

บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารีวิวเรื่องความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับ ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาคั้งนี้ดังนี้

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูล ก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจนั้นการทำงานเพื่อสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เสื่อมลง การรักษาโดยการผ่าตัดมีส่วนที่สำคัญที่จะแก้ไขความผิดปกติที่มีอยู่ ช่วยบรรเทาอาการและอาการแสดงของโรค ลดความพิการ ทำให้หัวใจทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น (อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. 2543) เพิ่มผลลัพธ์การดูแลรักษาและคุณภาพชีวิตรวมถึงช่วยให้ชีวิตยืนยาว (Lindsay, Patrice and Others. 1997; Sethares, Seifert and Smith. 2008)

1. ความหมายของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ความหมายของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้นมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ซึ่ง มีดังนี้

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหมายถึงการผ่าตัดภายในหัวใจหรือหลอดเลือดใหญ่โดยกันเลือดไม่ให้ผ่านเข้าหัวใจ ใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม (heart-lung machine) ทำงานแทนหัวใจและปอดของผู้ป่วย บางครั้งอาจจะทำให้หัวใจหยุดเต้นด้วย เพื่อศัลยแพทย์จะทำผ่าตัดได้อย่างประณีตและสะดวกเพราะมองเห็นลักษณะภายในหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ได้ตลอดเวลา (สมชาติ โลจายะ. 2536)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหมายถึงการผ่าตัดที่หลอดเลือดใหญ่หรือหัวใจ ในขณะที่หัวใจ หยุดเต้นแล้วหรืออาจจะยังเต้นอยู่ แต่ได้หยุดทำการฉีดเลือดหล่อเลี้ยงร่างกายเป็นการชั่วคราว ในขณะที่ทำผ่าตัด

นั้น เลือดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดไม่ได้ผ่านหัวใจเลย ทั้งนี้โดยการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ช่วยทำหน้าที่แทนทำให้อวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ (รัชฎา แก่นสาร. 2550)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หมายถึง การผ่าตัดหัวใจโดยขณะผ่าตัดจะไม่มีเลือดผ่านหัวใจและปอดของผู้ป่วย เลือดที่ไม่ผ่านหัวใจและปอดอาจเป็นเลือดเพียงบางส่วนหรือเลือดทั้งหมด วัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขความผิดปกติภายในหัวใจเช่นการผ่าตัดขยายหรือซ่อมแซมลิ้นหัวใจ การเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นต้น การผ่าตัดชนิดนี้ต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม (ชอลดา พันธุเสนา. 2542)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หมายถึงการผ่าตัดที่สามารถมองเห็นพยาธิสภาพที่ต้องการแก้ไข ขณะทำผ่าตัดนั้นเลือดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดไม่ผ่านเข้าสู่หัวใจ ใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมทำงานแทนหัวใจและปอดผู้ป่วย มีวิธีการผ่าตัด 2 วิธีคือ (1) Inflow occlusion คือการอุดกั้นเส้นเลือดไม่ให้เลือดเข้าสู่หัวใจ โดยใช้สายยางรัด (tourniquet) รัดเส้นเลือด Superior Vena Cava (SVC) และ Inferior Vena Cava (IVC) และวิธีที่ (2) Cardiopulmonary bypass (CAB/heart-lung machine) คือการนำเลือดดำส่วนหนึ่งหรือทั้งหมด ซึ่งปกติแล้วจะไหลกลับสู่หัวใจ ให้ไหลกลับสู่ปอดเทียม (Oxygenation) เพื่อฟอกเป็นเลือดแดงแล้วกลับเข้าสู่ร่างกายโดยหัวใจเทียม (Mechanical pump) ทางเส้นเลือดแดงใหญ่ (อรสา ภูพฒ. 2551)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) เป็นการผ่าตัดหัวใจโดยใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม (Heart lung machine) ช่วยทำหน้าที่แทนปอดหัวใจขณะผ่าตัด มักเป็นการผ่าตัดชนิดที่ต้องเปิดหัวใจหรือหลอดเลือดใหญ่ออกทำการผ่าตัด ทำให้มองเห็นพยาธิสภาพที่ต้องการแก้ไขได้ชัดเจน เนื่องจากเลือดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดจะไม่ไหลผ่านหัวใจ และต้องทำให้หัวใจหยุดเต้นเพื่อที่ศัลยแพทย์จะได้ทำการผ่าตัดได้อย่างประณีต และสะดวก โดยที่ขณะทำการผ่าตัดอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ (Rosdahl and Kowalski. 2003)

โดยสรุปการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในการวิจัยครั้งนี้หมายถึงการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดซึ่งกระทำขณะที่หัวใจและปอดหยุดทำหน้าที่ขณะทำผ่าตัดนั้นเลือดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดไม่ผ่านเข้าสู่หัวใจ ใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม (heart-lung machine) ทำงานแทนหัวใจและปอดของผู้ป่วยในขณะทำการผ่าตัดเพื่อศัลยแพทย์จะทำผ่าตัดได้อย่างประณีตและสะดวก โดยที่ขณะทำการผ่าตัดอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ

2. โรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

โรคหัวใจที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและโรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลังดังนี้ (รัชฎา แก่นสาร. 2550; Ledoux and Luikart. 2010)

2.1 โรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด (Congenital heart disease) สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มย่อยคือ

1) กลุ่มที่ไม่มีอาการเขียว (Acyanotic heart disease) เพราะมีการไหลเวียนเลือดจากหัวใจด้านซ้ายไปด้านขวา (Left to right shunt) เช่นโรคผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว (Ventricular septal defect: VSD) โรคผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว (Atrial septal defect: ASD) เป็นต้น การมีเลือดแดงจากหัวใจด้านซ้ายผ่านไปยังด้านขวาได้ ทำให้เลือดไปที่ปอดมากขึ้นเกิดมีเลือดคั่งที่ปอด ทำให้ปอดเกิดการติดเชื้อง่ายถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ความดันของหลอดเลือดในปอด สูงขึ้น (Pulmonary hypertension) และถ้าความดันของหลอดเลือดในปอดสูงมากขึ้นจนทำให้มีการไหลเวียนเลือดจากหัวใจด้านขวาไปด้านซ้าย (Right to left shunt) ก็จะเป็นระยะสุดท้ายของโรคซึ่งไม่สามารถจะทำการผ่าตัดได้

2) กลุ่มที่มีอาการเขียว (Cyanotic heart disease) เพราะมีการไหลเวียนเลือด จากหัวใจด้านขวาไปด้านซ้าย (Right to left shunt) เช่นโรคหลอดเลือดแดงใหญ่สลับตำแหน่ง (Transposition of great arteries : TGA) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการเขียวเนื่องจากมีเลือดดำ จากหัวใจซีกขวาไหลเวียนไปยังหัวใจซีกซ้ายทำให้ความอิ่มตัวของออกซิเจน (Oxygen saturation) ในหัวใจซีกซ้ายลดลงเป็นผลทำให้มีออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายลดลง

3) กลุ่มที่มีการอุดตันของการไหลเวียนเลือด (Obstructive lesion) เช่น โรคหลอดเลือดเอออร์ตาตีบแคบ (Coarctation of aorta) โรคลิ้นหัวใจเอออร์ตาและปัลโมนารีตีบ (Aorta and pulmonary stenosis) โรคลิ้นไมตรัลพิการแต่กำเนิด (Congenital mitral valvular disease) เป็นต้น โรคเหล่านี้จะทำให้

มีการตีบของลิ้นหัวใจหรือหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่สะดวก

2.2 โรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquired heart disease)

ซึ่งมีสาเหตุเกิดได้จาก การอักเสบ การติดเชื้อ การเสื่อม การบาดเจ็บ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มย่อย คือ

1) กลุ่มความผิดปกติของลิ้นหัวใจ (valvular heart disease) ส่วนใหญ่จะเกิดตามหลังโรคหัวใจรูห์มาติก (Rheumatic fever) ทำให้เกิดภาวะลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว เช่น โรคลิ้นไมทรัลตีบ (Mitral stenosis : MS) โรคลิ้นไมทรัลรั่ว (Mitral regurgitation : MR) โรคลิ้นเอออร์ติกตีบ (Aortic stenosis : AS) โรคลิ้นเอออร์ติกรั่ว (Aortic regurgitation : AR) เป็นต้น

