล

การพยาบาลบุคคลที่มีความวิตกกังวล จะมุ่งการช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถควบคุม ความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับต่ำลง จนกระทั่งสามารถบริหารจัดการความวิตกกังวลต่างๆ ได้ โดยมี เป้าหมาย ดังนี้

1. การช่วยลดระดับความวิตกกังวลให้เป็นปกติ (Decreasing anxiety as normal) สามารถกระทำได้ตามระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล ดังนี้

1.1 การช่วยลดความวิตกกังวลในระดับสูงและรุนแรง (Decreasing severe and panic anxiety) พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงและ รุนแรงได้โดย

1.1.1 การตระหนักถึงความรู้สึกของพยาบาล (Self awareness) การดูแล ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับสูงๆ อาจทำให้พยาบาลเกิดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลเสียต่อ การสร้างสัมพันธภาพ และช่วยเหลือผู้ป่วย เพราะความวิตกกังวลในตัวเองพยาบาลทำให้พยาบาลไม่ สามารถแยกแยะได้ว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด และจะถ่ายทอดความวิตกกังวล

ไปสู่ผู้ป่วย เป็นการเพิ่มปัญหาให้ผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจะต้องตื่นตัวต่อความวิตกกังวลในตัวเอง ยอมรับและหาสาเหตุ ตระหนักถึงบทบาทของตน ช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยท่าทีสงบ

1.1.2 สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ (Establishing a trusting relationship) การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพที่เปิดเผยไว้วางใจ พยาบาลจะต้องตั้งใจฟังผู้ป่วย และช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงความวิตกกังวล ความรู้สึกผิดหวัง คับข้องใจความโกรธ ตอบคำถามของผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา ยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ทั้งที่เป็นคำพูดและไม่ใช่คำพูด ต้องคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย เคารพในระยะห่างระหว่างบุคคลของผู้ป่วย

1.1.3 ปกป้องผู้ป่วย (Protecting the patient) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง ให้อิสระผู้ป่วยในการจัดการกับความวิตกกังวลตามความสามารถ ไม่บังคับ ไม่ตำหนิการใช้กลไกการปรับตัวของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำ หรือกลัว พยาบาลจะไม่บังคับให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรม หรือบังคับให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่กลัว ไม่อ้างเหตุผลเพื่อหยุดยั้งพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่ให้ความสนใจอาการกลัว ย้ำคิดย้ำทำ หรืออาการทางกายของผู้ป่วยมากเกินไป เพราะจะยิ่งส่งเสริมอาการเหล่านั้นเพิ่มขึ้น พยาบาลจะให้เวลาผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจมีการจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมบางอย่าง และพยายามช่วยผู้ป่วยในการหาสิ่งที่พึงพอใจของชีวิตด้านอื่น ๆ

1.1.4 การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม (Modifying the environment) พยายามลดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลกับผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ ลดสิ่งกระตุ้น จำกัดการติดต่อกับผู้ป่วยอื่น เพิ่มความสุขสบายทางร่างกาย เช่น การอาบน้ำอุ่น การนวด เป็นต้น

1.1.5 ส่งเสริมการทำกิจกรรม (Encouraging activity) พยาบาลควรจะช่วยให้อาการกลัวของผู้ป่วยสนใจในการทำกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีเวลา สำหรับการใช้กลไกการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ลดความตึงเครียด เพิ่มความสนใจและเพลิดเพลินกับด้านอื่นๆ ของชีวิต กิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วย เช่น การเล่นเกมง่ายๆ ทำงานศิลปะ อาชีวะบำบัด การออกกำลังกาย พยาบาลควรเข้าร่วมในกิจกรรมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และให้กำลังใจผู้ป่วย

1.1.6 ผู้ป่วยอาจต้องได้รับยาลดความวิตกกังวลตามการรักษาของแพทย์ และพยาบาลต้องสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ให้เข้าร่วมกับการรักษาอื่น

1.1.7 ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย (Provide physical needs) เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การรักษาสุขภาพและอนามัยส่วนบุคคล

1.2 การช่วยลดความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Decreasing moderate anxiety) ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง แม้ว่าขอบเขตการรับรู้จะแคบลง แต่ความเข้าใจในเหตุการณ์ และความสนใจในปัญหายังมีอยู่ การช่วยเหลือบุคคลในภาวะนี้มีจุดมุ่งหมายให้บุคคลสามารถแก้ปัญหา ปรับตัว เรียนรู้วิธีการควบคุมความวิตกกังวล การช่วยเหลือบุคคลที่มีความวิตกกังวลปานกลางสามารถทำได้ ดังนี้

1.2.1 ช่วยให้ผู้บุคคลรู้ว่ามีภาวะวิตกกังวล (Recognition of anxiety) โดยการช่วยให้บุคคลสำรวจความรู้สึกของตนเอง ด้วยคำถาม เช่น “ขณะนี้คุณรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่” “คุณไม่สุขสบายหรือไม่” พยายามอาจเชื่อมโยงพฤติกรรมหรืออาการของบุคคลกับความรู้สึกวิตกกังวล ให้บุคคลทราบ จะช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ และพูดเกี่ยวกับความรู้สึกของตน

1.2.2 ช่วยให้ผู้บุคคลมีความเข้าใจความวิตกกังวล (Insight into the anxiety) พยายาม และผู้รับบริการร่วมกันหาสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล วิเคราะห์สาเหตุของความขัดแย้งในใจ สำรวจวิธีการลดความวิตกกังวลในอดีต และวิธีใดที่ใช้ได้ผลดี

1.2.3 ช่วยในการปรับตัว (Coping with the threat) ถ้าการปรับตัวในครั้งก่อนๆ มีความเหมาะสม พยายามควรส่งเสริมการปรับตัวนั้น ถ้าไม่เหมาะสม พยายามต้องแสดงให้เห็นถึงผลเสีย และช่วยบุคคลเรียนรู้วิธีการใหม่ในการปรับตัว บุคคลรับรู้สิ่งคุกคามถูกต้องตามความเป็นจริงหรือไม่ ให้บุคคลเล่าความวิตกกังวลให้สมาชิกครอบครัว เพื่อน จะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้องขึ้น มีการออกกำลังกาย หาแหล่งพึ่งพา เช่น สมาชิกครอบครัว เพื่อนสนิท เป็นต้น

1.2.4 ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายความวิตกกังวล (Promote the relaxation response) พยายามจะสอนผู้ป่วยในการลดความวิตกกังวลซึ่งมีหลายวิธี เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) การทำสมาธิ การควบคุมการหายใจ

1.2.5 การช่วยเหลือปัญหาทางกายอื่นๆ (Provide physical needs) เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนให้เพียงพอ

2. การช่วยเหลือให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และรู้จักความวิตกกังวล (Acknowledging anxiety) วิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ดังกล่าวได้คือ การสนทนาโต้ตอบอย่างมีกระบวนการตามลำดับขั้น ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1. การสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ได้แก่ การเคลื่อนไหวที่มากขึ้น หรือทำกิจกรรมมากขึ้นกว่าปกติ กลัว โกรธ หรือแยกตัว เรียกร้องบ่อย หรือร้องไห้ พูดให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับความรู้สึกวิตกกังวลในพฤติกรรมนั้น ๆ

ขั้นที่ 2. ในการเกี่ยวโยงความรู้สึกของความวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้น เช่น กระสับกระส่าย เครียด ใจสั่น ตึงตามต้นคอ เป็นต้น รวมทั้งรายละเอียดของการหาทางผ่อนคลาย ความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยเคยใช้ได้ผล

ขั้นที่ 3. ให้อำนาจการเปลี่ยนแปลงฉบับล้น ซึ่งเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล โดยการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยคิดทบทวน บรรยายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลทั้งด้านความคิด การกระทำ และความรู้สึก

ขั้นที่ 4. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยตั้งข้อสังเกต และวิเคราะห์ว่าอะไรเป็นต้นเหตุให้ผู้ผู้ป่วยเกิด ความวิตกกังวล และเกิดอะไรขึ้นภายหลังที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวล วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ เหตุผลของการเกิดความวิตกกังวล

ขั้นที่ 5. การพิจารณาค้นหาวิธีการและแนวทางในการแก้ปัญหา

ขั้นที่ 6. การวางแผน และทดลองแก้ไขความรู้สึกวิตกกังวล รวมทั้งการให้กำลังใจ เพิ่มขึ้น

3. การช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม (Appropriate coping with anxiety) สามารถกระทำได้โดย

3.1 การแก้ปัญหา (Problem solving) ซึ่งพยาบาลจะต้องช่วยเหลือให้บุคคลมีความสามารถในการแก้ปัญหาโดย

3.1.1 ติดต่อกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลด้วยอารมณ์มั่นคง

3.1.2 พูดกับบุคคลที่มีความวิตกกังวลด้วยเสียงเบา ชุ่มชื้นชัดเจน

3.1.3 อธิบายให้บุคคลทราบถึงลักษณะของความวิตกกังวล และให้ยอมรับว่า การเกิดความวิตกกังวลเป็นเรื่องธรรมดา หลีกเลี่ยงไม่ได้

3.1.4 ช่วยให้ผู้บุคคลลดความละอายใจเกี่ยวกับการแสดงอาการวิตกกังวล หรือความไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเอง

3.1.5 ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถตระหนักถึงการเกิดความวิตกกังวลในอารมณ์ของตนโดยการบันทึกการกระทำ การเกิดเหตุการณ์ขณะเกิดความวิตกกังวล หรือบันทึกระดับความวิตกกังวล

3.1.6 ถามคำถามสั้นๆ เข้าใจง่าย เพื่อให้บุคคลพูดถึงประเด็นต่างๆ ที่สัมพันธ์กับอาการวิตกกังวล จะช่วยให้บุคคลเข้าใจการเกิดความวิตกกังวล ทราบสาเหตุ และมองเห็นแนวทางการแก้ไข

3.2 การผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยตนเอง (Anxiety relaxation) วิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยตนเองสามารถกระทำได้โดย

3.2.1 เรียนรู้การแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness skills) พยาบาลจะช่วยให้บุคคลสามารถพูดถึงความรู้สึกของตนอย่างเปิดเผย โดยรักษาสีทิวทัศน์ของตนและไม่ละเมิดสิทธิ์ของผู้อื่น

3.2.2 ผีอกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) กล้ามเนื้อที่อยู่ในอำนาจจิตใจทุกส่วนของร่างกายจะได้รับการเกร็งและผ่อนคลายทีละส่วนตามลำดับ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล เมื่อกล้ามเนื้อผ่อนคลาย ความวิตกกังวลจะลดลงด้วย

3.2.3 การควบคุมการหายใจ (Breathing control) ผู้ที่มีความวิตกกังวลมักจะหายใจเร็วและตื้น ซึ่งจะทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางร่างกาย การควบคุมการหายใจจะช่วยให้บุคคลมีสมาธิขึ้น จิตใจสงบขึ้น และลดความวิตกกังวล การควบคุมการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง หายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ กล้ามเนื้อหน้าท้องขยายขึ้น นับ 1-5 ในใจแล้วหยุดค้อยๆ ผ่อนลมหายใจออก กล้ามเนื้อหน้าท้องแฟบลง พร้อมกับ นับ 1-5 ทำติดต่อกันไป 10 ครั้ง การหายใจแบบนี้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า

3.2.4 การทำสมาธิ (Meditation) นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งพับเพียบ หรือในท่าที่สบาย กำหนดลมหายใจเข้า-ออก หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ เอาใจใส่ตลอดเวลา กับลมที่มากกระทบปลายจมูก หรือท้องที่พองหรือยุบ ให้รู้ว่าขณะนั้นหายใจเข้าหรือออก

3.2.5 การออกกำลังกาย (Exercise) การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอทำให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรง ผ่อนคลายจากความตึงเครียด เพราะขณะออกกำลังกายจะมีการหลั่งสาร Endorphins ซึ่งจะช่วยให้จิตใจแจ่มใส มีความสุข การออกกำลังกายควรให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

3.2.6 การทำกิจกรรมที่สนใจ (Doing interested activity) ช่วยให้เกิดความเพลิดเพลิน คลายความตึงเครียด เช่น ทำสวน การฝีมือ ทำอาหาร ทัศนอาจร ทำบุญไหว้พระ

4. ช่วยให้ผู้บุคคลได้รับการบำบัดที่เหมาะสม (Appropriate therapies) ได้แก่

4.1 การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) เพื่อให้บุคคลที่วิตกกังวลเกิดความรู้สึกไว้วางใจ มั่นคง ปลอดภัย ด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพแบบหนึ่งต่อหนึ่งพูดคุยด้วยกิริยาที่สงบ ท่าที่เชื่อมั่น น้ำเสียงมั่นคง ใช้ภาษาที่สั้นกะทัดรัด และเข้าใจง่าย แสดงออกถึงความเข้าใจผู้ป่วย ให้ข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้องตามความจำเป็น

4.2 จิตเภสัชบำบัด (Psychopharmacotherapy) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับ (Sedation) ซึ่งเป็นยากล่อมประสาทชนิดอ่อน และในบางครั้งอาจจะต้องใช้ยา Antipsychotic drugs, Antidepressant drugs สำหรับผู้ที่มีความวิตกกังวลระดับ panic หรือวิตกกังวลผิดปกติ

อื่นๆ การใช้ยา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสงบขึ้น มีสมาธิสามารถร่วมมือในการรักษาด้านอื่นๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งการบำบัดผู้มีความวิตกกังวลจำเป็นต้องใช้หลายๆ วิธี

4.3 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ มีกำลังใจ สามารถระบายความรู้สึกต่างๆ ยอมรับอาการของตนเอง ตระหนักรู้ถึงความรู้สึกของตน มองเห็นความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ต่างๆ กับการเกิดความวิตกกังวล และผลภายหลังความวิตกกังวล รวมทั้งสามารถควบคุมและลดความวิตกกังวลด้วยตนเอง

4.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) ใช้หลักการเรียนรู้ มีการวางเงื่อนไข การให้แรงเสริม มักใช้กับผู้ที่มีความวิตกกังวลผิดปกติ เช่น Phobic disorder

4.5 สิ่งแวดล้อมบำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ มีความสะดวกสบาย ปลอดภัย บรรยากาศอบอุ่น เป็นมิตร เป็นกันเอง บุคลากรต่างๆ มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย เข้าใจ ยอมรับ เอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือด้วยความจริงใจ ให้โอกาสผู้ป่วยในการแสดงออก และปรับตัวโดยจัดกิจกรรมต่างๆ ให้ทำตามความเหมาะสม ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

5. การนำญาติ สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด เข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ร่วมกับผู้ป่วยด้วย Hanucharunkul (1988) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล โดยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด คือ

5.1 การให้ความช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ (Information support) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการปฏิบัติของบุคคล

5.2 การให้ความช่วยเหลือในด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การให้ความสำคัญ ให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่จะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่ รักใคร่

5.3 การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) คือ การให้ความช่วยเหลือโดยตรง หรือการให้สิ่งของ การให้บริการ

การลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เป็นบทบาทหน้าที่ ที่สำคัญและจำเป็นของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ซึ่งมีหลายวิธีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดให้ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลง และส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดได้ถูกต้อง

5. แนวคิดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด

พฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

5.1 พฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก การผ่าตัดเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล โดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอาจมีสาเหตุมาจากความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ที่จะเผชิญ ไม่ได้รับข้อมูลที่ต้องการ รู้สึกสิ้นหวัง กลัวความเจ็บปวด กลัวความทุกข์ทรมาน หหมดสมรรถภาพ พิกการสูญเสียภาพลักษณ์ กลัวตาย กลัวการต้องพลัดพรากจากครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิด กลัวสูญเสียหน้าที่การงาน มีปัญหาเศรษฐกิจ หรือเคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อน (ประคอง อินทรสมบัติ, 2538; Davies and Peter, 1983)

การผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตของผู้ป่วย มีผลกระทบต่อครอบครัวและสภาวะแวดล้อมของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะหรือหน้าที่บางส่วนของร่างกายไป ผู้ป่วยจะกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ความปลอดภัย ความพิการ ความเจ็บปวด การยอมรับของบุคคลในครอบครัวและสังคม ความวิตกกังวลของผู้ป่วยอาจแสดงให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น ร้องไห้ กระสับกระส่าย วุ่นวายไม่อยู่เฉย พูดบอกความรู้สึกต่างๆ บางคนอาจไม่แสดงอย่างชัดเจน มองจากภายนอกเห็นผู้ป่วยสงบดี แท้จริงมีความหวั่นกลัวอยู่ในใจ ผู้ป่วยบางรายมีความเครียด วิตกกังวล ขาดความร่วมมือ และในผู้ป่วยที่รอการผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลและแสดงให้เห็นอยู่เสมอ ความวิตกกังวลนอกจากจะบั่นทอนขวัญกำลังใจของผู้ป่วยแล้วยังรบกวนกระบวนการผ่าตัด ทำให้จักษุแพทย์ทำการผ่าตัดได้ด้วยความปลอดภัย ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะดำเนินการผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัด

สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูก ใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ดังนั้นผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลา ขณะผ่าตัดจะวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด และเสียงเครื่องมือผ่าตัดเกิดอาการเกร็ง ขยับตัวบ่อย สายหน้าไปมา ไอ จาม ขาดความร่วมมือขณะผ่าตัด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่าย นอกจากนั้นหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความเครียด เนื่องจากความไม่สุขสบาย จากการที่ต้องนอนหงาย ไม่หนุนหมอน ไม่ตะแคงด้านที่ทำการผ่าตัด ไม่ยกศีรษะ อาการปวดแผลผ่าตัด การมองไม่เห็นชั่วระยะเวลาหนึ่งจากการปิดตา และการครอบตาหลังผ่าตัด

ความวิตกกังวลจะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมน Glucocorticoid ออกมามากกว่าปกติ ซึ่งจะยับยั้งการสังเคราะห์ collagen ที่เป็นสารสำคัญในการสมานเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายทำให้การฟื้นฟูสภาพและการหายของแผล ให้นเวลานานกว่าปกติ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกระสับกระส่าย

นอนไม่หลับ ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจสูงกว่าปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง จนเป็นอุปสรรคในการผ่าตัด เช่นการเลื่อนการผ่าตัด การดำเนินการผ่าตัดเป็นไปอย่างยากลำบาก หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะหรือหลังผ่าตัด ซึ่งก็จะเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยสูงอายุได้ ในเรื่องของความเสียหายทางเศรษฐกิจทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และโรงพยาบาล

ดังนั้นการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ ในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต้องตระหนักในผู้ป่วยนอกสามารถลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้ และทำให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง พยาบาลห้องผ่าตัด หรือเป็นบุคลากรที่มีความรู้ และความเข้าใจในขั้นตอน และวิธีการผ่าตัดรักษา การเตรียมผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัด การศึกษาประวัติจากเวชระเบียน ทำให้พยาบาลทราบปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละรายอย่างเจาะจง เพื่อวางแผนให้การพยาบาลในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้องของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต้องตระหนักในผู้ป่วยนอก ส่งผลให้การผ่าตัดดำเนินไปได้อย่างราบรื่นปลอดภัย ไม่มีอุปสรรค และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

5.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือขณะผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลนั้นมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมความร่วมมือขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ แต่ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่

1. อายุ จากการศึกษาวิจัยจำนวนมากพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมักจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีระดับความร่วมมือในแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Stone, 2001)

2. เพศ เป็นปัจจัยที่บอกให้ทราบความแตกต่างในเรื่องสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม จากการรายงานวิจัยพบว่าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพศหญิงจะมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อยกว่าเพศชาย (Joyce et al., 2004)

3. ความวิตกกังวลแฝง หรือความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัวของแต่ละคน มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า และความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัวสามารถร่วมพยากรณ์ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าได้มากที่สุด (ศรีนทรา ทองมี, 2549) และพบว่าระดับความวิตกกังวล ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ทำให้ความวิตกกังวล

ก่อนผ่าตัดลดลง มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในขณะผ่าตัดได้มากขึ้น (ฟิลิพร ซีมเจริญ และ เพ็ญพร โภควิริยะ, 2542)

4. ความเชื่อ ทศนคติและแรงจูงใจ ความเชื่อ และทศนคติที่ดีต่อการรักษา เป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การให้ความร่วมมืออย่างสม่ำเสมอได้ดี (Steven et al., 2001)

5. ความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลนั้นเห็นคุณค่าของเป้าหมายของการกระทำ หรือพฤติกรรมนั้น จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดังการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูก (สุภัทรา อยู่สุข, 2548)

6. ความรู้เรื่องโรค การรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับเตรียมพร้อมของผู้ป่วยในเรื่องความรู้และความเข้าใจในขั้นตอนการผ่าตัด (ฟิลิพร ซีมเจริญ และ เพ็ญพร โภควิริยะ, 2542)

จากปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีบางปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินผู้ป่วยสูงอายุทั้งในด้านร่างกายและจิตสังคมไปพร้อมๆ กัน เพื่อค้นหาปัญหาและแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดที่ถูกต้อง

5.3 การวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก

พฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุขณะผ่าตัด เพื่อให้ร่างกายอยู่สบายที่สุด (Lowe et al., 1992) หรือสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุดตามศักยภาพของตน (Oetker et al., 1997) โดยพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง คือ การผ่าตัดสามารถดำเนินไปด้วยความราบรื่น ไม่มีอุปสรรคระหว่างการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด การคงไว้ซึ่งการหายใจที่เพียงพอไม่ติดขัดขณะผ่าตัด ส่งเสริมความสบาย ทั้งนี้พฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกแบบผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยกิจกรรม 9 กิจกรรม คือ 1) การเหยียดขาตลอดเวลา 2) การไม่ขยับตัว 3) การไม่พูดคุย 4) การไม่ไอจามโดยไม่บอกล่วงหน้า 5) การไม่ส่ายบิดหน้าไปมา 6) การไม่เงยหน้า 7) การไม่ยกแขน 8) การไม่กรอกตาไปมา และ 9) การไม่บีบตา ซึ่งสามารถวัดได้จากการ

สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุขณะผ่าตัดตามแบบบันทึกพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีแนวคิดของ Lowe et al. (1992); Mokashi et al. (2004); พิไลพร ชิมเจริญ และ เพ็ญพร โภควิชัย (2542) โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระดูกดีจะได้คะแนนมาก การพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งสามารถวัดได้จากการสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระดูกดี การผ่าตัดสามารถดำเนินไปด้วยความราบรื่น ปลอดภัย ไม่มีอุปสรรคระหว่างการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุหายเป็นปกติเร็วขึ้น

6. แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of nursing system) ซึ่งให้โครงสร้างและเนื้อหาของ การปฏิบัติการพยาบาล โดยอธิบายถึงคุณลักษณะของความสามารถทางการพยาบาลที่จะช่วยตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย

1. ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) เป็นความสามารถที่ได้จากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาลได้วินิจฉัยความต้องการการดูแลและจัดระบบการดูแลในผู้ป่วยที่มีความพร้อมหรือมีโอกาที่จะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง

2. ระบบการพยาบาล (Nursing system) คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาลเพื่อปรับแก้ไขสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ Orem (1995) ได้เสนอระบบการพยาบาลไว้ 3 ระบบ ได้แก่

2.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว หรือจัดการกับการเคลื่อนไหวได้ เช่น ผู้ป่วยหมดสติ ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แต่ไม่ควรเคลื่อนไหว ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ตนเอง ในกรณีนี้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตอย่างรุนแรง

2.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Party compensatory nursing system) ในระบบนี้การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความสามารถและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยกับพยาบาลอาจจะตั้งเป้าหมายร่วมกัน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาล และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น พยาบาลจะช่วย

ปฏิบัติการกิจกรรมการดูแลบางอย่างให้กับผู้ป่วย ขดเขยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ช่วยผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ

2.3 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ในระบบนี้ ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกิจกรรมที่ต้องกระทำให้กับผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติการการดูแลตนเองได้ตามความต้องการ สามารถเรียนรู้ได้ ตัดสินใจได้ แต่ทั้งนี้ไม่สามารถจะทำได้ถ้าปราศจากการช่วยเหลือ ซึ่งพยาบาลกระทำโดยใช้วิธีสนับสนุน การชี้แนะแนวทาง การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพัฒนาการ และการสอน ทั้งนี้การใช้วิธีการต่าง ๆ นั้นจะต้องขึ้นอยู่กับ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จึงจะทำให้ประสิทธิผลของระบบการพยาบาลได้ผลดี

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยเห็นว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสามารถเรียนรู้ที่จะพิจารณาตัดสินความต้องการการดูแลทั้งหมดของตนเอง กระทำการดูแลตนเอง ประเมินผล และปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตตนเองได้ ควรได้รับความรู้และสนับสนุนจากพยาบาล เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพิ่มจากการดูแลตนเองที่ได้รับจากปกติ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาทดลองนำการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1995) มาใช้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้สามารถดูแลตนเองสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดที่ถูกต้อง สามารถทำให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ผู้ป่วยสูงอายุกลับมามองเห็นได้อีกครั้งและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีสุขภาพที่ดี

6.1 แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1995)

แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) เป็นวิธีการสอนที่แตกต่างจากการสอนโดยทั่วไปกล่าวคือ เป็นวิธีการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคล หรือผู้ป่วยที่ต้องการคำแนะนำและการสอนเพื่อนำไปพัฒนาความรู้ ทักษะ จนก่อให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความพร้อมและสนใจที่จะเรียนรู้ ดังนั้นวิธีการสอนตามความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับ บุคคล (Man) สิ่งแวดล้อม (Environment) วัฒนธรรม (Culture) และค่านิยมในการดำเนินชีวิต (Value of life) อายุ และสุขภาพ (Age and Health) (Orem, 1995)

Orem (1995) ได้กล่าวถึงบุคคลและสิ่งแวดล้อมว่า มนุษย์ประกอบด้วยสิ่งภายใน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ และสังคม ในขณะที่สิ่งแวดล้อมเป็นส่วนประกอบภายนอก คนและสิ่งแวดล้อมจะมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันต่อการดูแลตนเอง แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของคน หรือสิ่งแวดล้อม ย่อมมีผลกระทบต่อ การดูแลตนเองด้วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง จึงควรคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนประกอบร่วมด้วยเสมอ นอกจากนั้นปัจจัยเกี่ยวกับอายุและสุขภาพ ยังเป็นตัวกำหนดขอบเขตของกิจกรรมที่ใช้ในการดูแลตนเอง และจะบอกให้ทราบว่าบุคคลสามารถดูแลตนเองได้เพียงใด

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของ Orem จะใช้กับผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ตามความต้องการ สามารถเรียนรู้ได้ ตัดสินใจได้ แต่ทั้งนี้ไม่สามารถจะทำได้ถ้าปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลกระทำโดยใช้วิธีสนับสนุน การชี้แนะแนวทางการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพัฒนาการ และการสอน ทั้งนี้การใช้วิธีการต่างๆ นั้นจะต้องขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จึงจะทำให้ประสิทธิผลของระบบการพยาบาลได้ผลดี วิธีการช่วยเหลือ Orem ได้กำหนดไว้ 4 วิธีดังนี้

1. การสอน เป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง แต่พยาบาลควรระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง ซึ่งมีหลักในการสอนผู้ป่วยดังนี้ คือ สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการรู้ เนื้อหาที่จะสอนต้องเสริมจากความรู้ และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ และพยาบาลควรนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้เสมอ การมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสัมผัส ฝึกหัดถดถอย กระทำต่างๆ ในการดูแลตนเอง นอกจากนั้นการประเมินโดยให้ข้อมูลป้อนกลับ การชมเชย การให้กำลังใจ ในสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ถูกต้อง การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ความอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตตนเอง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจในการวางแผน กำหนดเป้าหมายและเลือกวิธีการดูแลตนเองร่วมกับพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2. การชี้แนะ ประเมินความเข้าใจ ซึ่งพยาบาลจะชี้แนะ และให้คำปรึกษา ให้มีการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

3. การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะอยู่ในภาวะเครียดและมีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบในชีวิต การสนับสนุนอาจเป็นคำพูด หรือกิริยาท่าทางของพยาบาล ในการให้การสนับสนุนทางร่างกายและอารมณ์

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นการส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ประชุมประสานพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจเป็นได้จากการพัฒนาการ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติและคุณค่า การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การเปลี่ยนแปลงอัตรในทัศน และการพัฒนาทางด้านร่างกาย

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1995) ซึ่งประกอบด้วยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมซึ่งจะสามารถส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ดังเช่นจากการศึกษาของ วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ (2543) พบว่า หลังจากการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องฟอกไตมีความพฤติกรรมสามารถในการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการทดลอง และจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้เคมีบำบัด พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง (รัชนีกร ใจคำสืบ, 2549) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำทฤษฎีการพยาบาลของ Orem มาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาด้วยการผ่าตัดต่อกระเจกในผู้ป่วยนอกให้สามารถดูแลตนเองสนองความต้องการในการดูแลตนเอง ในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่นปลอดภัย ไม่มีอุปสรรค และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น และภายหลังผ่าตัดสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีความสุข

6.2 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระเจกแผนกผู้ป่วยนอก

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำระบบสนับสนุนและให้ความรู้ Orem (1995) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมโดยระบบนี้ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การดำเนินระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี (Orem, 1995) คือ

1. การสอน (Teaching) การสอน และให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระเจกและการผ่าตัด การรักษาด้วยการผ่าตัด สิ่ง que ผู้ป่วยสูงอายุจะได้พบในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัว ก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ แนวทางเกี่ยวกับฝึกการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุขณะผ่าตัดต่อกระเจก (Benson, 2001; Mokashi et al., 2004; Rothrock, 1996;

พิไลพร ชิม้เจริญ และ เพ็ญพร โภควิชัย,2542) ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ ขณะ ผ่าตัด การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด ประกอบภาพพลิก โดยมีเนื้อหาที่กระชับ เฉพาะเจาะจง เข้าใจง่าย ไม่มากจนเกินไป และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ถามและประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย สูงอายุเป็นระยะ สอนรายบุคคล ประกอบการสาธิต และให้ผู้สูงอายุร่วมการฝึกปฏิบัติ เปิดโอกาส ให้ซักถาม และการแจกคู่มือโรคต่อกระดูกและการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัว ขณะผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และแนะนำให้ฝึกอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการให้เบอร์โทรศัพท์ แก่ผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อผู้ป่วยสามารถติดต่อประสานงานกับผู้วิจัยเมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาหรือข้อ สงสัย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกมีความรู้ และการฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดได้อย่าง ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกลดความวิตกก่อนผ่าตัด และมี พฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง

2. การชี้แนะ (Guiding another) โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในการฝึก ปฏิบัติด้วยวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการรับการรักษา แนะนำ ให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจ การนอนนิ่งๆ การคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด โดยผู้วิจัยสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่าง ให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกตาม ผู้วิจัยทำการประเมินว่าสามารถทำได้อย่างถูกต้อง การชี้แนะตามแนวคิด ของ Orem (1995) ได้กล่าวว่า การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถ ตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการให้คำปรึกษา ดังนั้นระหว่างที่ทำการฝึก ผู้วิจัยประเมินถึงความเข้าใจ และความสามารถในการฝึกการปฏิบัติ ใน กิจกรรมที่ผู้ป่วยสูงอายุปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้การชี้แนะ และแก้ไขจนผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติรวมถึงมีความมั่นใจและเต็มใจที่จะ ดูแลตนเองในการฝึกปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องที่บ้านต่อไป ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุลดความ วิตกก่อนผ่าตัดและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง

3. การสนับสนุน (Supporting) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความทุกข์ทรมานจากโรค หรือจากเหตุการณ์ที่ประสบ (Orem, 1995) โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมการ ดูแลตนเองได้ ด้วยการให้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกียรติผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัด มีกิริยาท่าทางเป็นมิตร ให้ คำชมเชยและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุรู้ และเมื่อฝึกปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เน้นย้ำว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกสามารถฝึกการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ซึ่งการที่ผู้วิจัยสนับสนุน โดย การให้คำชม กระตุ้น ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุที่สามารถฝึกปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วย สูงอายุมีกำลังใจที่จะฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงให้เบอร์โทรศัพท์

ติดต่อกับผู้วิจัยเมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหา ส่งผลให้ผู้สูงอายุลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยส่งเสริมเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยกระทำการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง โดยการจัดสภาพเสมือนจริงขณะดำเนินการผ่าตัดต่อกระดูก โดยจัดแยกเป็นสัดส่วน เงียบสงบ ไม่มีคนไขอื่น หรือเจ้าหน้าที่อื่นรบกวน มีการจัดเตียงคล้ายเตียงผ่าตัดจริง จัดผ้าคลุมหน้าที่ใช้สำหรับคลุมหน้าเวลาผ่าตัดไว้ และให้ผู้สูงอายุได้ทดลองฝึกนอนนิ่งๆ และทดลองการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัดที่เตรียมไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์คล้ายสภาพการผ่าตัดจริง ตามแนวคิดของ Orem (1995) ได้กล่าวว่า การสร้างสิ่งแวดล้อมเป็นการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้และความเป็นกันเอง ใ้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ผลตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงเจตคติ การให้คุณค่าต่อตนเอง การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการพัฒนาทางด้านร่างกาย ดังนั้นในวิธีการนี้ผู้วิจัยใช้การให้คำปรึกษา การจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับบุคคลอื่น เช่น ญาติ จัดสิ่งแวดล้อมคล้ายห้องผ่าตัด และวิธีการเพิ่มคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ คือเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ร่วมวางแผน และกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการเรียนรู้ และมีการร่วมวางแผน และเป้าหมายการฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดที่ถูกต้องร่วมกับผู้วิจัย ส่งผลให้ผู้สูงอายุลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้จัดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง โดยมุ่งเน้นการให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกมีความรู้ในเนื้อหาตามแผนการสอน ร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด เพื่อการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง โดยการใช้วิธีการสอน และให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นรายบุคคล การสาธิต และการฝึกปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยใช้ภาพพลิกและคู่มือประกอบการเรียนการสอน ผ่านการชี้แนะ แก้ไข การฝึกการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ภายใต้การสนับสนุน ชมเชย ให้กำลังใจ ด้วยท่าที่เป็นมิตร ใช้น้ำเสียงอ่อนโยน ให้เกียรติผู้ป่วยสูงอายุ จัดสิ่งแวดล้อมด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมคล้ายห้องผ่าตัด จัดกิจกรรมให้มีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง อนุญาตให้ญาติหรือครอบครัวเข้าร่วมฟัง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผน และกำหนดเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกมีความรู้เกี่ยวกับต่อกระดูกและการรักษา

ด้วยการผ่าตัดที่ถูกต้อง และสามารถฝึกการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 การให้ผู้สูงอายุฝึกการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องที่บ้านภายใต้การสนับสนุนและแนะนำจากผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วย ก) การนอนนิ่งๆ ข) การหายใจ ค) การคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด โดยกำหนดให้ผู้ป่วยสูงอายุใช้เวลาในการฝึกครั้งละประมาณ 20 นาที วันละ 1 ครั้ง นาน 2 สัปดาห์ และให้โทรศัพท์ในการติดตามให้คำปรึกษา ซึ่งแนะนำสนับสนุน จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและให้กำลังใจ กับผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน 1 ครั้ง ก่อนผ่าตัด 1 สัปดาห์

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เสริมศรี พันธิวิเศษศักดิ์ และ คณะ (2539) ศึกษาผลการใช้คู่มือการปฏิบัติตนต่อความรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยอัลตราซาวด์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยอัลตราซาวด์หลังการอ่านคู่มือดีกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้คู่มือ ในเรื่องการเตรียมความสะอาดร่างกายก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยอัลตราซาวด์ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยอัลตราซาวด์

สายชล จันทรวิจิตร (2539) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไต โดยโปรแกรมการให้ความรู้ ประกอบด้วย การให้ความรู้ถึงเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบ วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนและหลังผ่าตัด มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความรู้ที่ได้รับในระยะหลังผ่าตัด ตั้งแต่ช่วงเวลาที่สี่เป็นต้นไปจนถึงวันที่ 10 และการผ่อนคลาย กระทำโดยการทำให้ร่างกายและจิตใจ คลายความเครียด และความวิตกกังวล โดยมีมุ่งความสนใจไปที่การหายใจเข้า-ออก เป็นจังหวะลึกๆ ช้าๆ ซึ่งดัดแปลงจากเทคนิคการผ่อนคลายของ McCaffery (1979) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลาย และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไตในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพด้านกายภาพ จิตใจ และอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2541) ศึกษาผลของการใช้ อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ ต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากโรงพยาบาลโรคทรวงอก 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการฝึก อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟ กับ ผู้วิจัย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง และฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อกับเทปเสียงที่บ้านวันละ 1 ครั้ง

เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อำไพ ชนะกอก ราตรี โอภาส และ บุญส่ง เกษมพิทักษ์พงษ์ (2541) ศึกษาผลของการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิภา วัฒนเวคิน สุจินดา ริมศรีทอง และ กฤษณี โหลสกุล (2541) ศึกษาผลการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อระยะเวลาในการนอนคว่ำหน้าได้ และภาวะไม่สุขสบายขณะนอนคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาออก จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน พบว่า ในวันแรกและวันที่สองหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการนอนคว่ำหน้าได้มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

มาลินี จรูญธรรม (2541) ศึกษาผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลตนเองหลังได้รับการผ่าตัดต่อเนื้อครั้งแรก ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง รับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และการปฏิบัติในการดูแลตนเองถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรเมษา หมั่นคำแสน (2542) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยงในอำเภอฮุ่มผาง จังหวัดตาก จำนวน 150 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยงในอำเภอฮุ่มผางมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จินตนา มณฑลปัญญากุล (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยต้อกระจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อกระจกมีความเชื่อด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของโรคต้อกระจกอยู่ในระดับดี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยโรคต้อกระจกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.

จันทิการัทธ์ รัตนจิรากร (2542) ได้ศึกษาผลของการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองควบคู่กับการฝึกผ่อนคลาย เพื่อลดความตึงเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าในกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุนิพร ชัยมงคล (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ความเชื่อเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการมีรายได้พอใช้ สามารถร่วมทำนายนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก.

แสวง ปัญญาดี (2544) ศึกษาผลของการใช้ชุดข้อมูลต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมร่วมมือต่อการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้ข้อมูลไม่แตกต่างกันและพฤติกรรมความร่วมมือต่อการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระดูกของกลุ่มควบคุมมีน้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

สว่างจิตต์ จันทร (2544) ศึกษาผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในหน่วยปฐมภูมิ สถานีอนามัยตำบลนางแล จังหวัดเชียงราย จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน กลุ่มทดลอง 22 คน พบว่า ภายหลังจากการสอนผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรค และความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนสอน และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิภาภัทร ชังขาว (2544) ศึกษาถึง ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยผู้ป่วยระยะวิกฤติที่จะได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 32 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธีบริหารการหายใจในกลุ่มทดลอง จำนวน 16 ราย ผลการวัดความวิตกกังวลก่อนและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

สุภัทรา อยู่สุข (2548) ศึกษาอำนาจการทำนายของความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยที่เลือกสรรต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกด้วยคลื่น

เสียงความถี่สูงและใส่เลนส์แก้วตาเทียมโรงพยาบาลชุมชน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านอยู่ในเกณฑ์มาก ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนที่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ จำนวนปีที่ศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อาชีพเกษตร อาชีพรับจ้าง จำนวนปีที่ศึกษา สามารถร่วมทำน่ายพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงได้ร้อยละ 18.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิตยา คชศิลา (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลตามสถานการณ์ The State Anxiety Inventory Form Y-1 (STAI form Y-1) ของ Spielberger ผลการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สิรินทรา ทองมี (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วยกับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลโดยรวมปานกลาง มากที่สุดคือด้านข้อมูลข่าวสาร ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้ามี 5 ตัว เรียงตามลำดับความสำคัญ คือความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว ความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย อายุ เพศ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์และพยาบาล ร่วมกันพยากรณ์ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้ร้อยละ 61.60

รัชนีกร ใจคำสืบ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ร่วมกับการเดินออกกำลังกาย ต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาสตรีด้วยเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย ซึ่งโปรแกรมนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการพยาบาลตามแนวคิดของ Orem (1991) และแนวคิดการออกกำลังกายแบบแอโรบิก พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

ร่วมกับการเดินออกกำลังกาย ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัด หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จรุณา ประจักษ์แสงศิริ (2549) ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึกต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พบก้อนบริเวณเต้านม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 40 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึก เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวลตามสถานการณ์ ของ Spielberg (1983) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พบก้อนบริเวณเต้านม หลังได้รับการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึกต่ำกว่าก่อนได้รับการฝึกผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Matin et al. (1991) ศึกษาประสิทธิภาพของระบบการพยาบาลที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยศึกษาในประชากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ใช้วิธีการสอน ชี้นำ ให้คำปรึกษา เพื่อให้มีความรู้เรื่องเอดส์ รวมถึงมีเจตคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ โดยประเมินผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดเข้าทางเส้นเลือดจำนวน 189 คน โดยจัดโปรแกรมให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแล้วติดตามผลหลังจากนั้น 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้กระบอกและเข็มฉีดยาร่วมกันลดลงจากร้อยละ 35 เหลือร้อยละ 12 และมีการลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ โดยการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49 เป็นร้อยละ 56

Rees (1995) ศึกษาผลของการผ่อนคลายและจินตนาการต่อความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาหลังคลอดครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง 60 คน ได้รับการฝึกการผ่อนคลายและจินตนาการ 4 สัปดาห์หลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวล ความซึมเศร้าต่ำ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Nijkamp et al. (2004) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคต่อกระดูกในประเทศเนเธอร์แลนด์ กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน โดยใช้แบบสอบถาม The State Trait Anxiety Inventory ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง และความวิตกกังวลจะอยู่สูงที่สุดในช่วงวันก่อนผ่าตัดและจะ

ลดลงหลังจากได้เข้ารับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูกที่จะเข้ารับการผ่าตัด ได้แก่ เพศ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และผู้ที่มีความวิตกกังวลชนิดแฝงสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีความสำคัญต่อผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของอวัยวะทุกระบบในร่างกาย ตลอดจนความเสื่อมจากการเจ็บป่วย สิ่งต่างๆ เหล่านี้ย่อมมีผลทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ซึ่งการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมเรียนรู้ซึ่งบุคคลกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย ซึ่งผู้สูงอายุเรียนรู้ที่จะพิจารณาตัดสินใจความต้องการการดูแลทั้งหมดของตนเอง และ กระทำการดูแลตนเอง ประเมินผล และปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต ในบทบาทของพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มาใช้ในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการเรียนรู้ และสร้างแนวทางการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานของความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ โดยการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ จากพยาบาล 4 วิธี ได้แก่ การสอนประกอบการสาธิต และการให้ข้อมูลย้อนกลับ มีการประเมินความเข้าใจและการปฏิบัติ มีการให้การชี้แนะและการให้คำปรึกษา สนับสนุนที่เลือกใช้ตามสถานการณ์ การสร้างสิ่งแวดล้อมเหมือนจริง มีการจัดสภาพเสมือนขณะดำเนินการผ่าตัดต่อกระดูก โดยจัดแยกเป็นสัดส่วน เงียบสงบ ไม่มีคนใช้อื่น หรือเจ้าหน้าที่อื่นรบกวน มีการจัดเตียงคล้ายเตียงผ่าตัดจริง จัดผ้าคลุมหน้าที่ใช้สำหรับคลุมหน้าเวลาผ่าตัดไว้ และให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ทดลองฝึกนอนนิ่งๆ และทดลองการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัดที่เตรียมไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์การผ่าตัดจริง มีการฝึกปฏิบัติ การสัมผัส มีการดูแลตนเองในเรื่องการฝึกการหายใจ เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย ส่งผลให้ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลงได้และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้การผ่าตัดสามารถดำเนินไปได้ด้วยความราบรื่น ปลอดภัย ไม่มีอุปสรรคและปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีและความผาสุกของผู้ป่วยสูงอายุต่อไป นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนารูปแบบและประสิทธิภาพของการให้ความรู้และการดูแลแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการที่จะพัฒนาวิชาชีพให้มีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นกิจกรรมที่ใช้เวลา 2 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุเข้าร่วมทำกิจกรรมกับผู้วิจัย 2 ครั้ง โดยนำระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1995) มาประยุกต์เป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การดำเนินระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
 ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือ 4 วิธี คือ

1. การสอน การสอน และให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคต่อกระຈก การรักษาด้วยการผ่าตัด สิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุจะได้พบในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัว ก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ แนวทางเกี่ยวกับฝึกการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุขณะผ่าตัดต่อกระຈก ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่ง ๆ การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด จัดให้บุคคลในครอบครัว หรือญาติใกล้ชิดเข้าร่วมฟังกิจกรรมด้วย สอนเป็นรายบุคคล ประกอบการสาธิต และให้ผู้สูงอายุร่วมการฝึกปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ซักถาม แจกคู่มือโรคต่อกระຈกและการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และแนะนำให้ผู้สูงอายุฝึกอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

2. การชี้แนะ ภายหลังที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการสอน ประกอบการสาธิต และให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยจะให้การชี้แนะ สอนเสริมและเพิ่มให้ในสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุขาดอยู่ และแก้ไขจนผู้ป่วยสูงอายุสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

3. การสนับสนุน ด้านต่างๆ ตามสถานการณ์ ให้คำชมเชยและให้กำลังใจ

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อม โดยการจัดสภาพเสมือนจริงขณะดำเนินการผ่าตัดต่อกระຈก มีการจัดเตียงคล้ายเตียงผ่าตัดจริง จัดผ้าคลุมผ่าตัดที่ใช้สำหรับคลุมหน้าเวลาผ่าตัดไว้ และให้ผู้สูงอายุได้ทดลองฝึกนอนนิ่งๆ และทดลองการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัดที่เตรียมไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์คล้ายสภาพการผ่าตัดจริง

ขั้นตอนที่ 2 การให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกการปฏิบัติตัวที่บ้าน ได้แก่ 1) การฝึกการหายใจ 2) การฝึกการนอนนิ่งๆ และ 3) การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด โดยกำหนดให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกวันละ 1 ครั้งๆ ละ 20 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และใช้โทรศัพท์ติดตามก่อนวันผ่าตัด 1 สัปดาห์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุมีส่วนร่วมในการประเมินผลภายหลังได้รับกิจกรรม สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

พฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยเป็นการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Control Group Pretest Posttest Only Design) โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม O₁ ----- O₂
กลุ่มทดลอง O₃ ----- X ----- O₄

- O₁ หมายถึง: คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอกก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₂ หมายถึง: คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญและคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₃ หมายถึง: คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอกก่อนได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
- O₄ หมายถึง: คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญและคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก หลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
- X หมายถึง: ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระจกที่ได้รับการนัดล่วงหน้าเพื่อเข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อกระจก และได้รับการนัดหมายเพื่อเข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก ณ ห้องผ่าตัดพันธุทิพย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.1 เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระจกที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอกทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

1.2 ไม่มีข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคในการฝึกการปฏิบัติตัวซึ่งได้แก่ โรคที่เป็นปัญหาทางด้านกระดูกและข้อ นอนราบไม่ได้ กลัวความมืด และที่แคบ

1.3 ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน สามารถพูดอ่านและเขียนภาษาไทยได้

1.4 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ผ่านเกณฑ์การประเมินจากการใช้ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

1.5 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย

2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดย

2.1 เริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลองก่อน โดยพบผู้ป่วยสูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 20 คน

2.2 ต่อจากนั้นจึงดำเนินการในกลุ่มควบคุม เมื่อพบผู้ป่วยสูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และมีคุณสมบัติตรงกับการจับคู่ตัวแปรสำคัญในกลุ่มทดลอง ก็จะนำมาใช้เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน

การให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยวิธีการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Mann, 2001) โดยพิจารณาในด้าน อายุ เพศ และ ความวิตกกังวลแฝง ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผลต่อตัวแปรตามคือความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยนอก (Nijkamp, 2004; ขนิษฐา นาคะ, 2534; ศรีนทรา ทองมี, 2549) ส่วน อายุ เพศ เป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อตัวแปรตามคือพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด (Kick, 1989; ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536)

ดังนั้นผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรเด่นที่มีผลต่อตัวแปรตามและทำการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) คือ เพศ อายุ และความวิตกกังวลแฝง มีรายละเอียดดังนี้ อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศเดียวกัน ความวิตกกังวลแฝงแตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน (สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา, 2545; รัชนิกร ใจคำสีบ, 2549)

เกณฑ์ในการคัดออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria) มีดังต่อไปนี้

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนด จึงกำหนดเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคในการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ได้แก่โรคที่เป็นปัญหาทางด้านกระดูกและข้อ นอนราบไม่ได้ กลัวความมืดและที่แคบ

2. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่กำหนดไว้ จากการดำเนินการวิจัยพบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 4 รายที่คัดออกจากการวิจัยเนื่องจากผู้ป่วยรายแรก นอนราบไม่ได้ ต้องนอนหนุนหมอนสูง มีอาการคลื่นไส้ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 และ 3 แพทย์มีความจำเป็นต้องเลื่อนการผ่าตัดผู้ป่วยออกไป ทำให้คิวผ่าตัดเลยระยะเวลาที่กำหนดไว้จึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 4 ผู้ป่วยขอย้ายจากการผ่าตัดในผู้ป่วยนอกมาเป็นการผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมอีก 4 ราย โดยดำเนินการตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (Tabachnick and Fidell, 1996) โดยกำหนดให้อำนาจทดสอบ 100% ที่ระดับนัยสำคัญ .01 พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normality) ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดจำนวน 40 คน จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเข้ากลุ่มทดลอง และ 20 คนหลังเข้ากลุ่มควบคุม โดยจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มคล้ายคลึงกันในเรื่องของ อายุ เพศ ความวิตกกังวล เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อ อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าภาควิชาและผู้บริหารพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษา โดยการนัดวันทำผ่าตัดในสมุดนัดผ่าตัดที่แผนกกิจกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. การคัดเลือกตัวอย่างประชากรกระทำดังนี้คือ เมื่อมีผู้ป่วยสูงอายุที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้มารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

4.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่งานกิจกรรมแผนกผู้ป่วยนอก ให้สอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และขออนุญาตให้ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงผู้ป่วยสูงอายุเพื่อแนะนำตัวกับผู้สูงอายุ

4.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้โทรศัพท์แนะนำตัวกับผู้ป่วยสูงอายุ ที่แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

4.3 ผู้วิจัยได้ให้เวลาผู้ป่วยสูงอายุในการพิจารณาตัดสินใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยต่างๆ จากผู้วิจัย รวมถึงให้ผู้ป่วยสูงอายุได้มีเวลาไตร่ตรอง และตัดสินใจโดยอิสระที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

5. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate) ระหว่างตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยได้ และสามารถทำการทดลองได้อย่างไม่เกิดความลำเอียงโดยทำการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองจนครบ 20 ราย หลังจากนั้นจึงดำเนินการในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 ราย โดยคำนึงถึงความคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ เป็นเพศเดียวกัน อายุ แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และความวิตกกังวลแฝง แตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน จนครบ 20 คู่ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

ทั้งนี้จากการจับคู่ (Matched pair) ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจำนวน 20 คู่ โดยผู้ป่วยสูงอายุแต่ละคู่ที่มีคุณสมบัติในเรื่อง เพศเดียวกัน อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และความวิตกกังวลแฝงแตกต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน ทั้ง 20 คู่ ดังแสดงในตารางที่ 1

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ทำการจับคู่ (Matched pair) จำแนกตามเพศ อายุ ความวิตกกังวลแฝง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	เพศ	อายุ (ปี)	ความวิตกกังวลแฝง (คะแนน)	เพศ	อายุ (ปี)	ความวิตกกังวลแฝง (คะแนน)
1	ชาย	63	50	ชาย	65	45
2	ชาย	74	42	ชาย	73	40
3	ชาย	78	45	ชาย	80	49
4	ชาย	76	44	ชาย	76	42
5	ชาย	73	43	ชาย	68	43
6	ชาย	60	35	ชาย	60	40
7	ชาย	65	42	ชาย	60	44
8	หญิง	60	53	หญิง	60	55
9	หญิง	72	45	หญิง	68	46
10	หญิง	69	45	หญิง	68	43
11	หญิง	73	49	หญิง	71	46
12	หญิง	63	43	หญิง	66	46
13	หญิง	61	47	หญิง	62	50
14	หญิง	71	43	หญิง	74	47
15	หญิง	70	49	หญิง	68	54
16	หญิง	77	42	หญิง	79	47
17	หญิง	79	40	หญิง	80	36
18	หญิง	60	49	หญิง	61	54
19	หญิง	72	40	หญิง	72	38
20	หญิง	60	37	หญิง	60	39

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษยศาสตร์ แพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการ ทำวิจัย โดยเน้นถึงการเข้าร่วมวิจัยของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็ม ใจ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จะไม่มี ผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด ลง โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลอย่างไรต่อกลุ่ม ตัวอย่าง และการได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์หรือพยาบาล และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้า ร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายเพิ่มเติม ให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของ การทดลองว่าเป็นการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลอีกแบบหนึ่ง ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแล ตามปกติทุกประการจากพยาบาลประจำการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)
- 1.3 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (The Trait Anxiety Inventory: From A-II)

ชุดที่ 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่คู่มือการดำเนินการระบบการพยาบาลแบบ สนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ คือ

2.1 คู่มือการดำเนินการระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับพยาบาล ประกอบด้วย

1) คู่มือสำหรับพยาบาลในการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อลดความวิตกกังวล ของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจุกในผู้ป่วยนอก

2) แผนการสอนเรื่องโรคต่อกระจกและการรักษาร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสำหรับพยาบาลสอนผู้ป่วยสูงอายุ

3) แนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมคล้ายห้องผ่าตัด

4) แนวทางการฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด

5) แนวทางในการสนับสนุน ปรีกษา ซึ่แนะ แก่ผู้ป่วยสูงอายุทางโทรศัพท์

6) แบบสรุปความก้าวหน้าการเข้าร่วมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก

2.2 คู่มือโรคต่อกระจกและการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสำหรับผู้สูงอายุ

ชุดที่ 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองในการฝึกการนอนนิ่งๆ ของผู้ป่วยสูงอายุ ก่อนผ่าตัดที่บ้าน

3.2 แบบบันทึกการฝึกการฝึกหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด ของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัด

ชุดที่ 4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory: From A-I)

4.2 แบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุดดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ประสบการณ์การผ่าตัด และปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ โดยผู้วิจัยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุ และญาติในการกรอกแบบบันทึก อยู่ในบริเวณใกล้เคียง

2) ข้อมูลโรคต่อกระจกและการรักษา ซึ่งประกอบไปด้วย ระยะของโรค การผ่าตัด ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

สำหรับรายละเอียดของขั้นตอนการสร้างแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลมีดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเลือกข้อมูลที่เป็น ส่วนบุคคลและข้อมูลโรคต่อกระจกและการรักษา เพื่อนำมาออกแบบแบบสอบถาม

2. สร้างแบบสอบถามโดยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเป็น แบบให้เลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการ รักษาพยาบาล ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ประสบการณ์การผ่าตัด และปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ส่วนแบบบันทึกข้อมูลโรคต่อกระจกและการรักษาซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกแบบให้เลือกตอบ ได้แก่ ระยะของโรค ชนิดของการผ่าตัด แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ปัญหาค่าใช้จ่าย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
60-69	11	55	12	60	23	58
70-79	9	45	6	30	15	37
80-89	-	-	2	10	2	5
เพศ						
ชาย	7	35	7	35	14	35
หญิง	13	65	13	65	26	65
ศาสนา						
พุทธ	20	100	20	100	40	100
สถานภาพสมรส						
โสด	1	5	1	5	2	5
คู่	15	75	10	50	25	62
หม้าย	4	20	8	40	12	30
หย่า/แยก	-	-	1	5	1	3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	13	65	16	80	29	72
มัธยมศึกษา	3	15	3	15	6	15
ประกาศนียบัตร	1	5	-	-	1	3
ปริญญาตรี	2	10	1	5	3	7
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5	-	-	1	3
อาชีพ						
ข้าราชการบำนาญ	1	25	4	20	5	12
ค้าขาย	5	25	3	15	8	20
เกษตรกร	-	-	1	5	1	3
รับจ้าง	3	15	-	-	3	8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	55	12	60	23	57
รายได้ครอบครัว/เดือน						
น้อยกว่า 10,000 บาท	2	10	7	35	9	22
10,000 - 15,000 บาท	-	-	1	5	1	3
15,001 - 20,000 บาท	-	-	1	5	1	3
มากกว่า 20,001 บาท	18	90	11	35	29	76
สิทธิการรักษา						
ชำระเงินเอง	8	10	4	20	12	25
เบิกต้นสังกัด	12	60	16	80	30	75
ประสบการณ์การผ่าตัดตา						
เคย	10	50	4	20	14	35
ไม่เคย	10	50	16	20	26	65

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การผ่าตัดอื่นๆ						
เคย	10	50	8	40	18	45
ไม่เคย	10	50	12	60	22	55
โรคประจำตัว						
มี	13	65	15	57	29	73
ไม่มี	7	35	5	25	11	27
ตาข้างที่ทำ						
ตาซ้าย	7	35	10	50	17	43
ตาขวา	3	65	10	50	23	57
ปัญหาสายตา						
มี	1	5	3	15	4	10
ไม่มี	19	95	17	85	36	90

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอกทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 40 ราย พบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 58) รองลงมาคือ อายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 37) กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62) เมื่อพิจารณาระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 57) รองลงมามีอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 20) และกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 72) และรองลงมาอยู่ในช่วง 0-10,000 บาท (ร้อยละ 22) โดยที่กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการรักษาเป็นการเบิกต้นสังกัดมากที่สุด (ร้อยละ 75) และชำระเงินเอง (ร้อยละ 25) และส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านการใช้จ่าย (ร้อยละ 95) และมีปัญหาเล็กน้อย (ร้อยละ 5) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทำผ่าตัดตาแรก (ร้อยละ 65) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การผ่าตัดอื่นๆ (ร้อยละ 55) มีโรคประจำตัวร้อยละ 73 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 27

1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีเกณฑ์การประเมินดังนี้คือ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

- 1) ผู้สูงอายุปกติ ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน
- 2) ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน
- 3) ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

1.3 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (The Trait Anxiety Inventory Form Y-II) ซึ่งสร้างและพัฒนา โดย Spielberger et al. (1983) แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝงนี้ เป็นการประเมินความวิตกกังวลของตนเองโดยทั่วไป (A-Trait) ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ในการจับคู่ เพื่อกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกัน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีทั้งข้อความทางด้านบวก และด้านลบ การให้คะแนน ข้อคำถามด้านลบ จะกลับให้คะแนนในทางตรงข้าม แล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน โดยแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง จะมีข้อคำถามด้านบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16 และ 19 คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีเล็กน้อย มีบ้างค่อนข้างมาก และมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางด้านบวก จะให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ความรู้สึกทางบวก
4 คะแนน	มากที่สุด
3 คะแนน	ค่อนข้างมาก
2 คะแนน	มีเล็กน้อย
1 คะแนน	ไม่มีเลย

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางด้านลบ จะให้คะแนนในทางตรงข้าม ดังนี้

คะแนน	ความรู้สึกทางลบ
1 คะแนน	มากที่สุด
2 คะแนน	ค่อนข้างมาก
3 คะแนน	มีเล็กน้อย
4 คะแนน	ไม่มีเลย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมทั้งฉบับ มีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนรวมที่มากแสดงถึงมีความวิตกกังวลมาก คะแนนรมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อย โดยการคิดคะแนนและการแปลความหมาย ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
20-39	มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ
40-59	มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง
60-80	มีความวิตกกังวลในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง ที่ได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ให้อาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย จักษุแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านโรคตา 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคตา 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคตา 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านห้องผ่าตัดตา 2 คน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index): CVI (Polit and Hungler, 1999) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Davis, 1992) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับคำนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก จึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และ 4 ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม (Polit and Beck, 2004)

2. นำเครื่องมือทั้ง 2 ชุด มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้ แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝงของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก มีค่า CVI เท่ากับ .80 และใน

ส่วนของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องการเพิ่มการเก็บข้อมูล และความชัดเจนของข้อมูล ส่วนแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง เป็นเรื่องของความชัดเจน ความซ้ำซ้อน และความเหมาะสมของภาษา แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อคำถามที่ปรับปรุงในแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 1 ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเป็นคนน่าคบ	- ข้าพเจ้ารู้สึกที่ตนเองเข้ากับผู้อื่นได้ง่าย
ข้อที่ 4 ข้าพเจ้าอยากมีความสุขเท่าคนอื่น	- ข้าพเจ้าอยากมีความสุขเหมือนๆ กับคนอื่น
ข้อที่ 5 ข้าพเจ้ามักพลาดโอกาสเพราะตัดสินใจช้าไป	- ข้าพเจ้ามักพลาดโอกาสตีบอ่ยๆ เพราะตัดสินใจช้า

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง ของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่แผนกจักษุกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

ชุดที่ 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ คู่มือการดำเนินระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ คือ

2.1 คู่มือการดำเนินระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ สำหรับพยาบาล ประกอบด้วย

1) คู่มือสำหรับพยาบาลในการดำเนินระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้ คือ ทบทวนวรรณกรรมศึกษาเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสาร ตำรา ที่เกี่ยวกับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยกำหนดหลักการและเหตุผล ปรัชญา วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ วิธีดำเนินการแต่ละ

ขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการ และการประเมินผลกิจกรรม สรุปเนื้อหาสาระที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดโครงสร้างของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยประยุกต์จากแนวคิดระบบการพยาบาลของ Orem (1995)

2) แผนการสอน เรื่องโรคต่อกระเจกและการรักษาร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสำหรับพยาบาลสอนผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วย

ก. แผนการสอน ความรู้เรื่องโรคต่อกระเจกและการรักษาด้วยการผ่าตัด ร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแผนการสอนครอบคลุมเนื้อหา โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ความรู้เรื่องโรคต่อกระเจก 2) การรักษาด้วยการผ่าตัด 3) สิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุจะได้พบในห้องผ่าตัด 4) การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด 5) สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ 6) แนวทางเกี่ยวกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระเจกของผู้สูงอายุ (Benson, 2001; Mokashi et al., 2004; พิไลพร ชิมเจริญ และ เพ็ญพร โภควิชัย, 2542) ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ ขณะผ่าตัด การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด

ข. ภาพพลิกประกอบการสอน เพื่อใช้ประกอบการสอน เรื่องโรคต่อกระเจกและการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดต่อกระเจกในผู้ป่วยนอก

3) แนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมคล้ายห้องผ่าตัด เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมในห้องที่จัดกิจกรรมการสอน ณ แผนกกิจกรรมผู้ป่วยนอกให้คล้ายห้องผ่าตัด และมีการจัดอุปกรณ์ของจริงเกี่ยวข้องกับการผ่าตัดให้ผู้ป่วยสูงอายุได้เห็นและสัมผัส เช่น เตียงนอน ชุดผ้าคลุมผ่าตัด เป็นต้น ให้ผู้ป่วยได้มีการสัมผัส ซึ่งเป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจจากประสบการณ์ที่ผ่านมา เป็นตัวชี้นำความสนใจของบุคคล การได้รับทราบข้อมูลเตรียมความพร้อมโดยเฉพาะลักษณะที่เป็นรูปธรรมเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ จะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจ (Cognitive control) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นได้ทำให้สามารถควบคุมตนเอง และควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

4) แนวทางการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมคล้ายห้องผ่าตัด การฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้วิจัยในการจัดทำระบบการพยาบาล

5) แนวทางในการสนับสนุน ปรึกษา ชี้แนะ แก่ผู้ป่วยสูงอายุทางโทรศัพท์ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวทาง ในการสนับสนุน ปรึกษา ชี้แนะ แก่ผู้ป่วยสูงอายุ

ทางโทรศัพท์ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลต่างๆ 2 ทาง ดังนี้ คือ 1) จากการติดต่อของผู้ป่วยสูงอายุถึงผู้วิจัย 2) จากการติดต่อของผู้วิจัยถึงผู้ป่วยสูงอายุ

6) แบบสรูปความก้าวหน้าการเข้าร่วมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ของผู้สูงอายุ ก่อนผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก เป็นเครื่องมือสำหรับผู้วิจัยในการสรูปความก้าวหน้าของการได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ครอบคลุมในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

- ก. การพบพยาบาล / การสอน/สนับสนุน/แนะนำ
- ข. การฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด
- ค. การได้รับคู่มือ
- ง. การทบทวนจากคู่มือ
- จ. การติดตามทางโทรศัพท์

เกณฑ์การให้คะแนน แบบประเมินในข้อคำถามมีคะแนน ตั้งแต่ 1-4 คะแนน ดังนี้

การพบพยาบาล/การสอน/สนับสนุน/แนะนำ	ครั้งที่ 1	ให้ 1 คะแนน
	ครั้งที่ 2	ให้ 2 คะแนน
การฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด	ดีมาก	ให้ 4 คะแนน
	ดี	ให้ 3 คะแนน
	พอใช้	ให้ 2 คะแนน
	ต้องแก้ไข	ให้ 1 คะแนน

การฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดมีเกณฑ์ดังนี้

ดีมาก	หมายถึง	ปฏิบัติกรหายใจ การนอนนิ่งๆ การคลุมหน้า และปฏิบัติทบทวนซ้ำได้อย่างถูกต้อง
ดี	หมายถึง	ปฏิบัติกรหายใจ การนอนนิ่งๆ การคลุมหน้า และปฏิบัติทบทวนซ้ำได้อย่างถูกต้อง (ขาดความถูกต้องไป 1 ข้อ)
พอใช้	หมายถึง	ปฏิบัติกรหายใจ การนอนนิ่งๆ การคลุมหน้า และปฏิบัติทบทวนซ้ำได้อย่างถูกต้อง (ขาดความถูกต้องไป 2 ข้อ)
แก้ไข	หมายถึง	ปฏิบัติกรหายใจ การนอนนิ่งๆ การคลุมหน้า และปฏิบัติทบทวนซ้ำได้อย่างถูกต้อง (ขาดความถูกต้องไป 3 ข้อ)

การได้รับคู่มือ	ได้รับ 1 คะแนน ไม่ได้รับ 0 คะแนน
การทบทวนคู่มือ	ถ้าอ่าน 1-4 ครั้ง ได้ 1 คะแนน ไม่อ่านเลย ได้ 0 คะแนน
การติดตามทางโทรศัพท์	พยาบาลติดตาม ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยผู้วิจัยได้มีการกำหนดความก้าวหน้าการเข้าร่วมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน โดยผลจากการประเมิน ผู้ป่วยสูงอายุจะต้องได้คะแนนสรุปการประเมินความก้าวหน้าร้อยละ 80 ขึ้นไป คือจะต้องได้คะแนนรวม 7-9 คะแนน จึงจะผ่านเกณฑ์ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกมีความก้าวหน้าการเข้าร่วมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้อยู่ในเกณฑ์ดีมาก

ผลการประเมิน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ทุกคนเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การประเมินความก้าวหน้าการเข้าร่วมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ นั่นคือมีคะแนนความก้าวหน้าการเข้าร่วมระบบการพยาบาลดังกล่าว มากกว่าร้อยละ 80

2.2 คู่มือโรคต่อกระดูกและการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการปฏิบัติขณะผ่าตัด สำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคต่อกระดูกและการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ คือ 1) ความรู้เรื่องโรคต่อกระดูก 2) การรักษาด้วยการผ่าตัด 3) สิ่ง que ผู้ป่วยสูงอายุจะได้พบในห้องผ่าตัด 4) การปฏิบัติตัว ก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด 5) สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ 6) แนวทางเกี่ยวกับฝึกการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุขณะผ่าตัดต่อกระดูก ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่ง ๆ ขณะผ่าตัด การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่คือ