2) กลุ่มความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) ทำให้ หลอดเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ เลือดจึงไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) เป็นเหตุให้เสียชีวิตทันที (Sudden death) ได้

3) กลุ่มโรคของเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial disease) เช่น ภาวะที่มีหนองในช่อง เยื่อหุ้มหัวใจ (Pyopericarditis) และภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบเรื้อรัง (Chronic constrictive pericarditis) ซึ่งทำให้หัวใจขยายตัวรับเลือดได้น้อยลง และไม่สามารถบีบตัวได้ตามปกติ เกิดภาวะหัวใจช็อกขวาวายซึ่งจะต้องรีบทำการผ่าตัดเป็นต้น

4) กลุ่มโรคของหลอดเลือดเอออร์ตา ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Thoracic aortic aneurysm) ภาวะที่มีเลือดแทรกเข้าไปอยู่ในผนังของหลอดเลือดเอออร์ตา (Disease of the aorta) ซึ่งเกิดจากการฉีกขาดของเยื่อผนังหลอดเลือด

3. เทคนิคของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่วนใหญ่ใช้เทคนิคการผ่าตัดดังต่อไปนี้ (อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. 2543; วิจิตรา กุสมภ์ และพวงพกากริทอง. 2551; เพลินตา ศิริปการ และคณะ. 2553; Ledoux and Luikart. 2010)

3.1 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft : CABG) เป็นการผ่าตัดเส้นเลือดเข้าหลอดเลือดหัวใจโคโร

นารีย์ (Coronary Artery Bypass) ใช้เส้นเลือดดำที่ขา (Saphenous vein) มาเชื่อมต่อระหว่างหลอดเลือดแดงเอออร์กับหลอดเลือดแดงโคโรนารีย์ ในตำแหน่งที่อยู่ใกล้บริเวณจุดหรือใช้หลอดเลือดแดงภายในทรวงอก (Internal mammary artery) ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ใหม่ (revascularization)

3.2 ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valve replacement) เช่น เปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัล (Mitral valve replacement) เปลี่ยนลิ้นเอออร์ติก (Aortic valve replacement) หรือผ่าตัดตกแต่งลิ้นหัวใจ (Annuloplasty or Reconstruction)

3.3 ผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติทางกายวิภาคและการไหลเวียนเลือด ในโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิด (Corrective surgery) หรือ ผ่าตัดเย็บปิดรูรั่วที่ผนังกันระหว่างห้องหัวใจ (Repair or Closure of Defect) เช่น การเย็บปิดผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว (Closed Atrial septal defect) การเย็บปิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว (Closed ventricular septal defect)

3.4 ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation) การเปลี่ยนหัวใจในปัจจุบันเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานสำหรับการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของโรคหัวใจ (ผ่องศรี ศรีมรกต. 2553)

ทั้งนี้เทคนิคของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำเป็นต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ทำหน้าที่แทนหัวใจและปอด ระหว่างทำการผ่าตัดหัวใจจะหยุดทำงานและไม่ให้เลือดไหลเวียนผ่านหัวใจและปอดในขณะที่ผ่าตัดเพื่อสะดวกในการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติที่ซับซ้อน

4. การใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม

การใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมมีหลักการดังนี้ (ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, พรหมพร เพชรยงทอง และสุวรรณ ยะโสธาริน. 2542; อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์. 2543; Patricia and Others. 2009; Ledoux and Luikart. 2010)