1) คู่มือการดำเนินระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับพยาบาล ประกอบด้วย แผนการสอน เรื่องโรคต่อกระดูกและการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสำหรับผู้สูงอายุ ภาพพลิกประกอบการสอน เรื่องโรคต่อกระดูกและ

การรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสำหรับผู้สูงอายุ แนวทางการจัดห้องผ่าตัดจำลอง แนวทางการฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ได้แก่ การฝึกการบริหารการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด แนวทางในการสนับสนุน ปรีกษา ชี้นะ แก่ผู้ป่วยสูงอายุทางโทรศัพท์ แบบสรุปการประเมินความก้าวหน้าการเข้าร่วมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ของผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก

2) คู่มือโรคต่อกระจกและการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสำหรับผู้สูงอายุ ที่สร้างขึ้นและนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จักษุแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านโรคตา 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคตา 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคตา 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านห้องผ่าตัดโรคตา 2 คน

โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คนจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน โดยมีข้อแก้ไขในดังนี้

1. ปรับเนื้อหาแนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนคล้ายห้องผ่าตัดใหม่ ให้เข้าใจง่ายในเรื่องความหมายของการจัดห้องเรียนคล้ายห้องผ่าตัด ประโยชน์ของการจัด และวิธีการจัด
2. ปรับการจัดลำดับหัวข้อในแผนการสอนเรื่องความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก โดยการนำหัวข้อสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุจะได้พบหลังผ่าตัดมาไว้ส่วนต้น เพื่อทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างว่า เมื่อสิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รู้สภาพหลังผ่าตัดแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจถึงการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดได้อย่างชัดเจนมากขึ้น
3. เพิ่มการประเมินความรู้ และความต้องการ หรือข้อสงสัย ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนทำการสอนและให้ความรู้ทุกครั้ง
4. ตัดภาพบางภาพ ในคู่มือออก เพื่อความเหมาะสมมากขึ้น เช่น รูปคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด

5. ปรับข้อความในแบบสรุปความก้าวหน้าการเข้าร่วมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก ให้มีข้อความที่สั้น กระชับอ่านแล้วเข้าใจได้ง่ายขึ้น

จากนั้นผู้วิจัยนำคู่มือการดำเนินระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ ก่อนผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยสูงอายุ ก่อนผ่าตัดที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 5 ราย แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกที่ใช้ในการวิจัย โดยทดลองดำเนิน กิจกรรมเป็นรายบุคคล เพื่อประเมินแผนการสอนอุปกรณ์ต่างๆ และทดสอบความเป็นปรนัย (objectivity) และตรวจสอบความชัดเจนของภาษา รวมถึงความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

จากการสรุปความก้าวหน้าการเข้าร่วมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก พบว่าคะแนนผลการสรุปความก้าวหน้าการเข้าร่วมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ผู้วิจัยจัดไว้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความก้าวหน้ามากกว่าร้อยละ 80 ทุกคน หมายความว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลองเป็นผู้ผ่านเกณฑ์ในการเข้าร่วมการทดลองตามที่กำหนด

ชุดที่ 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

3.1 แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองในการฝึกการนอนนิ่งๆ ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดที่บ้าน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองโดยทั่วไป และเมื่อมีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนของ Orem (1995) และการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 9 ข้อ ที่เกี่ยวกับการฝึกการนอนนิ่งๆ อย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยกำหนดความหมายของการปฏิบัติไว้ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 วัน
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	หมายถึง	ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-6 วัน
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติทุกวัน

เกณฑ์การให้คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

การปฏิบัติ	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1 คะแนน
ปฏิบัติมานานๆ ครั้ง	2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	3 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน

การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ คือ ผู้ป่วยสูงอายุต้องสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองในการฝึกการนอนนิ่งๆ อย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

เกณฑ์การแบ่งคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการฝึกการนอนนิ่งๆ ซึ่งมีจำนวน 9 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 9-36 คะแนน โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ เสรี ลาชโรจน์ (2537) ซึ่งมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับการฝึกปฏิบัติ
9-21 คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ
22-28 คะแนน	ร้อยละ 60 - 80	ปานกลาง
29-36 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 80	ระดับสูง

เกณฑ์การประเมินผลการศึกษาเกี่ยวกับการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ต้องได้คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองในการฝึกการนอนนิ่งๆ มากกว่าหรือเท่ากับ 29 คะแนน จากคะแนนเต็ม 36 คะแนน คิดเป็นเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการฝึกการนอนนิ่งๆ อยู่ในระดับสูง เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

2. ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ได้คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองในการฝึกปฏิบัติการฝึกการนอนนิ่งๆ น้อยกว่าร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยจะซักถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และทบทวนเนื้อหาสั้นๆ รวมถึงชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการฝึกและการบันทึก ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเห็นแนวทางในการจัดอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้น และเกิดการรับรู้ถึงผลดีจากการฝึกการนอนนิ่งๆ ทุกวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการฝึกการนอนนิ่งๆ ขณะผ่าตัด อย่างต่อเนื่อง

ผลการประเมินการกำกับการทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก กลุ่มทดลองที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ทุกคนเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง นั่นคือมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองในการฝึกการนอนนิ่งๆ มากกว่าร้อยละ 80

3.2 แบบบันทึกการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผัดตัด ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผัดตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อใช้เป็นแบบบันทึกสำหรับให้ผู้ป่วยสูงอายุต่อกระจกก่อนผัดตัด โดยบันทึกทุกวัน วันละ 1 ครั้งในตอนเย็น ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผัดตัด

เกณฑ์การให้คะแนน

ชนิดของการฝึก	การฝึก	คะแนน
การฝึกการหายใจ	ปฏิบัติ	1 คะแนน
	ไม่ปฏิบัติ	0 คะแนน
การฝึกการนอนนิ่งๆ	ปฏิบัติ	1 คะแนน
	ไม่ปฏิบัติ	0 คะแนน
การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผัดตัด	ปฏิบัติ	1 คะแนน
	ไม่ปฏิบัติ	0 คะแนน

รวมผลคะแนนการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผัดตัด 1 ครั้ง ใน 1 วัน ได้ครบทั้ง 3 กิจกรรม จะคิดคะแนนให้ 3 คะแนน ต่อวัน ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องทำการฝึกด้วยตนเอง เป็นเวลา 14 วัน หรือ 14 ครั้ง รวมการคิดคะแนนทั้งหมดเป็น 42 คะแนน เพื่อนำมาประกอบการประเมินความวิตกกังวล โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ผู้เก็บข้อมูลคือผู้วิจัย โดยมีเกณฑ์การตัดสิน คือผู้ป่วยสูงอายุต้องมีการบันทึกการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผัดตัด ด้วยตนเองที่บ้านได้ คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับการดูแลตนเอง
14 - 25	ต่ำกว่าร้อยละ 60	การดูแลตนเองในการฝึกอยู่ในระดับต่ำ
25 - 36	ร้อยละ 60-80	การดูแลตนเองในการฝึกอยู่ในระดับปานกลาง
36 - 42	มากกว่าร้อยละ 80	การดูแลตนเองในการฝึกอยู่ในระดับสูง

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผัดตัดต้องได้คะแนนแบบบันทึกการดูแลตนเองในการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผัดตัด มากกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน จาก คะแนนเต็ม 42 คะแนน คิดเป็นเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผัดตัดอยู่ในระดับสูง เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

2. หลังจากผู้วิจัย ติดตามทางโทรศัพท์ก่อนการผ่าตัด 1 สัปดาห์ ถ้าพบว่าในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัด ได้คะแนนแบบบันทึกการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี ผู้วิจัยจะทำการซักถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยจะทบทวนเนื้อหาสั้นๆ รวมถึงชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการฝึกและการบันทึก ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเห็นแนวทางในการจัดอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้น และส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ถึงผลดีที่เกิดจากการฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดทุกวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดมีพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดในเรื่องของการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัดได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการประเมินการกำกับการทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับระบบสนับสนุนและให้ความรู้ทุกคน เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง นั่นคือมีคะแนนแบบบันทึกการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด มากกว่าร้อยละ 80 แต่มีผู้ป่วยสูงอายุ 2 ราย ฝึกไม่ได้ตามเกณฑ์ในระยะแรก ผู้วิจัยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการฝึกการคลุมหน้าผ่าตัด ในการลดความวิตกกังวลและเพื่อป้องกันมิให้ความดันโลหิตสูงในระยะก่อนผ่าตัดได้ สามารถทำผ่าตัดได้โดยไม่ต้องงดหรือเลื่อนการผ่าตัดออกไป และขอให้ผู้ป่วยสูงอายุทำการฝึกปฏิบัติโดย เริ่มใช้เวลาในการฝึกแรกๆ ใช้เวลาสั้นๆ วันละ 2 ครั้ง และค่อยๆ เพิ่มจนสามารถปฏิบัติได้วันละ 20 นาที จนในที่สุดผู้ป่วยสูงอายุทั้ง 2 ราย สามารถฝึกผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบบันทึกพฤติกรรม การดูแลตนเองในการฝึกการนอนนิ่งๆ ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดที่บ้าน 2) แบบบันทึกการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดที่บ้าน ให้อาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย จักษุแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคตา 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคตา 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคตา 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านห้องผ่าตัดโรคตา 2 คน

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำ 1) แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองในการฝึกการนอนนิ่งๆ ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดที่บ้าน 2) แบบบันทึกการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดที่บ้าน ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index): CVI (Polit and Hungler, 1999) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Davis, 1992) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก จึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม และ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม (Polit and Beck, 2004)

2. นำแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองในการฝึกการนอนนิ่งๆ ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดที่บ้าน และ แบบบันทึกการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดที่บ้าน มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลของการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองในการฝึกปฏิบัติการฝึกการนอนนิ่งๆ ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดที่บ้าน มีค่า CVI เท่ากับ 1

2. แบบบันทึกการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดที่บ้าน มีค่า CVI เท่ากับ 1

ปรับปรุงข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่อง ของการรวมตารางการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด ให้มีการรวมตารางทั้งหมดในแต่ละวันเป็นช่องเดียวกัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุได้บันทึกง่ายและสะดวกขึ้น

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบบันทึกการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัด หลังจากการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 5 ราย แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระຈกที่ใช้ในการวิจัย โดยทดลองดำเนินกิจกรรมเป็น

รายบุคคล เพื่อประเมินการใช้แบบบันทึกการฝึกการหายใจแบบลึก การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผัดตัด ทดสอบความเป็นปรนัย (objectivity) และตรวจสอบความชัดเจนของภาษารวมถึงความเข้าใจของผู้ป่วย

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองในการฝึกปฏิบัติการฝึกการนอนนิ่งๆ ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผัดตัดที่บ้าน ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุก่อนผัดตัดที่มารับบริการก่อนผัดตัด ที่แผนกจักษุกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเที่ยง .94

ชุดที่ 4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

4.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยสูงอายุที่ผัดตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวล (The State Anxiety Inventory Form Y-1, STAI Form Y-1) ของ Spielberger และ คณะ (1983) ซึ่งเป็นแบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองตามสถานการณ์หรือสถานการณ์เฉพาะ (A-State) แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญนี้ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งข้อความทางด้านบวกและด้านลบ การให้คะแนนคำถามด้านลบจะกลับให้คะแนนในทางตรงข้าม แล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน โดยแบบประเมินความวิตกกังวลตามสถานการณ์ จะมีข้อคำถามด้านลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ส่วนคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีเล็กน้อย ค่อนข้างมาก และมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางด้านบวก ดังนี้

ความรู้สึกทางบวก	คะแนน
มากที่สุด	4 คะแนน
ค่อนข้างมาก	3 คะแนน
มีบ้าง	2 คะแนน
ไม่มีเลย	1 คะแนน

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางด้านลบ จะให้คะแนนในทางตรงข้าม ดังนี้

ความรู้สึกทางลบ	คะแนน
มากที่สุด	1 คะแนน
ค่อนข้างมาก	2 คะแนน
มีบ้าง	3 คะแนน
ไม่มีเลย	4 คะแนน

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ คะแนนรวมทั้งฉบับ มีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน โดยผู้มีคะแนนรวมสูง แสดงว่ามีความวิตกกังวลมาก ผู้มีคะแนนรวมต่ำ แสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อย โดยการคิดคะแนนและการแปลความหมาย ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับความวิตกกังวล
20-39 คะแนน	มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ
40-59 คะแนน	มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง
60-80 คะแนน	มีความวิตกกังวลในระดับสูง

ได้มีการนำไปใช้ในการวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พบก่อนบริเวณเต้านม ผู้ป่วยที่ให้เคมีบำบัด ผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกที่นอนโรงพยาบาล เป็นต้น

4.2 แบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด เป็นการวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของ Mokashi et al. (2004), Rothrock (1996) และ พิไลพร ชุ่มเจริญ และ เพ็ญพร โภควิชัย. (2542) ประกอบด้วยพฤติกรรม การนอนเหยียดขา การไม่ขยับตัว ไม่พูดคุย ไม่ไอจาม ไม่ส่ายบิดหน้า ไม่เงย ไม่ยกแขน การไม่กรอกตา การไม่บีบตา เกณฑ์การให้คะแนนมี 4 ระดับ แล้วนำคะแนนรวมในทุกด้านมาคำนวณค่าร้อยละของคะแนนเต็ม 36 คะแนน

การนำไปใช้และเกณฑ์ในการตัดสินคะแนน

พฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด โดยรวมจะนำคะแนนรวมทุกด้านมาหาค่าเฉลี่ย แล้วคำนวณค่าร้อยละของคะแนนเต็มทั้งหมด 36 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดเป็นรายด้านและโดยรวมใช้เกณฑ์เดียวกันโดยกำหนดค่าร้อยละของคะแนนออกเป็น 4 ช่วง ดังนี้

คะแนน(%)	ระดับความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด
80 ขึ้นไป	ระดับดี
60-79.9	ระดับค่อนข้างดี
40-59	ระดับปานกลาง
น้อยกว่า 40	ระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก 2) แบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ที่ดัดแปลง และสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย จักษุแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคตา 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคตา 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคตา 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านห้องผ่าตัดโรคตา 2 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้

ก. ผู้วิจัยนำ 1) แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก และ 2) แบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และขอเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index: CVI (Polit and Hungler, 1999) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Davis, 1992) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับค่านิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนปรับปรุงอย่างมาก จึงจะสอดคล้องกับค่านิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม และ 4 ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยาม (Polit and Beck, 2004)

ข. นำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก และแบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1) แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ได้ค่า CVI เท่ากับ .80

2) แบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 นอกจากนี้ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องความชัดเจน ข้ำซ้อน และความเหมาะสมของภาษา แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อคำถามที่ปรับปรุงในแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงหลังจากได้รับ คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 6 เมื่อต้องผ่าตัดท่านรู้สึกหงุดหงิด	- ขณะนี้ท่านรู้สึกหงุดหงิด
ข้อที่ 8 ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อน	- ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อนได้เพียงพอ
ข้อที่ 9 ท่านรู้สึกวิตกกังวลเมื่อท่านต้อง ผ่าตัดต่อกระดูก	- ท่านรู้สึกวิตกกังวลเมื่อต้องผ่าตัดต่อกระดูก
ข้อที่ 10 ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความสุขสบาย	- ท่านรู้สึกว่าความสุขสบาย ครั้งนี้ท่านได้รับ ความสุขสบายดี

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

2.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูก ในผู้ป่วยนอก ที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการผ่าตัด ที่แผนกจักษุกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .80

2.2 ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการก่อนผ่าตัด ที่แผนกจักษุกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน โดยมีการสังเกตการนอนเหยียดขา การไม่ขยับตัว ไม่พูดคุย ไม่ไอจาม ไม่ส่ายบิดหน้า ไม่ง่วง ไม่ยกแขน การไม่กรอกตา การไม่บีบตา กิจกรรมเหล่านี้จะทำการสังเกตและบันทึกโดยใช้ผู้สังเกต 2 คน คือ ผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดที่ผ่านการฝึกการใช้แบบบันทึกดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และบันทึกการวัดพฤติกรรมดังกล่าวในผู้ป่วยสูงอายุคนเดียวกัน แล้วนำผลที่ได้มาหาความเชื่อมั่นของผู้สังเกตจากทั้ง 2 คน (Inter-rater reliability) (Polit and Hungler, 1999) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง
2. ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง
3. ระยะที่ 3 ระยะหลังการทดลอง

โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

2. ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุกรรมแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าผู้ป่วยตีกุมภฏชั้น 3 (ตีกผู้ป่วยตา) หัวหน้าหอผ่าตัดตีกัมภฏชั้น 3 เพื่อแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 4 คน ประกอบด้วย

3.1 พยาบาลห้องผ่าตัด 2 คน ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกและการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยในเรื่องของการวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด

3.2 ผู้ช่วยพยาบาลประจำตีกุมภฏชั้น 3 (ตีกผู้ป่วยตา) ที่มีความรู้ เกี่ยวกับความวิตกกังวล โดยผู้วิจัยได้เตรียมในเรื่องของการทำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ

4. การคัดเลือกตัวอย่างประชากร กระทำดังนี้คือ ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาโดยการนัดวันทำผ่าตัดในสมุคนัดผ่าตัดที่แผนกจักษุกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

5. การคัดเลือกตัวอย่างประชากรกระทำดังนี้คือเมื่อมีผู้ป่วยสูงอายุที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้มารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

5.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่งานกิจกรรมแผนกผู้ป่วยนอกให้สอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และขออนุญาตผู้ป่วยสูงอายุให้ผู้วิจัยโทรศัพท์เพื่อแนะนำตัวกับผู้สูงอายุ

5.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้โทรศัพท์แนะนำตัวกับผู้สูงอายุ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

5.3 ผู้วิจัยได้ให้เวลาผู้ป่วยสูงอายุในการพิจารณาตัดสินใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยต่างๆ จากผู้วิจัย รวมถึงให้ผู้ป่วยได้มีเวลาไตร่ตรองและตัดสินใจโดยอิสระที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

5.4 เมื่อผู้ป่วยสูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการประเมินเพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง โดยการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการประเมิน โดยใช้สถานที่ ณ แผนกกิจกรรมผู้ป่วยนอก ตึก ภปร ชั้นที่ 11 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ระยะที่ 2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่แผนกกิจกรรมผู้ป่วยนอก ตึก ภปร ชั้น 11 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2551-14 พฤษภาคม 2551 โดยผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนดำเนินการทดลองโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย การสอนตามแผนการสอน และให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นรายบุคคล ประกอบการสาธิต และให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกปฏิบัติประเมินผู้สูงอายุเป็นระยะๆ เปิดโอกาสให้ซักถาม แจกคู่มือ และแนะนำให้ผู้สูงอายุไปฝึกอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรม ตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยตนเองทุกขั้นตอน รายละเอียดของกิจกรรมมีดังนี้

1. การดำเนินการกับกลุ่มทดลอง กระทำดังนี้

1.1 หลังจากได้รับความร่วมมือ และความยินยอมจากผู้ป่วยสูงอายุในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยจึงทำการนัดผู้ป่วยสูงอายุ ที่ ภปร ชั้น 11 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หลังจากผู้ป่วยสูงอายุได้รับการตรวจตามปกติเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยทำการสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ ประเมิน MMSE-Thai 2002 และให้ผู้ป่วยสูงอายุทำแบบสอบถามความวิตกกังวลและความวิตกกังวลขณะเผชิญ จนครบ 20 คน

2) หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนการวิจัยที่ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้มาพบกับผู้ป่วยสูงอายุอีกครั้งในเช้าของวันที่ผู้ป่วยสูงอายุมารับการผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามจน

เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นรายบุคคล รายละเอียดของกิจกรรมมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การดำเนินระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ดังนี้

1. การสอน การสอน และให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระจกและการผ่าตัด การรักษาด้วยการผ่าตัด สิ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุจะได้พบในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัว ก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ แนวทางเกี่ยวกับฝึกการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยสูงอายุขณะผ่าตัดต่อกระจก ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ ขณะผ่าตัด การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด ประกอบภาพพลิก โดยมีเนื้อหาที่กระชับ เฉพาะเจาะจง เข้าใจง่าย ไม่มากจนเกินไป และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุได้ถามและประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุเป็นระยะ จัดให้บุคคลในครอบครัว หรือญาติใกล้ชิดเข้าร่วมฟังกิจกรรมด้วย สอนรายบุคคล ประกอบการสาธิต และให้ผู้สูงอายุร่วมการฝึกปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ซักถาม และแจกคู่มือโรคต่อกระจกและการรักษาด้วยการผ่าตัดรวมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และแนะนำให้ฝึกอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการให้เบอร์โทรศัพท์แก่ผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อผู้ป่วยสามารถติดต่อประสานงานกับผู้วิจัยเมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาหรือข้อสงสัย

2. การชี้แนะ ประเมินความเข้าใจวิธีการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด ภายใต้การชี้แนะ และการให้คำปรึกษาของพยาบาล โดยการประเมินถึงความเข้าใจและความสามารถในการฝึกปฏิบัติในกิจกรรมที่ผู้ป่วยสูงอายุปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยทำการชี้แนะ และแก้ไขจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

3. การสนับสนุน โดยการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย นั้นพยาบาลต้องเลือกให้เหมาะสมตามสถานการณ์ เป็นคำพูด กิริยาท่าทางของพยาบาล ชมเชย ให้กำลังใจ ที่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยการจัดสภาพเสมือนจริง ขณะดำเนินการผ่าตัดต่อกระจก มีการจัดเตียงคล้ายเตียงผ่าตัดจริง จัดผ้าคลุมผ่าตัดที่ใช้สำหรับคลุมหน้าเวลาผ่าตัดได้ และให้ผู้สูงอายุได้ทดลองฝึกนอนนิ่งๆ และทดลองการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัดที่เตรียมไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์คล้ายสภาพการผ่าตัดจริง

ขั้นตอนที่ 2 การให้ผู้สูงอายุฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ภายใต้การดูแลสนับสนุน และการให้คำปรึกษาของผู้วิจัย ได้แก่ ก) การฝึกการนอนนิ่งๆ ข้างวางราบกับเตียง มือทั้งสองข้างประสานกันวางไว้ที่หน้าท้อง ข) การฝึกการหายใจ ค) การฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด โดยใช้ผ้าคลุมผ่าตัดจริง เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์คล้ายสภาพการผ่าตัดจริง โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุฝึกทุกวันๆ ละ 20 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์

1.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามจนเข้าใจ และนัดหมายกับผู้ป่วยสูงอายุอีกครั้งในเช้าวันผ่าตัด ที่ห้องเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ตึกจุมภฏชั้น 3 (ตึกผู้ป่วยตา) และ ระหว่างรอผ่าตัดที่บ้าน ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ไปพบผู้สูงอายุ ก่อนผ่าตัด 1 สัปดาห์

1.3 ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงผู้ป่วยสูงอายุ ก่อนผ่าตัด 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยพูดคุยซักถามอาการทั่วไปของผู้สูงอายุ ทบทวนความรู้ และทบทวนสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการฝึกการหายใจ การนอนนิ่งๆ และการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด รวมถึงการบันทึกการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการฝึกการนอนนิ่งๆ ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดที่บ้าน พร้อมทั้งให้คำชี้แนะเพิ่มเติม สนับสนุนให้กำลังใจ ให้มีการฝึกอย่างต่อเนื่อง

1.4 ในเช้าวันที่ผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับการผ่าตัด ผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ห้องเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ตึกจุมภฏชั้น 3 (ตึกผู้ป่วยตา)

1.5 ในเช้าวันที่ผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับการผ่าตัด

1) ผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุ ที่ห้องเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตึกจุมภฏชั้น 3 (ตึกผู้ป่วยตา) และพูดคุยซักถามอาการทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ และประเมินสภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุสามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้หรือไม่ โดยซักถามและประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหา เช่น ระดับความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติมาก หรือการไม่ได้หยุดยาละลายลิ้มเลือดตามที่แพทย์ระบุ จนต้องงดการผ่าตัดไป ผู้วิจัยจะคัดผู้ป่วยออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ในขั้นตอนนี้มีผู้ป่วยสูงอายุถูกคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุถูกเลื่อนการผ่าตัดออกไปเนื่องจากแพทย์เป็นผู้ขอเลื่อนการผ่าตัดออกไปก่อน

2) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้ ผู้ช่วยผู้วิจัยนำผู้ป่วยสูงอายุมายังอีกห้องที่ไม่มีผู้ป่วยคนอื่น ๆ โดยผู้วิจัยไม่ได้อยู่ในห้องนั้นด้วย ให้ผู้ป่วยสูงอายุทำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ จำนวน 20 ข้อ เมื่อเรียบร้อยแล้ว จึงนำผู้ป่วยสูงอายุกลับมานั่งร่วมกับผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระเจกในผู้ป่วยนอกคนอื่น ๆ ในห้องเดิม เพื่อเตรียมตัวเข้าห้องผ่าตัด

1.6 เมื่อผู้ป่วยเข้าไปในห้องรอผ่าตัดภายในห้องผ่าตัด ผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุ และพูดคุยซักถามอาการทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุก่อนเข้ารับการผ่าตัด และประเมินสภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุก่อนผ่าตัดว่ายังสามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้หรือไม่ โดยการซักถามและประเมินว่าหากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาและมีภาวะแทรกซ้อนจากการมีเลือดออกภายหลังจากการฉีดยาชา มีลักษณะการแพ้ยาชา การมีอาการกลัวมากผิดปกติ การไม่ร่วมมือในการคลุมหน้าด้วยผ้า

ผ่าตัด ที่อาจทำให้ไม่สามารถทำผ่าตัดได้ และต้องงดการผ่าตัดไป ซึ่งจากการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้อาจไม่มีการคัดผู้ป่วยสูงอายุออกจากการศึกษา

1.7 เมื่อผู้ป่วยสูงอายุนอนบนเตียงผ่าตัดภายในห้องผ่าตัด หลังจากแพทย์ผู้ทำผ่าตัดเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ของกลุ่มตัวอย่างในด้าน การนอนเหยียดขา ตลอดเวลา ไม่ขยับตัว ไม่พูดคุย ไม่ไอและจาม ไม่ส่ายบิดหน้า ไม่เงยหน้า ไม่ยกแขน ไม่กรอกตา ไม่บีบตา โดยการสังเกต

1.8 หลังการผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยนำผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดนั่งรถเข็นมารอที่ห้องพักฟื้นเพื่อส่งผู้ป่วยสูงอายุกลับไป ที่ห้องเตรียมผู้ป่วยตึกจุมภฏชั้น 3 (ตึกผู้ป่วยตา) เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

2. การดำเนินการกับกลุ่มควบคุม กระทำดังนี้

2.1 หลังจากได้รับความร่วมมือ และความยินยอมจากผู้ป่วยสูงอายุในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยจึงทำการนัดผู้ป่วยสูงอายุ ที่ ภปร ชั้น 11 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หลังจากผู้ป่วยสูงอายุได้รับการตรวจตามปกติเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยทำการสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ ประเมิน MMSE-Thai 2002 และให้ผู้ป่วยสูงอายุทำแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2) เมื่อพบผู้ป่วยสูงอายุมีคุณสมบัติตรงกับการจับคู่ (matched pairs) ของกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจึงได้นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม เลือกผู้ป่วยจนครบ 20 คู่

3) หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนการวิจัยที่ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้มาพบกับผู้ป่วยสูงอายุอีกครั้งในเช้าของวันที่ผู้ป่วยสูงอายุมารับการผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามจนเข้าใจ และนัดหมายกับผู้ป่วยสูงอายุอีกครั้งในเช้าวันผ่าตัด ที่ห้องเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ตึกจุมภฏชั้น 3 (ตึกผู้ป่วยตา)

2.2 ในเช้าวันที่ผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับการผ่าตัดมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองตั้งแต่ข้อ 1.4-1.8

ระยะที่ 3. ระยะหลังการทดลอง

1. ผู้ช่วยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูงอายุทำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญที่ห้องเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตึกจุมภฏชั้น 3 (ตึกผู้ป่วยตา) ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. วัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดในห้องผ่าตัด ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยด้วยวิธีการสังเกต

3. ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง เมื่อผู้ปวยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ปวยสูงอายุ ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อย่างเรียบร้อย พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

4. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

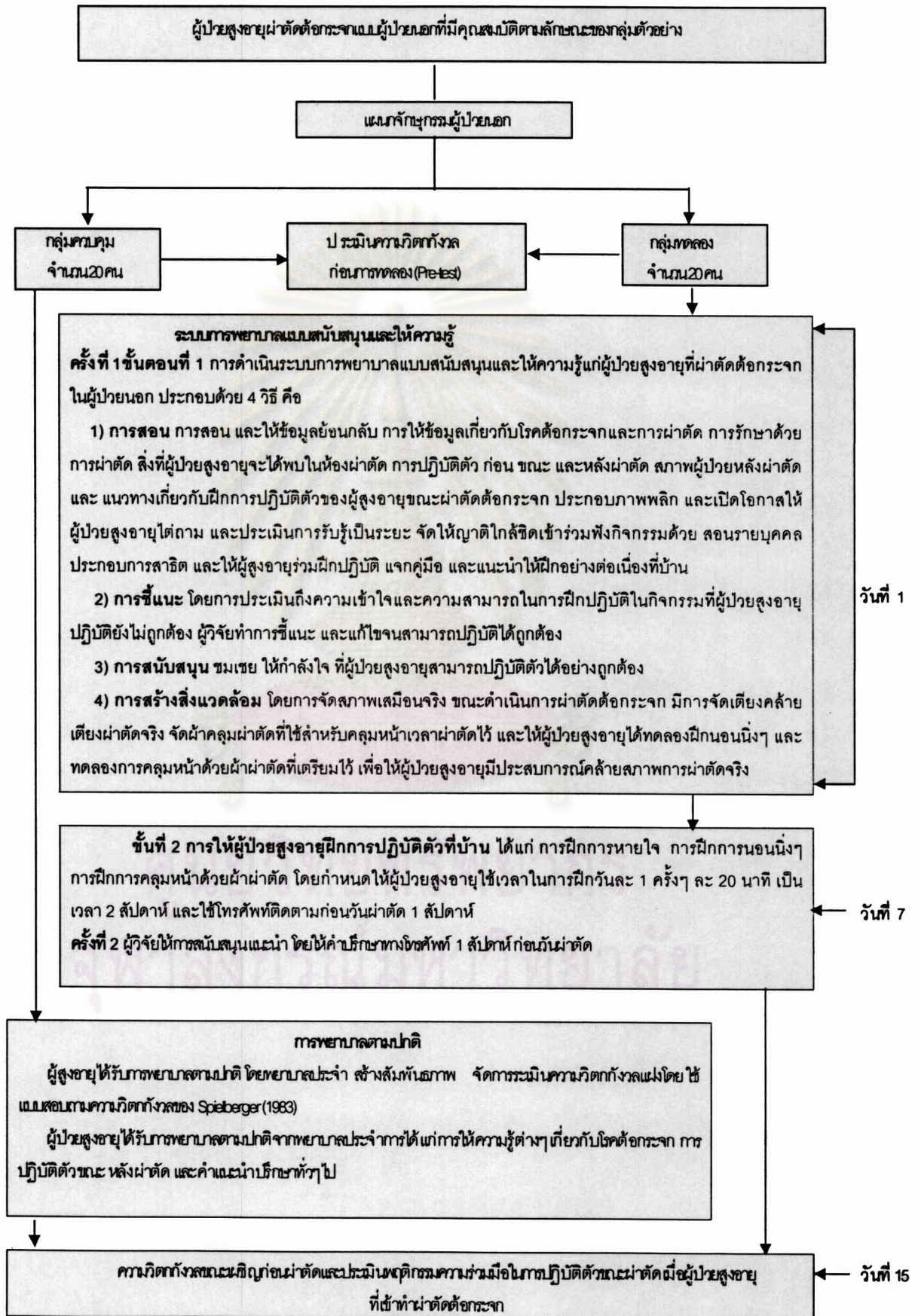
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW และแยกแยะวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ปวยสูงอายุในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ t (Independent t-test Statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ของผู้ปวยสูงอายุในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ t (Independent t-test Statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูกที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษา ณ แผนกจักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ กับกลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยกำหนดให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของ เพศ อายุ และความวิตกกังวลแฝง โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1: เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 2: เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

ส่วนที่ 3: เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มทดลองที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูก
ในผู้ป่วยนอกก่อนและหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่ม
ควบคุม และกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อ
กระดูกในผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุม (pair t test)

ความวิตกกังวล	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	39.85	5.976			
			19	.098	.923
หลังการทดลอง	39.95	5.969			

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อ
กระดูกในผู้ป่วยนอกในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองได้ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเท่ากับ
39.95 และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39.85 เมื่อเปรียบเทียบพบว่าค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล
ก่อนผ่าตัด หลังการทดลองในกลุ่มควบคุม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกก่อนและหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในกลุ่มทดลอง (pair t test)

ความวิตกกังวล	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	43.00	6.585	19	5.422	.000
หลังการทดลอง	36.15	4.804			

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกในกลุ่มทดลองหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเท่ากับ 36.15 และก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.00 เมื่อเปรียบเทียบพบว่าค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูก
ในผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการ
ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อ
กระดูกในผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง (n = 40)

ความวิตกกังวล	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	39.85	5.976	38	1.584	.121
กลุ่มทดลอง	43.00	6.585			

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อ
กระดูกในผู้ป่วยนอกในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39.85 และกลุ่มทดลองก่อน
ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.00 และเมื่อเปรียบเทียบ
พบว่าค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากการทดลอง (n = 40)

ความวิตกกังวล	\bar{X}	SD	df	t	p-value
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	39.95	5.969	38	2.218	.033
กลุ่มทดลอง	36.15	4.804			

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 39.95 และกลุ่มทดลองหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.15 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วย
สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของ
ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมความร่วมมือ ในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม	28.70	3.854	38	7.086	.000
กลุ่มทดลอง	35.05	1.099			

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกในกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.70 และกลุ่มทดลองหลังจากได้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ได้ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 35.05 และ และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มทดลองหลังจากได้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระเจกในผู้ป่วยนอก ให้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มด้วยการจับคู่ (Matched pair) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระเจกในผู้ป่วยนอก กลุ่มทดลองที่ได้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระเจกในผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจกในผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระเจกในผู้ป่วยนอก ทั้งเพศหญิง และเพศชายที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดในผู้ป่วยนอก ณ ห้องผ่าตัดจักษุศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ผ่านการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการทดลองจำนวน 40 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อกระเจก และเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อกระเจกในผู้ป่วยนอก
2. ได้รับการประเมินสภาพการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ อยู่ในระดับปกติ ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากการใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยมีเกณฑ์ในการประเมินแบบทดสอบ คือ

ผู้สูงอายุปกติเรียนประถมศึกษาได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 17 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้เท่ากับหรือมากกว่า 14 คะแนน

3. ไม่มีข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคในการฝึกการปฏิบัติตัว เช่น นอนราบไม่ได้ โรคกระดูก โรคกล้ามเนื้อ และที่คับแคบ
4. ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน สามารถพูดอ่าน และเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ซึ่งผู้วิจัยนำเอาเครื่องมือที่มีผู้สร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือไว้แล้ว ได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน และมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง และแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .80

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง นำมาทดลองใช้ และปรับปรุงจนสามารถนำไปใช้ได้ใช้จริง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ 1) แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองในการฝึกการนอนนิ่งๆ และ 2) แบบบันทึกการฝึกการหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผัดตัด ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผัดตัด เพื่อใช้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือ และการฝึกปฏิบัติตัวขณะผัดตัดจากกิจกรรมที่จัดขึ้น เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .94 ส่วนค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผัดตัด เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง



ต้นฉบับไม่มีหน้า
NO PAGE IN ORIGINAL

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สูงอายุสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องร่วมกับให้การสนับสนุนตามสถานการณ์ ชมเชยให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถริเริ่มพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในขณะรอผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความอบอุ่น มั่นใจในการเลือกที่จะดูแลตนเองในเรื่องการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดทุกวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การอ่านบททวนคู่มือที่แจกให้ การสร้างสิ่งแวดล้อมนอกจากการจัดสภาพเสมือนจริงขณะผ่าตัดต่อกระจก และให้ผู้ป่วยสูงอายุลองฝึกการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด ยังมีการสนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือการฝึก และการให้ผ้าคลุมผ่าตัดจริงกลับไปฝึกที่บ้าน ทำให้การเรียนรู้เพิ่มขึ้น ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดที่ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Matin et al. (1991) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของระบบการพยาบาลที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้กระบอกและเข็มฉีดยาร่วมกันลดลงจากร้อยละ 35 เหลือร้อยละ 12 และมีการลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ โดยการใช้นิ้วยางอนามัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49 เป็นร้อยละ 56 และยังสอดคล้องกับสว่างจิตต์ จันทร (2544) ได้ศึกษาศึกษาผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ภายหลังการสอนผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรค และความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนสอน และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เหมาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ มีภาวะเสื่อมถอย ความจำ การสอนผู้ป่วยในระยะเวลาที่เหมาะสม ไม่เร่งรีบหรือสอนนานเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุซึมได้ การให้ผู้ป่วยมีโอกาสสัมผัสของจริง การฝึกปฏิบัติบ่อยๆ และการให้ญาติมีส่วนร่วม เมื่อผู้ป่วยสูงอายุอายุเผชิญกับเหตุการณ์ผ่าตัด ทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ผ่าตัดและควบคุมตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิไลพร ชิมเจริญ และ เพ็ญพร โภควิริยะ (2542) ที่ศึกษาผลการเตรียมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะทำผ่าตัดต่อกระจก พบว่า ภายหลังจากการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในเรื่องความรู้และความเข้าใจในขั้นตอนการผ่าตัด ในกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะทำผ่าตัดต่อกระจกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับนิภา วัธนเวคิน สุจินดา ริมศรีทอง และ กฤษณี ไหลสกุล (2541) ได้ศึกษาผลการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อระยะเวลาในการนอนคว่ำหน้าได้ และภาวะไม่สุขสบายขณะนอนคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตาลอก พบว่า ในวันแรกและวันที่สองหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการนอนคว่ำหน้าได้มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ นอกจากนี้ยัง

สอดคล้องกับการศึกษาของอำไพ ชนะกอก ราตรี โอภาส และ บุญส่ง เกษมพิทักษ์พงษ์ (2541) ศึกษาผลของการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลอง ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ แสงว ปัญญาดี (2544) ที่ศึกษาผลของการใช้ชุดข้อมูลต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมร่วมมือต่อการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า พฤติกรรมความร่วมมือต่อการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดต่อกระดูกของกลุ่มควบคุมมีน้อยกว่ากลุ่มทดลอง

จากเหตุผลสนับสนุนดังกล่าวมาทั้งหมดเมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง เหมาะสมกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ว่าการจัดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยการสอน และให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก และการผ่าตัด การรักษาด้วยการผ่าตัด สิ่ง que ผู้ป่วยสูงอายุจะได้พบในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ แนวทางเกี่ยวกับฝึกการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะผ่าตัดต่อกระดูก ประกอบภาพพลิก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุซักถามและประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุเป็นระยะ สอนรายบุคคล ประกอบการสาธิต และให้ผู้สูงอายุร่วมการฝึกปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ซักถาม มีการแจกคู่มือ และแนะนำให้ฝึกอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ให้การชี้แนะภายหลังที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการสอน และการสาธิต พยาบาลจะให้การชี้แนะ และแก้ไขจนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง การสนับสนุน โดยการให้คำชม กระตุ้น ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุที่สามารถฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง การสร้างสิ่งแวดล้อม มีการจัดสิ่งแวดล้อมเสมือนจริงขณะดำเนินการผ่าตัดต่อกระดูก โดยจัดแยกเป็นสัดส่วน เงียบสงบ ไม่มีคนใช้อื่น หรือเจ้าหน้าที่อื่นรบกวน มีการจัดเตียงคล้ายเตียงผ่าตัดจริง จัดผ้าคลุมหน้าที่ใช้สำหรับคลุมหน้าเวลาผ่าตัดไว้ และให้ผู้สูงอายุได้ทดลองฝึกนอนนิ่งๆ และทดลองการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัดที่เตรียมไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์คล้ายสภาพการผ่าตัดจริง ทำให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดที่ถูกต้องของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลงได้ และมีพฤติกรรมความร่วมมือขณะผ่าตัดที่ถูกต้องในเรื่องการนอนนิ่งๆ การไม่ขยับตัว การไม่ไอจาม การไม่พูดคุย การไม่ก้มหน้าหรือเงยหน้า การไม่เอนหน้าหนี การไม่กรอกตา การไม่บีบตาในระดับดีและดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่งผลให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ลดลง มีพฤติกรรมความร่วมมือขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ถูกต้อง ทำให้การผ่าตัดดำเนินไปได้ อย่างราบรื่น ปลอดภัย ไม่มีอุปสรรค และปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งผลให้ร่างกายและ จิตใจในระยะหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับสู่สภาวะปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล ควรกำหนดมาตรฐานการ พยาบาล สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในผู้ป่วยนอก โดยการนำแนวคิดของระบบการ พยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยการ สอน ประกอบการสาธิต ให้ผู้ป่วยสูงอายุฝึกปฏิบัติ แจกคู่มือและแนะนำให้กลับไปฝึกต่อที่บ้าน มีการชี้แนะให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สนับสนุนด้วยคำพูด ให้กำลังใจจัด และมีการจัดสิ่งแวดล้อมเสมือนจริงขณะดำเนินการผ่าตัดต่อ กระจก มีการจัดเตียงคล้ายเตียงผ่าตัด จัดผ้าคลุมผ่าตัดที่ใช้สำหรับคลุมหน้าเวลาผ่าตัดไว้ และให้ ผู้ป่วยสูงอายุได้ทดลองฝึกการนอนนิ่งๆ และทดลองการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัดที่เตรียมไว้ เพื่อให้ ผู้ป่วยสูงอายุมีประสบการณ์คล้ายสภาพการผ่าตัดจริง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุได้พัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก ในการจัดการลด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดถูกต้อง

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลสำหรับสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพได้ ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยนอก ในการ จัดการกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ถูกต้อง ด้วยการนำแนวคิดของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วย วิธีการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุลดความวิตกกังวลก่อน ผ่าตัดลงและมีพฤติกรรมความร่วมมือขณะผ่าตัดอย่างถูกต้อง ทำให้การผ่าตัดผ่านไปได้ อย่าง ราบรื่น และปลอดภัย

3. ด้านการศึกษาวิจัย ผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดในผู้ป่วยนอก อื่นๆ เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและมีพฤติกรรมความ ร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดราบรื่นและปลอดภัย ผู้ป่วยสูงอายุสามารถ กลับคืนสู่สภาวะปกติของร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกันในผู้ป่วยสูงอายุในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการผ่าตัดอื่นๆ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผลการศึกษานำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น
2. การวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ก่อนเข้ารับการผ่าตัดโรคอื่นๆ ในระยะยาว