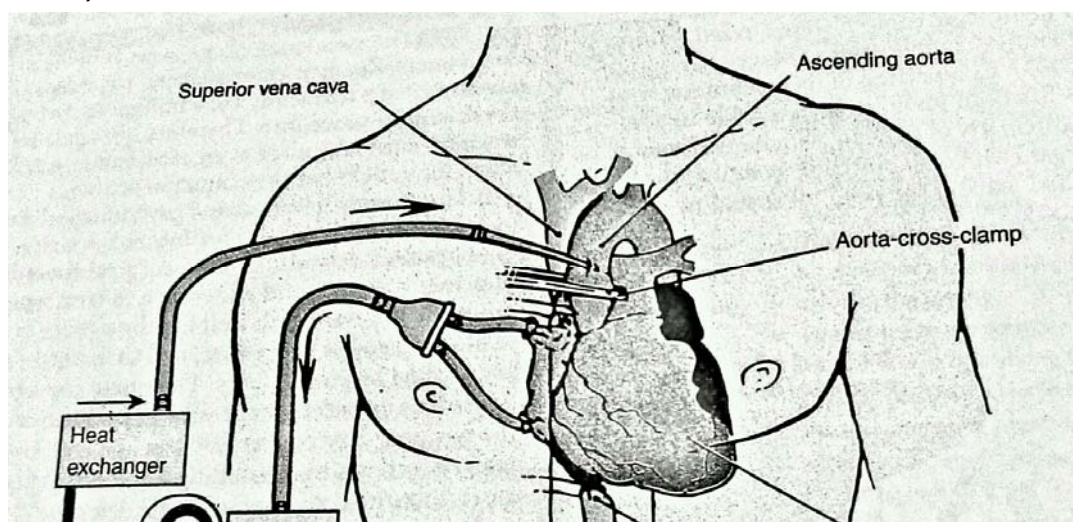
เครื่องหัวใจและปอดเทียมเป็นเครื่องมือที่ให้ออกซิเจนและทำให้เกิดการไหลเวียนโลหิต ในเทคนิคการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) โดยศัลยแพทย์จะทำทางเบี่ยงให้เลือด ส่วนใหญ่

ไหลเวียนนอกนอกหัวใจและปอด (Extracorporeal circulation) เพื่อสะดวกในการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติที่ซับซ้อน เครื่องหัวใจและปอดเทียมจะช่วยให้คงสภาพชีวิตของเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดการแพร่ซ่าน (diffusion) ของโลหิตที่มีออกซิเจนอย่างเพียงพอไปยังอวัยวะสำคัญ ๆ ที่ร่างกาย เช่น สมอง หัวใจ ตับ และ ไต

การไหลเวียนโลหิตนอกหัวใจและปอดประกอบด้วยโครงสร้างที่สำคัญ 3 ส่วน คือ ปั๊ม (pump) ทำหน้าที่แทนหัวใจ ตัวให้ออกซิเจนพร้อมแองจูลีต (Oxygenator with Reservoir) ทำหน้าที่แทนปอด และวงจรท่อกลวงพลาสติก (Plastic circuitry) ทำหน้าที่แทนหลอดเลือดใหญ่

ท่อกลวงพลาสติกที่สอดผ่านเข้าทางเอเทรียมขวาจะรับเลือดที่กลับจากเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจาก SVC และ IVC ไหลผ่านเข้าสู่ตัวให้ออกซิเจนแล้วจากแองจูลีตไหลผ่านไปยังวงจรปั๊มเพื่อสูบน้ำโลหิตให้ไหลผ่านท่อกลวงพลาสติกที่สอดเข้าทางเลือดเอออร์ตาส่วนขึ้น (ascending aorta) เข้าร่างกายไปเลี้ยงระบบอวัยวะต่าง ๆ (ในรายที่ทำผ่าตัดไปถึงโค้งของเอออร์ตามีหิ้นปุน เกาะแข็ง และในรายที่จำเป็นต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมอย่างรีบด่วน ภายหลังผ่าตัดเปิดกระดูกสันนอกท่อกลวงพลาสติกจากปั๊มจะถูกสอดใส่เข้าทางหลอดเลือดแดงโคนขา) ด้วยวิธีการต่อวงจรดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ในระหว่างการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ปริมาณเลือดทั้งหมดจะไหลเวียนอย่างต่อเนื่องระหว่างวงจรเครื่องมือและร่างกายผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกับที่มีการกรอง การควบคุมอุณหภูมิ และการให้ออกซิเจนอยู่ตลอดเวลา ดังแสดงให้เห็นดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 วงจรของเครื่องหัวใจ-ปอดเทียม (Smeltzer and Others. 2008)