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ พูนพาณิชย์. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาแบบประคับประคอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษณา ตรียมณีนรัตน์. (2544). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- กันยา ออประเสริฐ. (2530). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ. ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กันยา ออประเสริฐ, เรณู อาจสาลี, พิภูลทิพย์ หงส์เหิร และ ศิริลักษณ์ สุวรรณวงศ์. (2539). การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย : 45-53.
- กันยา ออประเสริฐ, ศิริลักษณ์ พุ่งเดช และ นภาพร วาณิชยกุล. (2529). ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้ยาระงับความรู้สึกหลังขณะระงับการผ่าตัดและขณะผ่าตัด. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 1: 57.
- เกศินี สมศรี. (2547). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กฤษณกมล วิจิตร. (2547). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ภาษาถิ่นล้านนาต่อพฤติกรรมปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ. (2549). *Anatomy, Physiology, and Biochemistry of the Crystalline Lens*. เอกสารประกอบการเรียนการสอน. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- งามทิพย์ ขนบดีเฉลิมรุ่ง. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวในวัยรุ่นโรคลิวคีเมียได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทิการักษ์ รัตนจิรากร. (2542). ผลของการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองควบคู่กับการฝึกผ่อนคลาย เพื่อลดความตึงเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- จันทิญา ชูประภาวัน. (2543). *สถานะสุขภาพคนไทย*. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.
- จรรยา ประจักษ์แสงศิริ. (2549). ผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึก ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พบก้อนบริเวณเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2545). *เอกสารประกอบการเรียนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ ชันโททอง. (2547). ผลของการสอนโดยใช้เทปโทรทัศน์ และการฝึกปฏิบัติต่อความรู้ และ พฤติกรรมการดูแลครอบครัว ซึ่งมีสมาชิกผ่าตัดต่อกระเจก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา มณฑลปัญญากุล. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันตาบอดของผู้ป่วยต่อกระเจก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- จุฑากานต์ กิ่งเนตร. (2539). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- เฉลิมศรี พันธวิเศษศักดิ์, หัตถพันธ์ วานิตเลิศพิบูลย์ และ ทศนีย์ ตั้งตรงจิตต์. (2541). ผลการใช้คู่มือการปฏิบัติตนต่อความรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยอัลตราซาวด์. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 3(1): 51-57.
- ชยันตร์ธร ปทุมมานนท์, ชไมพร ทวีศรี และ สุรสิทธิ์ เทียมพิช. (2542). "การสูบบุหรี่และต่อกระดูกในผู้สูงอายุ". จักษุสาธารณะสุข 13 (กรกฎาคม – ธันวาคม): 117-122.
- ช่อทิพย์ เรื่องพิระกุล และ ธวัช ดันติสารศาสน์. (2548). ผลการผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยอัลตราซาวด์ และ ผังเลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร ฉบับพิเศษ (2): 193-200.
- ชอลดา พันธุ์เสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามแบบแผนสุขภาพ. สงขลา: อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป จำกัด.
- ชมชื่น สมประสงค์. (2526). ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก คณะจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงรัตน์ วัฒนิกจไกรเลิศ. (2541). ผลของการใช้ อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพเกรสสิฟต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ถนอมศรี คูอาริยะ. (2538). ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวี นำสกุลวงษ์. (2541). ผลการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบเกร็งแล้วคลายเพื่อลดความวิตกกังวลในการสอบและความวิตกกังวลทั่วไปของนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงคณะบริหารธุรกิจ ชั้นปีที่ 1. สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- ทศนีย์ เชื้อมทอง. (2542). ผลของการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลชลบุรี แผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- เทวพร ศุภรัชชจินดา. (2536). ผลของการใช้สื่ออารมณ์ขันต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม. (2542). ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีรา พงษ์พานิช. (2543). การดูแลตนเองและผู้ป่วยโรคต่อหินที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหิน โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2537. การสูญเสีย Cognitive ในผู้สูงอายุ. สารศิริราช 46(2): 139-149.
- นิภา วัธนเวคิน, สุจินดา ริมศรีทอง และ กฤษณี ไหลสกุล. (2541). ผลการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อระยะเวลาในการนอนคว่ำหน้าได้ และภาวะไม่สุขสบายขณะนอนคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจอประสาทตา. วารสารการพยาบาล 2(1): 91-108.
- นิตยา คชศิลา. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 4. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์.
- นวลจันทร์ พูลสมบัติ และ คณะ. (2537). ผลของการให้คำแนะนำอย่างเป็นแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์. (2548). ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความกังวลในการผ่าตัด และความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหัก ที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลู่ ศิริพานิช. (2543). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

- บงอร อินศิริ. (2544). องค์ประกอบทางกายของหนังสือที่ทำให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์
คนชราเลือกหนังสือ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีทาง
การศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รางวัล. (2547). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุปผา สุวรรณฉัตรกุล. (2547). การประเมินคุณภาพบริการของรูปแบบการให้บริการ
ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกแบบไม่นอนค้างคืนในโรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาล
เมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง). วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2538). ภาวะเครียดของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล. ในสมจิต
หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3. กรุงเทพฯ:
วิเจพันธ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. (2536). รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ: พฤติกรรม
ศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริชาติ ศิลประเสริฐ. (2542). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการ
เผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วย
บำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญญา สนิกะวาที. (2542). ผลของการสร้างจินตภาพต่อความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัฒนกร ทองคำ. (2547). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอาณานิพาน
สติต่อความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พีไลพร ชัมเจริญ และ เพ็ญพร โภควิชัย. (2542). ผลการเตรียมก่อนผ่าตัดของพยาบาล
ห้องผ่าตัด ต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะทำผ่าตัดต่อกระดูก.
วารสารวิชาการแพทย์เขต 8. 7(2-3): 92-101.

- พิชญาภา พิษยะ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมทางเพศของเพศชายสูงอายุหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พุทธเมษา หมื่นคำแสน. (2542). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญจิตต์ ภูมิสิริกุล. (2546). ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัว ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และความพึงพอใจของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญพร ต่อสกุลแก้ว. (2541). ประสิทธิผลของสื่อคู่มือ "การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด" ต่อระดับความรู้ ทักษะ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรินทร์ ไพจิตรพิมุข และ พรทิภา ศุภราสี. (2542). ผลการพยาบาลแบบเฝ้าดูแลระดับประคองต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล ของห้องผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 12(1): 23-30.
- ภัทร ชำวิชา. (2534). ผลของการสัมผัสต่อการวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภรดี นานาศิลป์. (2543). ต้อกระจก: การดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- มยุเรศ ลีลาวรรุฒิ และ ฮอเดียะ บิลยะลา. (2549). คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะเยผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 24 (3): 223-229.
- มาลินี จรุงธรรม. (2541). ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลตนเองหลังได้รับการผ่าตัดต่อเนื้อครั้งแรก ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มุกดา เศษประพนธ์ และ คณะ. (2544). การศึกษาติดตามผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่นอนโรงพยาบาล ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ. Rama Nurse Journal 7(1): 18-26.

- รัชนี ศรีศิริบุญ. (2544). ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนีกร ใจคำสืบ. (2549). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา อยู่เปล้า. (2543). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เรณู อาจสาลี, พิภูลทิพย์ หงส์เหิร และ กันยา ออประเสริฐ. (2532). ผลการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราช. งานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลดดา สรณาลักษณ์ และ ชุศรี วัชรสุขโพธิ์. (2538). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น.
- ลดดาวัลย์ บุรณะปิยะวงศ์. (2544). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความรู้และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลดดาวัลย์ อาจหาญ. (2545). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รวราภรณ์ ชัยวัฒน์. (2539). ผลการใช้ทฤษฎีการพยาบาลนิเวศน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกระดูกสันหลังและการฟื้นฟูระยะหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนีญา เตียงเหล็ก. (2545). ผลของการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- วัลลภ ปิยะมโนธรรม. (2536). เทคนิคการรักษาโรคประสาทด้วยตัวเอง. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์.
- วาสนา ฟุ้งฟู. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2523). คู่มือทางการแพทย์เรื่องโรคประสาทและการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บำรุงนุกุลกิจ.
- วิภาภัทร ชังขาว. (2544). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีรพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ คณะ. (2544). ผลการประเมินความรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น. จักษุสารารณสุข 15 (2): 21-28.
- วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์. (2543). ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรินทรา ทองมี. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบนั้ดลวงหน้า ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาครุศาสตร์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ศักดิ์ชัย ผลประเสริฐ. (2540). การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. ใน : กำพล เลหาเพ็ญแสง และ คณะ. บรรณาธิการศัลยศาสตร์ปริทัศน์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอเรนบู้คเซ็นเตอร์.
- ศิวพร มัทธิศร. (2545). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนิ่วในไตและท่อไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริกาญจน์ เผือกเทศ. (2527). ผลของการพยาบาลด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะที่ผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อน และการผ่าตัดเลาะหลอดเลือดขดในถุงอัณฑะซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศักดิ์ชัย ผลประเสริฐ. (2540). การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. ใน : กำพล เลานเพ็ญแสง และคณะ. บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์ปริทัศน์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอเรนบ็ุก เซนเตอร์.

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สรินดา น้อยสุข. (2545). การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สว่างจิตต์ จันทร์. (2544). ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เสงี่ยม ช่วยนุ้ย และ ชวนพิศ มีสวัสดิ์. (2543). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลพัทลุง. วารสารพยาบาลผ่าตัดแห่งประเทศไทย 5(2): 103-109.

สายชล จันทร์วิจิตร. (2539). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้กับการผ่อนคลายต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

แสง ปัญญาดี. (2544). ผลการให้ชุดข้อมูลการผ่าตัดต่อผลกระทบจากความวิตกกังวลและพฤติกรรมร่วมมือของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

เสริมศรี พันธิวิเศษศักดิ์ และ คณะ. (2539). ศึกษาผลการใช้คู่มือการปฏิบัติตนต่อความรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดสลายต่อกระดูกด้วยอัลตราซาวด์. งานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:

วี. เจ. พรินดิง.

- สมฤดี พุ่มท่าอิฐ. (2544). การปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ. (2529). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วย ต่ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดาพร วิราภกุล. (2538). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา ต่อการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลสุขภาพทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนีย์ สุธีวีระขจร. (2547). เปรียบเทียบผลของการสัมผัสบำบัดกับดนตรีบำบัด ต่ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุนีย์ จันทรมหาเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์. (2538). ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนีพร ชัยมงคล. (2543). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปาณี เสนาดิสัย. (2539). การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- สุภัศรา อยู่สุข. (2548). ศึกษาอำนาจการทำนายของความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยที่เลือกสรรต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่เลนส์แก้วตาเทียมโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา. (2545). การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วย. ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

- ไทย: กลยุทธ์สู่ความเป็นเลิศในการบริการพยาบาลผ่าตัด. ประชุมวิชาการครั้งที่ 7. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ไทศาลศิลป์การพิมพ์.
- สุภัทรา อยู่สุข. (2548). อำนาจการทำนายของความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยที่เลือกสรรต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อกระดูกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและใส่เลนส์แก้วตาเทียมโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุรศักดิ์ พุฒินิพนธ์. (2545). การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โสรัจญา สุริยันต์. (2545). ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อเนก เพทวนิช. (2523). จักษุวิทยาในเวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา-ศิริราช.
- อัจฉรา นุตตะโร. (2546). ประสิทธิภาพของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ การวิเคราะห์อภิमान. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี ไสภณ. (2545). ความวิตกกังวลและความต้องการได้รับคำปรึกษาของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อารี พันธุ์ณี. (2538). จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร: เลฟแอนด์ ลิฟเพรส.
- อารุณี อัครศุภฤกษ์. (2547). ประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูกในรายก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรนันท์ หาญยุทธ. (2532). จิตวิทยาการเรียนรู้เพื่อการสอนสุขภาพอนามัย ในเอกสารการสอนชุดวิชาการเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วยที่ 1-7. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อรอนงค์ พุมอาภรณ์. (2530). การพยาบาลห้องผ่าตัด. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อุบล จ้วงพานิช และ คณะ. (2538). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิบัติการตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุบล จ้วงพานิช, สมจิตร ห่องบุตรศรี และ รัชนิพร คนชุม. (2542). ผลการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุบล นิวัติชัย. (2535). การผ่อนคลายและบทบาทของพยาบาล. เอกสารการสอน ชุดวิชาการณิ เลือกรรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวชหน่วยที่ 8-15. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อุรวดี เจริญไชย. (2541). ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อำไพ ชนะกอก, ราตรี โอภาส และ บุญส่ง เกษมพิทักษ์พงษ์. (2541). ผลการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง. รายงานการวิจัยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประเภททั่วไป ประจำปี 2539 จากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

- American's Best Hospital. (2006). Glaucoma Service Foundation to Prevent Blindness. [online]. Available from: <http://www.Glaucoma.com>
- Atkinson, L. J., and Kohn, M. L. (1986). Introduction to operating room technique. 6th ed. New York: McGraw – Hill Book.
- Arthuret, H. M., Paniels, C., McKelvie, R., Hirsh, J., and Rush, B. (2000). Effect of a preoperative intervention on preoperative and postoperative outcomes in low-risk patients awaiting elective coronary artery bypass graft surgery. A randomized, controlled trial. *Ann International Medicine* 133(4): 253-262.

- Bander et al. (1990). Preoperative anxiety: Detection and contributing factor. **Canada Journal Anesthesia** 37(4): 444-447.
- Barron, C. R., Foxall, M. J., Dollen, K. V., Jones, P. A., and Shull, K. A. (1994). Marital status, social support, and loneliness visually in pained elderly people. **Journal of Advanced Nursing** 19: 272-280.
- Bandura, A. (199). **Self-efficacy : the overrole of Control**. 1st ed. New York : W. H. Free Man and Company.
- Bandura, A. (1997). **Principles of behavior modification**. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Beland, I. L., and Passos, J. Y. (1981). **Clinical nursing pathophysiological and psychosocial approaches**. 4th ed. New York: Macmillan Publishing Co., Inc.
- Benson et al. (1977). The relaxation response: A bridge between psychiatry and medicine. **Medical Clinic of North America** 61 (4): 929-938.
- Benson, H. (1976). **The relaxation response**. New York: Avon Books.
- Benson, H. (2001). " Mind – body Pioneer" **Psychology Today** 34 (3): 56-59.
- Bernier et al. (2003). Preoperative teaching received and valued in a day surgery setting. **AORN** 77 (3): 563-572.
- Biley, F. C. (1989). Nurse Perception of stress in preoperative surgical and patients. **Journal of Advance Nursing** 14 (7): 575-581.
- Blair, T. D., and Ramones, V. A. (1996). The undertreatment of anxiety: Overcoming the confusion and stigma. **Journal of Psychological Nursing and Mental Health Services** 34 (6): 9-18.
- Burke et al. (2003). **Medical-Surgical Nursing Care**. 1sted. Pearson Education. Upper Saddle River, New Jersey.
- Cargill, J. M. (1992). Medication compliance in elderly people: influencing variables and interventions. **Journal of advanced Nursing** 17 (4): 422-426.
- Carr et al. (2005). Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. **International Journal Student** 42 (5): 521-30.

- Carson, B. V., and Arnold, N. E. (1996). **Mental health nursing: The nurse patient journey**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Christensen, B. L., and Kockrow, E. O. 2006. Adult health nursing. 5th ed. Mosby Elsevier. Lt. Louis, Missouri.
- Davies, D. M., and Peter, M. (1983). Stresses of hospitalization in the elderly: Nurses' and patients' perception. **Journal of Advanced Nursing** 8: 99-105.
- Dolders et al. (2000). QOL measurement in patients undergoing cataract surgery. **Annual Meeting International Society** 16: 134.
- Domar, A. D., Everett, L. L., and Keiier, M. G. (1989). Preroperative anxiety: Is it a predictable entity. **Analgesia** 69 (6): 763-767.
- Ebersole, P., and Hess, P. (2004). **Toward Healthy Aging**. 6th ed. St Louis: C.V. Mosby.
- Eong, K. U. (2002). The royal college of ophthalmologists cataract surgery guidelines: what can patients see with their operated eye during cataract surgery? **EYE** 16 (1): 109-110.
- Federman, L. C. (1995). "The Mind–Body Connection: The Psychophysiology of Many Traditional Nursing Interventions". **Clinical Nurse Specialist** 9 (1): 59-66.
- Freeman, A., and Yales, J. M. (1998). **Cognitive therapy in advanced nursing practice**. In A. W. Burgess (ed.). **Advanced practice: Psychiatric nursing**. Stamford: Appleton & Lange. pp. 213-238.
- Gilmartin, J. (2004). Day surgery : patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. **Journal of Clinical Nursing** 13 (2): 243-250.
- Goldmann et al. (1998). Hypnosis and Anaesthesia. A Study to Reduce Preoperative Anxiety and Intraoperative Anaesthesia Requirement. **Anaesthesia** 43 (6): 466-467.
- Graham, L. E., and Conley, E. M. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. **Nursing Research** 20 (2). 113-122.
- Graham, L. E., and Conley, E. M. (199). Structured VS Unstructured Teaching. **AORN Journal** 51 (5): 1334-1339.
- Grainger, R. D. (1990). Dealing with feelings: Anxiety interrupters. **American Journal of Nursing** 90 (2): 14-15.

- Grieve, R. J. (2002). Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. **British Journal of Nursing** 11 (10): 670-8.
- Grimm, P. M. (1997). Measuring anxiety. In Frank-Stromborg, M., and Olsen, S. J. (Eds.). **Instruments for clinical health-care research**. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Harkness, K., Morrwo, L., Smith, K., Kiczula, M., and Arthur, H. M. (2003). The effect of early education on patient anxiety while waiting for elective cardiac catheterisation. **Europe Journal of Cardiovascular Nursing** 2 (2): 113-121.
- Harper, R. A., and Shock, J. P. (1999). **Lens General Ophthalmology**. 5th ed. Connecticut: Appleton and Lange.
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. **Quality Life Research** 12 (1): 25-31.
- Hettler, B. (1982). **Promoting Health Through Risk Reduction**. New York: Macmillan Publishing Co., Inc.
- Hu, K. (2005). Seen from the other side: visual experience during cataract surgery under topical anaesthesia. **BMJ** 331 (24): 1511.
- Jackson, M. F. (1995). Perioperative Nursing Care and Older Surgical Patient. **Gerontological Nursing**. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Jakobsen and Blom. (1989). Preoperative Assessment of Anxiety and Measurement of Arterial Plasma Catecholamine Concentration. **Anaesthesia** 44: 249-253.
- Johnsons, B. S. (1993). **Psychiatric-mental health nursing: Adaptation and growth**. 3rd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Joyce et al. (2004). Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post- myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. **Clinical Effectiveness in Nursing** 8: 26-38.
- Karinci, G., and Dirik. (2003). Psychosomatic of pre and postoperative anxiety in emergency surgery patients. **Journal of Psychosomatic Research** 55 (10): 363-369.
- Kastenbaum, R. J. (1994). **Anxiety in old age**. In Wolman, B. B. & Stricker, G. (Eds.).

- Kick, E. (1989). Patient teaching for elderly. **Nursing Clinic of North America** 24: 681-686.
- Kinder et al. (2000). The Visual Analog Scale Allow Effective Measurement of Concurs. **Anesth Analgesia** 90: 701-712.
- Kneisl, C. R. (199). **Stress, anxiety, and coping**. In H. S. Wilson, and Kneisl, C. R. (eds), **Psychiatric nursing**. 5th ed. California: Benjamin/Cummings publishing.
- Knight, B. (2004). **Psychotherapy with Older Adults**. California. United State of America.
- Lader, M., and Marks, I. (1971). **Clinical anxiety**. New York: Grune and Stratton.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). **Stress adaptation and coping**. New York : Springer.
- Lemaitre, G. D., and Finnergan, J. (1980). **The patient in surgery: A guide for nurse**. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Lezhi, L. (1997). **Relationship between preoperative anxiety and social support in surgical patients**. Master's thesis, Medical and surgical nursing Chiang Mai University.
- Lego, S. (1984). **The American handbook of psychiatric nursing**. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Leventhal, H., and Jonhson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation development of theory of self-regulation. In **Behavioral Science and Nursing Theory**. Wooldridge. eds. St. Louis: the C.V. Mosby Co.
- Ley, P., and Llewelyn, S. (1995). Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance. **Health Psychology: Processes and Application**. 2nd ed. Chapman & Hall: London.
- Longo, L. S. (1999). **Gerontological nursing: an advanced practice approach**. Stamford, conn: Appleton & Lange.
- Lowe et al. (1992). Cataract extraction: Patient characteristic and preferenes. **Health Trends** 24 (4): 151-153.
- Matin et al., (1991). Behavioral change in injection drug users: Evaluation on HIV/AIDS education program. **AIDS-CARE** 2 (2): 275-279.

- Matteson, M. A., and McConnell, E. S. (1988). **Gerontological nursing: Concept and practice**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Mavrikakis et al. (2006). Cataract surgery by appointment: a pilot study. **BMC Ophthalmol** 6: 18.
- McCaffery, M. (1980). Understand Your Patient's Pain. **Nursing**, 80: 58.
- Mc Cleane, G. J., and Cooper, R. (1990). **The nature of preoperative anxiety**. **Anaesthesia** 45 (2) : 153–155.
- Mehta, K. M., Simonsick, B. M., Penninx, B. W., Schay, R., Rubin, S. M., Satterfield, S., and Yaffe, K. (2003). Prevalence and Correlates of Anxiety Symptoms in Well Function Older Adults : Findings from the Health Aging and Body Composition Study. **American Geriatric Society** 51: 499-504.
- Mitsonis, C. I., Mitropoulos, P. A., Dimopoulos, N. P., Mitsonis, M. I., Andriotis, N. M., Gitsa, O. E., and Mitsonis, I. M. (2006). Anxiety and depression in cataract surgery: a pilot study in the elderly. **Psychological Report** 99 (1): 257-265.
- Mitchell, M. (2003). Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. **Journal Clinical Nursing** 12 (6): 806-815.
- Mokashi et al. (2004). Patient communication during cataract surgery. **Eye** 18: 147-151.
- Morrell. G. (2001). Effect of structured preoperative teaching on anxiety levels of patients scheduled for cataract surgery. **Insight**, 26 (1): 4-9.
- Nijkamp, M. D., Kennens, C. A., Dijken, A. J., Ruiters, R. A., Hiddema, F., and Nuijts, R. (2004). Determinants of surgery related Anxiety in cataract patient. **British Journal Ophthalmal** 88: 1310-1314.
- Oetker et al. (1997). Self-Efficacy Enhanced Preoperative Instruction. **AORN** 66: 854–864.
- Oliveira, R., Temporini, E. R., Kara, N., Carricondo, P. C., and Kara-Jose, A. C. (2005). Perceptions of patients about cataract. **Clinics** 60 (6): 455-460.
- Orem, D. E. (1985). **Nursing: Concepts of Practice**. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book.
- Orem, D. E. (1991). **Nursing: Concepts of Practice**. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.

- Orem, D. E. (1995). **Nursing: Concepts of Practice**. 5thed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D. E. (2001). **Nursing: Concepts of practice**. 6thed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Pager, C. K. (2005). Randomised controlled trial of preoperative information to improve satisfaction with cataract surgery. **British Journal of Ophthalmology** 89 (1): 10-13.
- Panda et al. (1996). Preoperative anxiety: Effect of early or late position on operative list. **Anaesthesia** 51 (1): 344-350.
- Phipps et al. (2003). **Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives**. 7thed. St. Louis. Mosby
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. (1999). **Nursing research: Principles and methods**. 6thed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramsey, M. A. (1972). A survey of pre-operative fear. **Anesthesia** 27 (10): 396-401.
- Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., Wang, H. J., and Visscher, B. R. (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. **Health Psychology** 13 (4): 299-307.
- Rees, B. L. (1995). "The effect of relaxation with guided imagery on anxiety, depression and self esteem in primiparas". **Journal of Holistic Nursing** 13 (3): 255-267.
- Rice, R. (2000). Telecaring in home care: Making a telephone visit. **Geriatric Nursing** 21 (1): 56-57.
- Rothrock, J. C. (1996). **Perioperative Nursing Care Planning**. 2nded. St. Louis: Mosby Year Book.
- Salzman, C., and Labowitz, R. D. (1991). **Anxiety in the elderly: Treatment & Research**. New York: Springer.
- Salmon, P. and Kaufman, L. (1990). **Preoperative anxiety and endocrine response to surgery**. *The Lancet* (June): 2340
- Seaward, B. L. 1996. **Managing Stress**. 2nded. London: Jones and Bartlett.
- Sharma et al. (2007). Patient perceptions of second eye clear corneal cataract surgery using assisted topical anesthesia. **Eye** 26 (10): 1038.
- Shu, E., Mermina, Z., and Nystrom, K. (1996). Telephone reassurance program for elderly home care clients after discharge. **Home Healthcare Nurse** 18 (1):

53-62.

- Simmons et al. (2004). A clinical trial of distraction technique for pain and anxiety control during cataract surgery. *Eye* 29 (4): 13-16.
- Smith, J. S. (1990). *Eye disease in the hot climates*. 2nded. Cornwall:Butterworth.
- Spielberger, C. D. (197. *Anxiety as an emotional state*. In D.C. Spielberger (ed). *Anxiety: Current trend in theory and research*, pp. 23-49. New York: Academic press.
- Spielberger, C. D. And Gueervero, R. D. (1982). *Cross-culture anxiety*. New York: Hemisphere/McGraw-Hill.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait anxiety inventory (STAI) form Y: self-evaluation questionnaire*. *Consulting Psychologists*. Palo Alto
- Spielberger, C. D., and Krasner, S. S. (1988). *The assessment of state and trait anxiety*. In R. Noyes Jr, M. Roth, and G. D. Burrows (Eds.). *Handbook of anxiety* New York: Elsevier Science.
- Spielberger, C. D., and Sydeman, S. J. (1994). *State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory*. In M. E. Marvish (ed.). The use of psychological test for treatment planning and outcome assessment. Hillsdale: LEA. pp. 292-321.
- Smeltzer and Bare. (2004). *Medical-Surgical nursing*. 10thed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Steven et al. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: Life-Steps and medication monitoring. *Behavior Research and Therapy* 39: 1151-1162.
- Stone, V. E. (2001). Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy: lessons from research and clinical practice. *Clin Infect Dis* 33 (15): 865-872.
- Stone et al. (1999). *Clinical Gerontological Nursing: A Guild to advanced practice*. 2nded. Philadelphia: W.B. Saunders
- Sun, Y. L. (2001). *A Study on discomfort of Patients with Cataract Surgery under Local Anesthes*.

- Sundberg, M. C. (1989). **Client teaching: Fundamental of nursing with clinical procedure.** Boston: Jones and Bartlett.
- Swindale, J. E. (1989). The nurse's role in giving pre-operative information to reduce anxiety in patients admitted to hospital for elective minor surgery. **Journal of Advance Nursing** 14: 899-905.
- Tabachnick, B. G., and Fidell, I. S. (1996). **Using Multivariate Statistics.** New York: Harper Colins College.
- Tagliareni, E., and Waters, V. (1995). **The aging experience.** In Anderson et al. Caring for the Elderly Client. Philadelphia: F. A. Davis.
- Talbot, L. (1994). **Physiologic changes.** In Hosgtel, M. O. Nursing Care of the Older Adult. Texas: Delmar.
- Tan, S. H., Eong, K. G., and Kumar, C. M. 2005. Visual experiences during cataract surgery: what anaesthesia providers should know. **European Journal of Anaesthesiology** 22: 413-419
- The Joanna Briggs Institute. (2004). **Best Practice: Management of the Day Surgery Patient.** [online]. Available from: <http://www.JoannaBriggs.edu.au>
- Tench, R. (2005). The changing face of surgery: using systematic reviews. **British Journal Perioperative Nursing** 15 (6): 240-246.
- Thorndike cited in Bernard, H. W. 1972. **Psychology of Learning and Teaching.** U. S. A: McGraw-Hill.
- Uenishi, Y., Tsumura, H., Miki, T., and Shiraki, K. (2003). Quality of life of elderly Japanese patients with glaucoma. **International Journal of Nursing Practice** 9: 18-25.
- Vallance, J. H., Ahmed, M., and Dhillon, B. (2004). Cataract surgery and consent recall anxiety and attitude toward trainee surgeons preoperatively and postoperatively. **Journal Cataract Refractive Surgery** 30 (7): 1479-1485.
- Walding, M. F. (1991). Pain, Anxiety and Powerlessness. **Journal of Advance Nursing** 16 (4): 394-397.
- West, s. (1999). Ultraviolet B exposure and lens opacities: a review. **Journal Epidemal** 9(6): 97.

Williams, S. A., and Schreier, A. M. (2005). The role of education in managing fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. **Applied Nursing Research** 18: 138-147.

Wolfer, J., and Davis, C. E. (1970). Assessment of surgical patients' preoperative emotional condition and postoperative welfare. **Nursing Research** 20 (5): 227-236.

Zia et al. (2005). " Only Rarely seen in dreams" visual experiences during cataract surgery". **British Journal of Ophthalmology** 89: 247-248.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. อาจารย์แพทย์หญิงวิศนี ตันติเสวี ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะง เพ็งจาด อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย
3. รองศาสตราจารย์ พิณีจ ปรีชานนท์ หัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด
ภาควิชาการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางบุบผา สุวรรณฉัตรกุล หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาล
กลุ่มภารกิจบริการพยาบาล
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
5. นางสาวยุพิน วัฒนาวงศ์ศิริ หัวหน้าหอผ่าตัดพันธุทิพย์
(ห้องผ่าตัด ตา หู คอ จมูก)
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
6. นางสาวบุบผา พวงมาลี หัวหน้าหอผู้ป่วย ตึกจุมภฏฯ ชั้น 3
(หอผู้ป่วยตา)
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัย
(Informed consent form)

การวิจัยเรื่อง ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาโรค หรือสิทธิอื่นที่ผู้เข้าร่วมวิจัยพึงจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย หรือผู้ได้รับอำนาจมอบหมายให้เข้ามาตรวจ และประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสาร และ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้ายินดีลงนามในใบยินยอมนี้เพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำการวิจัยตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยานตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย
(MMSE-Thai 2002)

1.3 แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง

(The Trait Anxiety Inventory: Form Y-II)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (V) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง เฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเท่านั้น

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย 4. หย่า/แยกกันอยู่
4. ศาสนา 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่นๆ
5. ระดับการศึกษา 1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษา
 3. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา 4.ปริญญาตรี
 5. สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ 1. ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ 2. พนักงานบริษัท
 3. ค้าขาย 4. เกษตรกร
 5. รับจ้าง 6. ธุรกิจส่วนตัว
 7. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
7. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
 1. น้อยกว่า – 10,000 บาท 2. 10,001 – 15,000 บาท
 3. 15,001 – 20,000 บาท 4. 20,001 บาทขึ้นไป
8. สิทธิในการรักษา 1. ขำระเงินเอง 2. ประกันสุขภาพ
 3. ประกันสังคม 4. เบิกจากต้นสังกัด
9. ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย 1. ไม่มี 2. มีบ้างเล็กน้อย
 3. มีปานกลาง 4. มีมาก
10. ประสบการณ์การผ่าตัดตา 1. ตาแรก 2. ตาที่สอง เมื่อ.....
11. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นอีกหรือไม่ 1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2. ข้อมูลโรคต่อกระจกและการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

- ระยะของโรคต่อกระจก 1. ระยะ Pre-mature cataract 2. ระยะ Mature cataract
- ตาข้างที่ทำผ่าตัด 1. ตาข้างขวา 2. ตาข้างซ้าย

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4 9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้
ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร _____
- 1.2 วันนี้วันอะไร _____
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร _____
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร _____
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร _____

2. Orientation for place (5 คะแนน) ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีที่อยู่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และชื่อว่าอะไร _____
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นอะไรของตัวอาคาร _____
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร-เขตอะไร _____
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร _____
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร _____

2.2 กรณีที่อยู่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร _____
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร _____
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร _____

.....

.....

.....

.....

แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง

คำชี้แจง: ในการตอบคำถามข้อ 1-20 เป็นข้อความที่ใช้สำหรับการบรรยายเกี่ยวกับตัวของท่านเอง โปรดอ่านประโยคในแต่ละข้อต่อไปนี้ให้เข้าใจและกรุณาใส่เครื่องหมายลงในช่องซึ่งอยู่ทางขวาของประโยค ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับ **ความรู้สึกทั่ว ๆ ไปของท่านมากที่สุด**

ข้อความใดไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านในขณะนี้ ให้ตอบว่า **ไม่มีเลย**

ข้อความใดตรงกับความรู้สึกจริงของท่านในขณะนี้เล็กน้อย ให้ตอบว่า **เล็กน้อย**

ข้อความใดตรงกับความรู้สึกจริงของท่านในขณะนี้ค่อนข้างมาก ให้ตอบว่า **ค่อนข้างมาก**

ข้อความใดตรงกับความรู้สึกจริงของท่านในขณะนี้มาก ให้ตอบว่า **มากที่สุด**

ข้อที่	ข้อความ	ความรู้สึกของท่าน			
		มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
1	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองเข้ากับคนอื่นได้ง่าย				
2	ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้นง่าย				
3	ข้าพเจ้ารู้สึกอยากร้องไห้				
4	ข้าพเจ้าอยากมีความสุขเหมือนๆ คนอื่น				
5	ข้าพเจ้ามักพลาดโอกาสดีบ่อยๆ เพราะตัดสินใจ				
6	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าปลอดภัย				
7	ข้าพเจ้ารู้สึกสุขุมรอบคอบ				
8	ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามีปัญหามากจนทำให้ท้อใจ				
9	ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลมากเกินกว่าเหตุ				
10	ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นสุข				
11	ข้าพเจ้ามักถือทุกสิ่งเป็นเรื่องจริงจัง				
12	ข้าพเจ้ารู้สึกขาดความมั่นใจในตนเอง				
13	ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง ปลอดภัย				
14	ข้าพเจ้าเป็นคนที่พยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับความยุ่งยาก				
15	ข้าพเจ้ารู้สึกหม่นหมอง				
16	ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจกับชีวิตตนเอง				
17	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเป็นคนคิดมาก				
18	ข้าพเจ้ารู้สึกฝังใจกับความผิดหวัง				
19	ข้าพเจ้าเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
20	เมื่อคิดถึงเรื่องที่เป็นห่วงทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกงุนงงใจและตึงเครียด				

ชุดที่ 2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ คือ

2.1 คู่มือการดำเนินระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับพยาบาล ประกอบด้วย

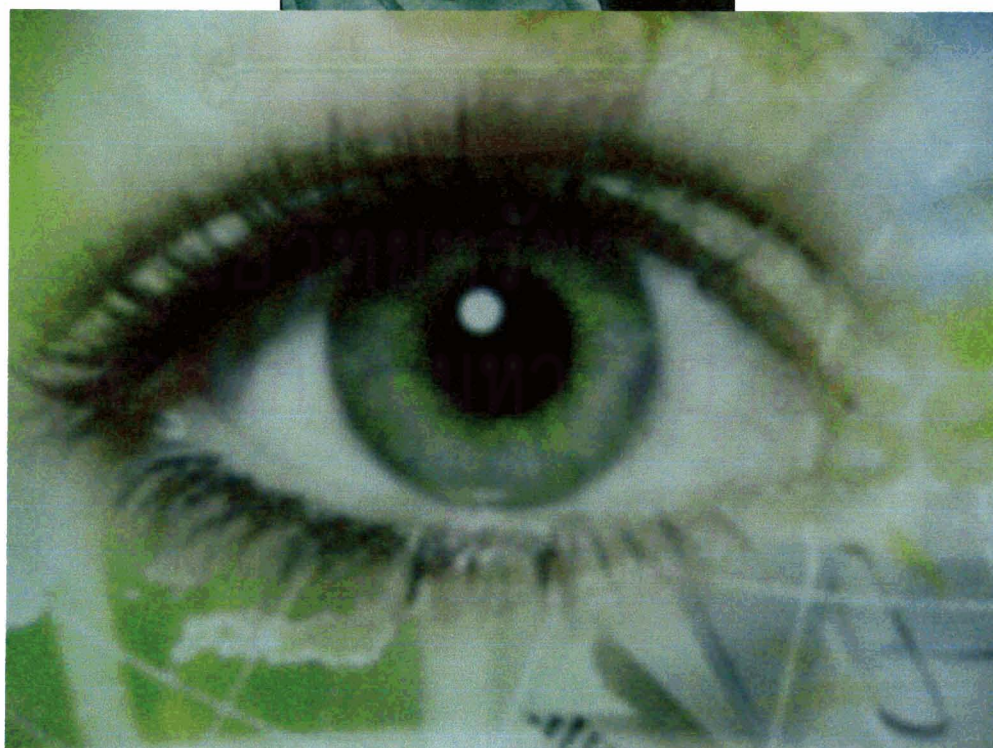
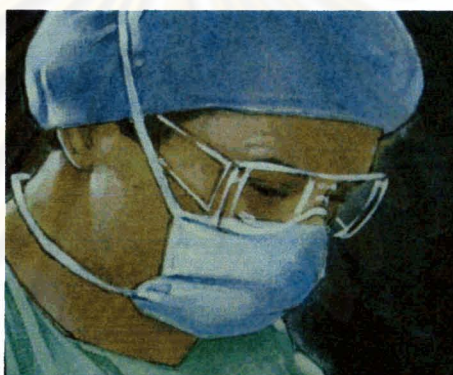
- 1) คู่มือสำหรับพยาบาลในการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก
- 2) แผนการสอนเรื่องโรคต่อกระดูกและการรักษาร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสำหรับพยาบาลสอนผู้ป่วยสูงอายุ
- 3) แนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมคล้ายห้องผ่าตัด
- 4) แนวทางการฝึกปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด
- 5) แนวทางในการสนับสนุน ปรีกษา ชี้นำ แก่ผู้ป่วยสูงอายุทางโทรศัพท์
- 6) แบบสรุปความก้าวหน้าการเข้าร่วมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก

2.2 คู่มือโรคต่อกระดูกและการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัว ขณะผ่าตัดสำหรับผู้สูงอายุ

คู่มือสำหรับพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือสำหรับพยาบาล

ในการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยนอก



คำนำ

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้นี้ พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อกระดูกให้มีความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก สามารถดูแลตนเองได้ทั้งก่อนและขณะผ่าตัดเป็นการช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดอย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ประกอบด้วย 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้จัดทำได้เขียนรายละเอียดและวิธีใช้โปรแกรมไว้ในคู่มือฉบับนี้แล้ว

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าพยาบาลที่เตรียมผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดจะได้รับประโยชน์จากการใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดที่ถูกต้อง ของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอกได้เป็นอย่างดี

ปรีศนา จิระชีวี

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือสำหรับพยาบาลในการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดความวิตกกังวล แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก

ความสำคัญของปัญหา

ความวิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ด้วยระยะเวลาที่จำกัดรวมทั้งการที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดเรื่องการจดจำรายละเอียดสำคัญเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระดูกได้ไม่ดี แม้ว่าผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับคำแนะนำเพียงพอก่อนการผ่าตัด แต่ก็ไม่สามารถลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ต้องรอเข้ารับการผ่าตัดตามเวลาที่นัดหมายได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมตนเองและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวก่อน และขณะผ่าตัด เช่น การกระสับกระส่าย ภาวะวณกระวาย อึดอัดเมื่อคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด การยกมือขึ้นมาที่บริเวณผ่าตัด สะบัดหน้าอย่างแรง การเลื่อนหน้าหนี การโอ้อวดผ่าตัด การขยับตัว ชักถามเกี่ยวกับการผ่าตัด เป็นต้น ทำให้มีการใช้เวลาในการผ่าตัดนานขึ้น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้รวมถึงการพักฟื้นนานขึ้นหรือแม้กระทั่งอาจทำให้ตาบอด เกิดความพิการได้ (พิไลพร ชัมเจริญ และ เพ็ญพร โภควิริยะ, 2542) ในบางรายพบว่ามีอาการงัดและเลื่อนผ่าตัดเกิดขึ้น กระทั่งกับคิดผ่าตัดของผู้ป่วยรายอื่น การงัดหรือเลื่อนการผ่าตัดเป็นผลทำให้ผู้ป่วยเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายและอาจทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลได้

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ ส่งเสริมการอยู่อย่างปกติสุข (Orem, 1995) ในการผ่าตัดเป็นเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่วิกฤติในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ มีผลต่อความต้องการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมายในการป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ ผู้ป่วยสูงอายุที่ทำผ่าตัดจะแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดจึงสนใจที่จะซักถาม รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และปฏิบัติตามแผนการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น หลีกเลี่ยง หรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ภาวะเช่นนี้ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดจำเป็นต้องอาศัยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมตนเองและมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ในการลดความวิตกกังวล

ปรัชญา

การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูก ถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ความวิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อ

กระจก (Nijkamp, 2004; Sharma, 2007) ที่ควรได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ เพราะเมื่อบุคคล

เกิดความวิตกกังวลมากเกินไปจนปกติแล้ว ร่างกายจะมีการตอบสนองและแสดงอาการไม่สุขสบายต่างๆ ออกมา เกิดผลเสียต่อร่างกายจิตใจ และการปรับตัว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลเป็นอย่างมาก การลดความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิต การให้การพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและมีพฤติกรรมความร่วมมือขณะผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น โดยการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความสำคัญมากวิธีหนึ่ง ในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยเพื่อดูแลตนเองและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละบุคคล (Orem, 1995) และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และพฤติกรรมร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด ของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกแบบผู้ป่วยนอก

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1995) เป็นระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และกระทำการดูแลตนเองภายใต้การช่วยเหลือของพยาบาล ประกอบด้วย 4 วิธี คือ 1) การสอน โดยการให้ข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัด 2) การชี้แนะ วิธีการปฏิบัติตัว และการช่วยเหลือที่เหมาะสมภายใต้การแนะนำของพยาบาล เพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยสูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความสามารถในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการรอผ่าตัดที่บ้าน 3) การสนับสนุน โดยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ชมเชยให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุปฏิบัติกรดูแลตนเองหรือกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองผู้ป่วยประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

1. ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
2. การฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดอย่างต่อเนื่องที่บ้านในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด

.....

.....

.....

.....

แผนการสอนเรื่องโรคต่อกระจก และการรักษา ร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดสำหรับพยาบาลสอนผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้สอน นางปริศนา จิระชีวี

ผู้เรียน ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระจกที่ได้รับการนัดผ่าตัดรักษาต่อกระจกในผู้ป่วยนอก

เวลาสอน 60 นาที

สถานที่ หน่วยจักษุศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดการสอนผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระจกที่ได้รับการนัดผ่าตัดรักษาต่อกระจกแบบผู้ป่วยนอกสามารถ

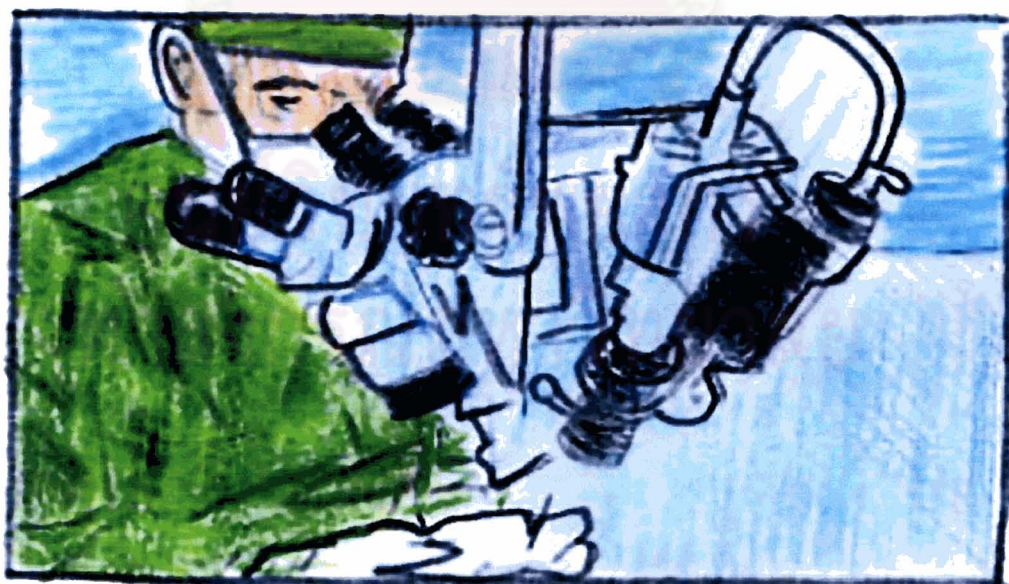
1. อธิบายถึงโรคต่อกระจก สาเหตุ อาการและรักษาได้
2. บอกถึงสิ่งที่จะต้องประคบในห่องผ่าตัดได้
3. บอกวิธีการปฏิบัติตัว ก่อน ขณะและหลังผ่าตัดได้
4. บอกถึงสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด
5. บอกถึงวิธีการฝึกการหายใจได้
6. บอกถึงวิธีการนอนนิ่งๆ ได้
7. บอกถึงวิธีการคลุมหน้าผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	ประเมินผล
1. เพื่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล	<p>บทนำ</p> <p>ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>สวัสดีคะดิฉัน นางปริศนา จิระชีวี นิสิตปริญญาโทพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะขอให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการรักษาร่วมกับการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดโดยจะใช้เวลาประมาณ 60 นาที ในระหว่างที่ดิฉันให้ข้อมูลคำแนะนำ ถ้าท่านมีข้อสงสัย สามารถซักถามได้เพื่อความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ก่อนอื่นดิฉันอยากทราบว่าท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างไร</p>	<p>-พยาบาลแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทราบ</p> <p>- ผู้วิจัยพูดคุยซักถามถึงปัญหาจากผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกและการรักษา</p>		5 นาที	สังเกตความสนใจและการตอบข้อซักถาม ผู้ป่วยสูงอายุมีความคุ้นเคยกับ ผู้วิจัย รับฟังและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงโรคต่อกระดูกสาเหตุ อาการ และรักษาได้	<p>ระยะที่ 2 การดำเนินระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ พยาบาลประเมินถึงความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาต่อกระดูก</p> <p>โรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ หมายถึงการที่เลนส์ตาของคนสูงอายุ ขุ่นขาว ทำให้แสงผ่านไปยังจอรับภาพได้น้อยลง เกิดอาการตามัวทำให้มองเห็นภาพไม่ชัด หากเป็นมากขึ้นอาจทำให้ตาบอดได้</p> <p>สาเหตุการเกิดโรค สาเหตุที่ทำให้เกิดต่อกระดูกในคนสูงอายุคือ ความ</p>	<p>พยาบาลกล่าวนำถึงโรคต่อกระดูกและสาเหตุของการเกิดโรคอาการและรักษาได้</p>	<p>*ภาพพลิก</p> <p>*คู่มือโรคต่อกระดูกและการรักษาร่วมกับการฝึกปฏิบัติตัว</p>	<p>ให้</p> <p>ความรู้</p> <p>20-25 นาที</p>	<p>ผู้ป่วยบอกถึงโรค ต่อกระดูก สาเหตุ อาการและรักษาได้อย่างถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	ประเมินผล
3. ผู้ป่วย	<p>เสื่อมของเลนส์แก้วตาที่เกิดขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น</p> <p>อาการ มีอาการตามัวมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ส่วนใหญ่จะมีอาการ ทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากัน หากเป็นมากอาจเกิดภาวะตาบอดได้</p> <p>การรักษาโรคต้อกระจก ในปัจจุบันการรักษาโรคต้อกระจกมีวิธีเดียว คือ การผ่าตัดต้อกระจก หากผู้ที่เป็นโรคต้อกระจกไม่ได้รับการรักษาที่ถูกวิธีตาจะมัวมากขึ้นตามลำดับ บางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ต้อหิน ม่านตาอักเสบ ซึ่งจะมีอาการปวดตามากและจะเกิดตาบอดในที่สุด</p> <p>การผ่าตัดมีหลายวิธี แต่แพทย์ที่รักษาจะเลือกวิธีการรักษาที่เกิดผลดีและผู้ป่วยปลอดภัยที่สุด ซึ่งวิธีที่แพทย์เลือก คือวิธีการผ่าตัดที่ใช้เครื่องมือเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยแพทย์จะใช้ยาชาก่อนทำ และจะใช้เครื่องมือเจาะบริเวณกระจกตา เพื่อให้เครื่องมือเคลื่อนความตึงขนาด เล็กเข้าไปสลายเนื้อเลนส์แก้วตาให้ละเอียดและดูดออกมา จากนั้นใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปแทน โดยที่ท่านจะไม่รู้สึกเจ็บปวดขณะทำผ่าตัด เสร็จจากการผ่าตัดแพทย์ใช้ผ้าก๊อซ และผ้าครอบปิดตาข้างที่ทำผ่าตัด ซึ่งการทำผ่าตัดส่วนใหญ่ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที</p> <p>พยาบาลประเมินถึงความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยสูงอายุในเรื่อง สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด การแต่งกาย ทิมผ่าตัด ยาระงับ</p>	พยาบาลกล่าวถึงสิ่งที่	*ภาพพลิก		ผู้ป่วยสามารถบอก