เนื่องจากมีความแตกต่างระหว่างการทำงานของเครื่องมือกลศาสตร์ และระบบสรีระของร่างกาย การไหลเวียนโลหิตในขณะที่ใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมจึงไม่เคร่งครัดให้เหมือนสรีระปกติ ดังเห็นได้จากระหว่างการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมจะมีการควบคุมอัตราการไหลของโลหิตให้อยู่ในช่วงต่ำปานกลาง (50 มล. / กก.) และความดันโลหิตให้อยู่ในระหว่าง 40-60 มม.ปรอท (อาจสูงกว่านี้ในรายที่ไตเสื่อมหน้าที่หรือพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงคาโรติก) การเปลี่ยนแปลงกลไกดังกล่าวในระหว่างใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมจึงจำเป็นต้องมีวิธีการกระทำร่วมเพื่อคงสภาวะ การไหลเวียนโลหิตในร่างกายโดยการทำให้เลือดอยู่ในสภาวะเจือจาง (Hemodilution) การปรับอุณหภูมิกายให้ลดต่ำ (Hypothermia) และการใช้ยาต้านเลือดแข็ง (Anticoagulant)

4.1 การให้เลือดอยู่สภาวะเจือจาง (Hemodilution)

การใช้เลือดอย่างเดียวเป็นสารนำสารอง (Priming solution) ในวงจรเครื่องหัวใจ - ปอดเทียมจะเกิดปัญหาตามมาอีกหลายประการ เช่น ค่าใช้จ่ายสูง ปริมาณเลือดที่ต้องการ ไม่เพียงพอ เกิดภาวะติดเชื้อมีเลือดแดงแตกทำลาย และภาวะการรบกวนตัวเป็นลิ่ม

เลือด (Thrombus formation) ดังนั้นการปฏิบัติในปัจจุบันจึงนิยมใช้เลือดเจือจางกับสารน้ำไอโซโทนิค (5% Dextrose in Ringer's solution หรืออื่น ๆ) เป็นสารน้ำสำรองซึ่งเป็นที่ยอมรับแล้วว่าได้ผลดีกว่าการใช้เลือดอย่างเดียว ประโยชน์ของการใช้สารน้ำเจือจางในขณะที่ใช้เครื่องหัวใจและ ปอดเทียมมีดังนี้

1) น้ำในหลอดเลือดไม่เคลื่อนออกนอกหลอดเลือดมากเกินไปในระหว่างการใช้เครื่องช่วยหัวใจและปอดเทียม ทั้งนี้เนื่องจากคุณสมบัติการเป็นไอโซโทนิคของสารน้ำที่ใกล้เคียงกับคุณสมบัติของเลือดในร่างกาย

2) ความหนืดของเลือดลดลง ผลคือลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายและเพิ่มความกำซาบ (Perfusion) ของหลอดเลือดฝอย

3) โอกาสที่เลือดจะจับกันเป็นลิ่มที่บริเวณสัมผัสกับเครื่องมือกลศาสตร์เกิดขึ้นได้น้อย ลดภาวะเสี่ยงจากลิ่มเลือดอุดตัน

4) ลดภาวะของธนาการเลือด ลดค่าใช้จ่ายต่อยูนิตของเลือด และลดปัจจัยเสี่ยงจากการให้เลือด เช่น การเข้ากันไม่ได้ของเลือด การแพร่กระจายของเชื้อโรคโดยเฉพาะโรคเอดส์

4.2 การปรับอุณหภูมิกายให้ลดต่ำ (Hypothermia)

สภาวะอุณหภูมิกายลดต่ำขณะทำการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดกระทำโดยการใช้เครื่องแลกเปลี่ยนความร้อน (Heat exchanger) ซึ่งเป็นส่วนประกอบหนึ่งของเครื่องหัวใจ-ปอดเทียม โดยทั่วไปผู้ป่วยมักได้รับการลดอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในระดับต่ำปานกลางคือประมาณ 28-32 องศาเซลเซียส การลดอุณหภูมิให้ต่ำกว่านี้จะทำในรายเด็กเล็กหรือในการผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติซับซ้อนหรือในรายที่ทำการผ่าตัดบริเวณโค้งของเอออร์ต้า อุณหภูมิที่ต่ำปานกลางจะลดการใช้ออกซิเจนเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกายได้ประมาณ 50% ผลคือช่วยให้อวัยวะสำคัญ ๆ ของร่างกายคงสภาพอยู่ได้โดยปราศจากการบาดเจ็บจากการขาดเลือด โดยเฉพาะในราย ที่จำเป็นต้องหยุดการไหลเวียนโลหิตชั่วคราวเพื่อสะดวกในการผ่าตัดหรือในรายที่หยุดทำงานอย่างกะทันหัน นอกจากนี้อุณหภูมิที่ลดต่ำลงยังประโยชน์สำคัญในการลดความต้องการออกซิเจนของเนื้อเยื่อทำให้สามารถลดอัตราการไหล (flow rate) ลดแรงตึงผิว และลดการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงขณะใช้เครื่องหัวใจ-ปอดเทียม

4.3 การใช้สารต้านเลือดแข็ง (Anticoagulant)

เพื่อป้องกันเลือดแข็งตัวในขณะที่ไหลผ่านวงจรท่อพลาสติก ระหว่างการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ผู้ป่วยจะได้รับการฉีดสารเฮปาริน ซึ่งมีฤทธิ์ไปขัดขวางการรวมตัวของธรมบินและป้องกันการเปลี่ยนไฟบริโนเจนไปเป็นไฟบริน ทำให้เกิดสภาวะต้านการแข็งตัวของเลือด การให้สารต้านเลือดแข็งจะทำด้วยความระมัดระวัง โดยประเมินจากการเจาะเลือดหาค่าพาเซียร์ธรมโบ พลาสติน (PTT) เป็นระยะ ๆ เมื่อการผ่าตัดหัวใจเสร็จสิ้นแพทย์จะฉีดโปรตามีนซัลเฟต (Protamine Sulphate) เพื่อแก้สภาวะต้านเลือดแข็ง ดังนั้นสภาวะตกเลือดจากการใช้สารเฮปารินจึงเกิดขึ้นได้น้อยมาก

โดยสรุปเครื่องหัวใจและปอดเทียมเป็นเครื่องมือที่ให้ ออกซิเจนและทำให้เกิด การไหลเวียนโลหิต เพื่อสะดวกในการ ผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติที่ซับซ้อน ซึ่งมีวิธีการกระทำร่วมเพื่อ คงสภาวะการไหลเวียนโลหิตในร่างกายโดยการทำให้ออกซิเจนอยู่ในสภาวะเจือจาง (Hemodilution) การปรับอุณหภูมิร่างกายให้ลดต่ำ (Hypothermia) และการใช้ยาต้านเลือดแข็ง (Anticoagulant) ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้คงสภาพชีวิตของเนื้อเยื่อทำให้เกิดการแผ่ซ่าน (diffusion) ของโลหิตที่มีออกซิเจนอย่างเพียงพอไปยังอวัยวะสำคัญ ๆ ทั่วร่างกาย

5. ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจมีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังการผ่าตัดหัวใจได้แก่ (ปีนชนี ชาติบุรุษ. 2548; รัชฎา แก่นสาร. 2550; วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงพกา กรีทอง. 2551; อรสา ภูพุด. 2551; Patricia and Others. 2005; Smeltzer and Others. 2008; Sethares, Seifert and Smith. 2008; Ledoux and Luikart. 2010)

5.1 ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง (Low cardiac output) แสดงออกโดยมีอาการกระสับกระส่าย มือเท้าเย็น อวัยวะส่วนปลายเขียว หัวใจเต้นเร็ว จำนวนปัสสาวะน้อยลง มีภาวะกรดเกินในเลือดแดง

5.2 จังหวะและการเต้นของหัวใจผิดปกติ (arrhythmia) ที่สำคัญคือ A-V block, bradycardia และ ventricular arrhythmia

5.3 เลือดออกและตกเลือดหลังผ่าตัด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของเกร็ดเลือด และการทำลายปัจจัยที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือด

โดยเครื่องเครื่องหัวใจและปอดเทียมมาก และการให้ยาแก้ฤทธิ์ของเฮปารินไม่เพียงพอ ปริมาณเลือดที่ออกมากผิดปกติ เช่น 400 มล ภายใน 1 ชั่วโมง หรือ 200 มล/ชม. ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง หรือ 100 มล/ชม. ติดต่อกัน 4 ชั่วโมง ถือเป็นข้อบ่งชี้ที่ต้องเข้าห้องผ่าตัดซ้ำ (reoperation)

5.4 ภาวะหัวใจถูกบีบอัด (cardiac tamponade) เนื่องจากมีเลือดหรือของเหลวอยู่ในช่องเยื่อหุ้มหัวใจทำให้การคลายตัวเพื่อรับเลือดของหัวใจห้องล่างถูกจำกัด และเลือดหรือของเหลวนี้อิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้ไปกดเบียดหัวใจ ไม่สามารถส่งเลือดออกจากหัวใจและไม่สามารถรับเลือดเข้าหัวใจได้ ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางหัวใจที่ต้องรีบแก้ไขเร่งด่วน

5.5 โรคแทรกทางปอด พบเนื่องจากปอดไม่ได้ขยายตัวอย่างต่อเนื่องในระหว่าง การไหลเวียนเลือดนอกร่างกาย และมีสาเหตุจากการจำกัดการขยายตัวของกล้ามเนื้อกะบังลมและการเคลื่อนไหวของทรวงอก ทำให้เกิดปอดแฟบ และปอดบวม โดยเฉพาะรายที่ใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเป็นเวลานานการ

5.6 สมองเสื่อมหน้าที่จากการกำซาบเลือดไปยังสมองไม่เพียงพอ และจากฟองอากาศหรือสสารขนาดเล็กไปอุดตันหลอดเลือด ขณะผู้ป่วยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม โดยพบสถิติการเกิด ร้อยละ 3-6 ความรุนแรงขึ้นกับระยะเวลาที่ใช้ไปกับการไหลเวียนโลหิตนอกหัวใจและปอด (Sethares, Seifert and Smith. 2008; Ledoux and Luikart. 2010)

5.7 ความไม่สมดุลของเกลือแร่ในเลือดที่พบบ่อย คือ ภาวะโปแตสเซียมต่ำในเลือด(hypokalemia) สาเหตุอาจเกิดจากได้รับยาขับปัสสาวะและการทำให้เลือดอยู่ในสภาวะเจือจาง (hemodilution technique)

5.8 กล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมหน้าที่ อันเนื่องมาจากการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมมากกว่า 60 นาที ซึ่งทำให้เกิดภาวะกรด (acidosis) ต่อเนื้อเยื่ออาจเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมหน้าที่

5.9 ภาวะไตวาย เนื่องจากสภาวะอุณหภูมิกายลดต่ำขณะทำการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ปริมาณปัสสาวะจะค่อย ๆ ลดลงและหยุดอย่างสิ้นเชิงที่ 20 องศาเซลเซียส การที่อุณหภูมิร่างกายต่ำจะช่วยปกป้องไต

ไม่ได้เสียหายจากการให้ perfusion ไม่เพียงพอ ภาวะไตวายที่เกิดขึ้นหลังจากทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมักเป็นผลจากการกระตุ้นระบบ rennin-angiotensin ในภาวะที่เลือดไปเลี้ยงไตไม่พออย่างรุนแรง จนทำให้เกิด Acute tubular necrosis ในบางรายภาวะไตวายเกิดจากพิษของฮีโมโกลบินที่ออกมาจากเม็ดเลือดที่แตก (hemolysis) ซึ่งในกรณีนี้สามารถลดความเสียหายได้ โดยการให้โซเดียมไบคาร์บอเนต เพื่อให้ปัสสาวะเป็นด่างร่วมกับให้แมนนิทอลดึงเอาปัสสาวะออกมา dilute ฮีโมโกลบินที่ tubule

5.10 ภาวะแผลติดเชื้อ เป็นภาวะที่พบได้เนื่องจากการผ่าตัดและการสอดใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ เข้าร่างกายของผู้ป่วย โดยพบสถิติการติดเชื้อแผลผ่าตัด deep terna infection 0.25 - 4% และ superficial terna infection 2-6% ซึ่งมักจะพบ 4-14 วันหลังผ่าตัด (Ledoux and Luikart. 2010)

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

1. ความหมายของความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้หลายท่านเช่น

ความวิตกกังวลเป็นการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ ในสถานการณ์ที่ตึงเครียดหวาดหวั่น จากการมีสิ่งที่คุณถาม ที่คาดการณ์ว่าจะเป็นอันตราย (Videbeck. 2008)

ความวิตกกังวล เป็นการแสดงความรู้สึกไม่สบายใจ เมื่อได้รับทราบข่าวสารหรือมีเหตุการณ์