ภาพพลิกประกอบการสอน

เรื่องโรคต่อกระจกและการรักษาด้วยการผ่าตัด



การจัดสิ่งแวดล้อมคล้ายห้องผ่าตัด

การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแล เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าไว้ รวมถึงการเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสัมผัส ฝึกกระทำต่างๆ ในการดูแลตนเอง (Orem, 1995) ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมคล้ายห้องผ่าตัดและมีการจัดอุปกรณ์ของจริงเกี่ยวข้องกับการผ่าตัดให้ผู้ป่วยสูงอายุได้เห็นและสัมผัส เช่น เตียงนอน ชุดผ้าคลุมผ่าตัด เป็นต้น ให้ผู้ป่วยได้มีการสัมผัส การฝึกการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการผ่าตัด เป็นการกระทำในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการ สร้างความรู้ความเข้าใจจากประสบการณ์ที่ผ่านมา เป็นตัวชี้นำความสนใจของบุคคล เป็นแนวทางในการจัดเก็บข้อมูลและการใช้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ และเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย

เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคยหรือไม่เคยประสบมาก่อน บุคคลจะมีการรับรู้และแปลความหมายของข้อมูลโดยไม่มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นมาก่อนจะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ เช่นความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรง แต่ถ้าบุคคลได้รับทราบข้อมูลเตรียมความพร้อมโดยเฉพาะลักษณะที่เป็นรูปธรรมที่อธิบายถึงรายละเอียดขั้นตอน วิธีการ ระยะเวลาที่บุคคลต้องเผชิญ ข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็นภาพเกี่ยวข้องกับขั้นตอนของการกระทำ และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลควรปฏิบัติเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ จะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจ (Cognitive control) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นได้ ทำให้เกิดภาพรวมของความคิด และสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ และเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้สามารถควบคุมตนเอง (Behavioral control) และควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Mchugh et al, 1982; Levental Johnson, 1983)

.....

แนวทางการฝึกการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด

การฝึกด้วยวิธีบริหารการหายใจ

ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด มักเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากความกลัวการผ่าตัด กลัวตาบอด กลัวความเจ็บปวด กลัวความไม่แน่นอนจากการผ่าตัดเป็นเทคนิคการผ่อนคลาย ที่ใช้รูปแบบการหายใจที่เกิดขึ้นในภาวะที่บุคคลสงบ เป็นกระบวนการฝึกการหายใจหรือควบคุมการหายใจ โดยการหายใจเข้าและออกลึกๆ ช้าๆ อย่างสม่ำเสมอ การหายใจจะหายใจเข้า ให้ลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด ส่งเสริมให้ถุงลมเล็กๆ ในปอดขยายตัว เพื่อเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ออกซิเจน การหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ จะช่วยให้มีการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ทำให้ร่างกายและจิตใจคลายความวิตกกังวลลงได้ เนื่องจากผู้ฝึกมุ่งความสนใจไปที่จังหวะของการหายใจ ลดการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้น ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทลิมบิกไฮโปทาลามัส และเรติคิวลาร์ฟอร์เมชัน ซึ่งมีหน้าที่ตอบสนองด้านอารมณ์และควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้การทำงานของระบบซิมพาเทติกลดลง ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเด่นขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ได้แก่ ระดับความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการหายใจลดลง การใช้ออกซิเจนลดน้อยลง (Well Federman, 1995: 61; Seaward, 1996: 29; Benson, 2001: 56) ลดอาการอ่อนเพลีย ลดการใช้พลังงาน

การหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ ทำให้ร่างกายไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) ซึ่งภาวะพร่องออกซิเจน จะทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย วิตกกังวล ซึมเศร้า กล้ามเนื้อตึงเครียด และเหนื่อยล้า การหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ จะทำให้ผู้ฝึกรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตกลับเข้าสู่ภาวะที่ดี เทคนิคการผ่อนคลายวิธีนี้สามารถฝึกได้ง่าย สะดวก ประหยัด ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ใดๆ การฝึกปฏิบัติครั้งละ 15-20 นาที วันละ 1-3 ครั้ง จะมีผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลายได้ตลอดวัน

การฝึกการบริหารการหายใจ สามารถฝึกได้ง่าย สะดวก โดยมีขั้นตอนการฝึกดังนี้

1. ผู้ฝึกอยู่ในท่าที่สบาย ผ่อนคลาย ในที่นี้แนะนำให้นอนหงายราบหนุนหมอนบางๆ ในท่าที่สบาย วางมือ 2 ข้างไว้บนหน้าท้อง
 2. หลับตา จิตมุ่งอยู่กับการหายใจเข้า และหายใจออก ให้เป็นจังหวะสม่ำเสมอ
 3. เริ่มฝึกการหายใจ โดยหายใจเข้า ออก ลึกๆ ช้าๆ 2 - 3 ครั้ง สังเกตมือที่วางอยู่บนหน้าท้อง จะพบว่ามีการเคลื่อนขึ้น-ลง ตามจังหวะการหายใจ โดยการหายใจช้าๆ ให้น้ำท้อง

.....

แนวทางในการสนับสนุน ปรีक्षा ซี่แนะ แก่ผู้ป่วยสูงอายุทางโทรศัพท์

โทรศัพท์ จัดเป็นสื่อที่มีประโยชน์อย่างมากในปัจจุบัน ได้นำโทรศัพท์มาใช้ในการติดตามกลุ่มประชากรต่างๆ เช่น ในผู้สูงอายุ ในผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง (Garland, 1992) การติดตามทางโทรศัพท์เพื่อให้คำปรึกษาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการให้ความรู้หรือคำแนะนำสั้นๆ ที่ให้ตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้า นอกจากนี้แล้ว การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการสนับสนุน ให้คำแนะนำ กับผู้ป่วยให้มีการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในทำนองเดียวกัน การสนับสนุน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกทางโทรศัพท์ เป็นการกระทำ การให้การสนับสนุนซี่แนะ ทบทวนในแผนการรักษา การนัดหมาย และให้ความมั่นใจ รวมทั้งติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการฝึกการปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องที่บ้านทำให้ผู้สูงอายุที่นัดผ่าตัดต่อกระดูก มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง และ ส่งผลให้ผู้สูงอายุลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะผ่าตัดได้

แนวทางในการสนับสนุน ปรีक्षा ซี่แนะ แก่ผู้ป่วยสูงอายุทางโทรศัพท์ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางในการสนับสนุน ปรีक्षा ซี่แนะ แก่ผู้ป่วยสูงอายุทางโทรศัพท์ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลต่างๆ 2 ทาง ดังนี้ คือ

1. จากการติดต่อของผู้ป่วยถึงผู้วิจัย ซึ่งข้อมูลที่บันทึกประกอบด้วย ครั้งที่/ วันที่โทรศัพท์/ เวลาที่โทรศัพท์/ เรื่องที่ขอคำปรึกษา/ให้คำปรึกษา /ซึ่งรวมถึงข้อมูลอาการ หรือสิ่งที่เป็นปัญหาทั้งหมด เช่น การใช้แบบบันทึก อาการผิดปกติ มีความวิตกกังวล หรือข้อสงสัย ข้อข้องใจ ต่างๆ ที่ต้องการคำปรึกษา เป็นต้น

2. จากการติดต่อของผู้วิจัยถึงผู้ป่วย เช่น การกระตุ้นเตือนการไปตรวจตามนัด หรือการตรวจระดับน้ำตาล ในกรณีที่เป็นโรคเบาหวาน การตรวจวัดระดับความดันในกระแสโลหิต ในกรณีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือเมื่อผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกมีความผิดปกติเกิดขึ้น การกระตุ้นเรื่องการฝึกทักษะการหายใจ กานนอนนิ่ง ๆ การคลุมหน้าผ่าตัด การทบทวนความรู้และข้อควรปฏิบัติต่างๆ

แนวทางการสนับสนุน แนะนำทางโทรศัพท์สำหรับพยาบาลติดต่อกับผู้ป่วยสูงอายุ

การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อให้การสนับสนุน แนะนำ ทบทวนในแผนการรักษา การนัดหมาย ให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงติดตามพฤติกรรมใน

.....

แบบสรุปความก้าวหน้าการเข้าร่วมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดต่อกระดูกในผู้ป่วยนอก

ผู้ถูกประเมิน code.....วันที่.....

ชนิดการผ่าตัด นัดทำผ่าตัดวันที่

พบพยาบาล/การสอน/สนับสนุน/แนะนำ (ครั้งที่1ให้ 1 คะแนน, ครั้งที่ 2 ให้ 2 คะแนน)

ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2

การฝึกปฏิบัติตัว (ดีมาก 4 คะแนน, ดี 3 คะแนน, พอใช้ 2 คะแนน, ต้องแก้ไข 1 คะแนน)

ดีมาก ดี พอใช้ ต้องแก้ไข

การฝึกผ่านเกณฑ์

การฝึกไม่ผ่านเกณฑ์ ต้องแก้ไขในเรื่อง.....

ได้รับคู่มือ (ได้รับ 1 คะแนน, ไม่ได้รับ 0 คะแนน)

ได้รับ ไม่ได้รับ

การทบทวนความรู้และการปฏิบัติตัวจากคู่มือ (ถ้าอ่าน 1-4 ครั้ง ได้ 1 คะแนน, ไม่อ่านเลย 0
คะแนน)

ไม่อ่านเลย อ่าน 1 ครั้ง อ่าน 2 ครั้ง อ่าน 3 ครั้ง อ่าน 4 ครั้ง

การติดตามทางโทรศัพท์

พยาบาลติดตาม (1 คะแนน)

ครั้งที่ 1

ผู้ป่วยโทรมาติดต่อ

ครั้งที่ 1

ครั้งที่ 2

ครั้งที่ 3

ไม่เลย

ครั้งที่1 วันที่ เรื่อง.....

ครั้งที่2 วันที่ เรื่อง.....

ครั้งที่3 วันที่ เรื่อง.....

ผลการติดตาม (คะแนนเต็ม 9 คะแนน)

.....

สรุป

ผู้ป่วยสูงอายุพร้อมทำผ่าตัด

ผู้ป่วยสูงอายุยังไม่พร้อมทำผ่าตัด มีปัญหา ในเรื่อง.....

คู่มือ โรคต้อกระจก

และการรักษาด้วยการผ่าตัด
ร่วมกับการฝึกปฏิบัติทักษะผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ



ห้องผ่าตัดพันธุทิพย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ชุดที่ 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

- 3.1 แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองในการฝึกการนอนนิ่งๆ ของผู้ป่วยสูงอายุ ก่อนผ่าตัดที่บ้าน
- 3.2 แบบบันทึกการฝึกการฝึกหายใจ การฝึกการนอนนิ่งๆ และการฝึกการคลุมหน้า ด้วยผ้าผ่าตัด ของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองในการฝึกการฝึกการนอนนิ่ง ๆ
ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดที่บ้าน**

คำชี้แจง: แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 20 ข้อ ข้อความแต่ละข้อตามที่ท่านได้ฝึกปฏิบัติจริง หลังจากท่านได้รับการสอน ชี้แนะ จากพยาบาล ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติตัวของท่านมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย (V) ลงในช่องว่างด้านขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถาม ดังนี้


ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวัน
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 3-6 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

พฤติกรรมดูแลตนเองในการฝึกการนอนนิ่ง ๆ ก่อนผ่าตัดที่บ้าน ครั้งละ 20 นาที	เป็นประจำ	เป็นส่วนใหญ่	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1.สามารถนอนเหยียดขาตลอดเวลา				
2.สามารถนอนนิ่งๆ ได้โดยไม่ขยับตัวเลย				
3.สามารถนอนนิ่งๆ ได้โดยไม่มีอาการปวดคุด				
4.สามารถควบคุมการไอจามได้อย่างดี				
5.สามารถนอนนิ่งๆ หน้าตรง ได้โดยไม่การส่ายหน้าบิดไปมา				
6.สามารถนอนนิ่งๆ ได้โดยไม่มีอาการเงยหน้าขึ้น-ลง				
7.สามารถนอนนิ่งๆ ได้โดยไม่มีอาการยกมือขึ้นมาจากหน้าท้อง				
8.สามารถนอนนิ่งๆ ได้โดยไม่มีอาการอกตาไปมา				
9.สามารถนอนนิ่งๆ ได้โดยไม่มีอาการบีบตา				

แบบบันทึก การฝึกการหายใจ การนอนนิ่งๆ และการคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด
ของผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัด

คำชี้แจง: ถ้าท่านฝึกแล้วให้ท่านกา เครื่องหมาย V ลงในวงเล็บ ฝึกปฏิบัติ หรือ ไม่ฝึกปฏิบัติ โดย
ทำการฝึกการนอนนิ่งๆ การคลุมหน้าด้วยผ้าผ่าตัด การหายใจ ทุกวัน

วัน /เดือน /ปี	กิจกรรม	ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะ ฝึกการหายใจ
วันที่.....	การหายใจ () ฝึกปฏิบัติ หรือ () ไม่ฝึกปฏิบัติ	(..) สงบ
	การคลุมหน้า () ฝึกปฏิบัติ หรือ () ไม่ฝึกปฏิบัติ	(..) ตัวเบา (..) ไหล่ปลอดโปร่ง
	การนอนนิ่งๆ () ฝึกปฏิบัติ หรือ () ไม่ฝึกปฏิบัติ	(..) หงุดหงิด (..) ง่วงนอน
วันที่.....	การหายใจ () ฝึกปฏิบัติ หรือ () ไม่ฝึกปฏิบัติ	(..) สงบ
	การคลุมหน้า () ฝึกปฏิบัติ หรือ () ไม่ฝึกปฏิบัติ	(..) ตัวเบา (..) ไหล่ปลอดโปร่ง
	การนอนนิ่งๆ () ฝึกปฏิบัติ หรือ () ไม่ฝึกปฏิบัติ	(..) หงุดหงิด (..) ง่วงนอน
วันที่.....	การหายใจ () ฝึกปฏิบัติ หรือ () ไม่ฝึกปฏิบัติ	(..) สงบ
	การคลุมหน้า () ฝึกปฏิบัติ หรือ () ไม่ฝึกปฏิบัติ	(..) ตัวเบา



ชุดที่ 4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 4.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory:
From A-I)
- 4.2 แบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด

แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ

คำชี้แจง ในการตอบคำถามข้อ 1 – 20 เป็นข้อความที่ใช้สำหรับการบรรยายเกี่ยวกับตัวของท่านเองโปรดอ่านประโยคในแต่ละข้อต่อไปนี้ให้เข้าใจและกรุณาใส่เครื่องหมาย V ลงในช่องซึ่งอยู่ทางขวาของประโยคที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มาก

ข้อความใดไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านในขณะนี้	ให้ตอบว่า	ไม่มีเลย
ข้อความใดตรงกับความรู้สึกจริงของท่านในขณะนี้เล็กน้อย	ให้ตอบว่า	เล็กน้อย
ข้อความใดตรงกับความรู้สึกจริงของท่านในขณะนี้ค่อนข้างมาก	ให้ตอบว่า	ค่อนข้างมาก
ข้อความใดตรงกับความรู้สึกจริงของท่านในขณะนี้มาก	ให้ตอบว่า	มากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ความรู้สึกของท่าน			
		มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
1	แม้ต้องผ่าตัดต่อกระดูก ท่านก็ยังรู้สึกจิตใจสงบ				
2	แม้ต้องผ่าตัดต่อกระดูก ท่านก็ยังรู้สึกว่าชีวิตปลอดภัย				
3	ท่านรู้สึกดีเกี่ยวกับเมื่อต้องผ่าตัดต่อกระดูก				
4	ท่านรู้สึกเสียใจเมื่อต้องผ่าตัดต่อกระดูก				
5	ท่านรู้สึกสบายใจ				
6	เมื่อต้องผ่าตัดต่อกระดูก ท่านรู้สึกหงุดหงิด				
7	ท่านรู้สึกกังวลกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด				
8	ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
9	ท่านรู้สึกวิตกกังวล เมื่อท่านต้องผ่าตัดต่อกระดูก				
10	ท่านรู้สึกว่า ชีวิตมีความสะดวกสบาย				
11	ท่านรู้สึกมีความเชื่อมั่นในตนเอง				
12	ท่านรู้สึกมีความตื่นเต้น				
13	ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย เมื่อต้องผ่าตัดต่อกระดูก				
14	ท่านรู้สึกคับข้องใจ				
15	ถึงแม้ว่าต้องผ่าตัดต่อกระดูก แต่ท่านก็ยังรู้สึกผ่อนคลาย				
16	ท่านรู้สึกพึงพอใจ				
17	ท่านรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระดูก				
18	ท่านตื่นตระหนก เมื่อท่านต้องผ่าตัดต่อกระดูก				
19	ท่านรู้สึกเบิกบาน				
20	ท่านยังรู้สึกแฉะมิด				

แบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัย : แบบวัดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ โปรดทำเครื่องหมายล้อมรอบเลขคะแนน หรือบันทึกสิ่งที่ตรงกับความเป็นจริงที่ได้จากการสังเกต ขณะผู้ป่วยทำผ่าตัด การคิดคะแนนจะหาค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็นรายด้าน และนำมาคำนวณร้อยละของคะแนนเต็ม

การวัดพฤติกรรมที่แสดงออกขณะทำการผ่าตัด	เกณฑ์การประเมิน	สำหรับผู้วิจัย
1.นอนเหยียดขาตลอดเวลา ผู้วิจัยรวบรวมความถี่ของการยกขาขึ้น ไขว่กัน การยกขาขึ้นชันเข้า การขยับขาข้าง ใดข้างหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้าง	0 คะแนน ผู้ป่วยยกขาหรือขยับขา 4 ครั้ง 1 คะแนน ผู้ป่วยยกขาหรือขยับขา 3 ครั้ง 2 คะแนน ผู้ป่วยยกขาหรือขยับขา 2 ครั้ง 3 คะแนน ผู้ป่วยยกขาหรือขยับขา 1 ครั้ง 4 คะแนน ผู้ป่วยนอนเหยียดขาตลอดเวลา	
2. ไม่ขยับตัว การขยับตัวในที่นี้หมายถึงการไม่ขยับ เลื่อนตัว บิดตัว โดยผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรม จากตัวผู้ป่วยและจากการหยุดผ่าตัดของ แพทย์	0 คะแนน ผู้ป่วยขยับตัว 4 ครั้ง 1 คะแนน ผู้ป่วยขยับตัว 3 ครั้ง 2 คะแนน ผู้ป่วยขยับตัว 2 ครั้ง 3 คะแนน ผู้ป่วยขยับตัว 1 ครั้ง 4.คะแนน ผู้ป่วยไม่ขยับตัวเลย	
3. ไม่พูดคุย การพูดคุยในที่นี้หมายถึงการซักถาม เกี่ยวกับการผ่าตัด การซักถามข้อสงสัย เกี่ยวกับการผ่าตัด ยกเว้นการพูดในกรณีที่ รู้สึกจะไอ จาม	0 คะแนน ผู้ป่วยพูด 4 ครั้ง 1 คะแนน ผู้ป่วยพูด 3 ครั้ง 2 คะแนน ผู้ป่วยพูด 2 ครั้ง 3 คะแนน ผู้ป่วยพูด 1 ครั้ง 4.คะแนน ผู้ป่วยไม่พูดคุยเลย	
4. ไม่ไอจาม (เวลาไอบอกล่วงหน้า) การไอ และจาม หมายถึงการกระแอม ไอ หรือ จาม โดยไม่มีการบอกล่วงหน้า	0 คะแนน ผู้ป่วยมีการไอจาม 4 ครั้ง 1 คะแนน ผู้ป่วยมีการไอจาม 3 ครั้ง 2 คะแนน ผู้ป่วยมีการไอจาม 2 ครั้ง 3 คะแนน ผู้ป่วยมีการไอจาม 1 ครั้ง 4 คะแนน ผู้ป่วยไม่มีการไอ หรือ จาม	
5. ไม่ส่ายหน้าไปมา ไม่ส่ายหน้าไปมาหมายถึงการการ หันหน้าหนีการผ่าตัด การสะบัดหน้าอย่าง เร็วและรุนแรงเมื่อแพทย์บอกให้หันหน้า.....	0 คะแนน ผู้ป่วยส่ายหน้าบิดไปมา 4 ครั้ง 1 คะแนน ผู้ป่วยส่ายหน้าบิดไปมา 3 ครั้ง	



ภาคผนวก ง

การทดสอบการแจกแจงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 แสดงการแจกแจงของข้อมูลความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		prestcase	posstcase	prestcon	posstcon
N		20	20	20	20
Normal Parameters ^b	Mean	43.00	36.15	39.85	39.95
	Std. Deviation	6.585	4.804	5.976	5.969
Most Extreme Differences	Absolute	.090	.144	.151	.097
	Positive	.090	.144	.136	.097
	Negative	-.074	-.089	-.151	-.068
Kolmogorov-Smirnov Z		.401	.644	.675	.432
Asymp. Sig. (2-tailed)		.997	.801	.752	.992

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่า Asymp. Sig. (2-tailed) ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ .997 และ .801 ส่วนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ .752 และ .992 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด .05 จึงสรุปได้ว่าคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางปริศนา จิระชีวี เกิดวันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ.2506 ที่จังหวัดฉะเชิงเทรา สำเร็จ การศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2529 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล ศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2549 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 หอผ้าตัดพันธุทิพย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



ศูนย์วิทยพักร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย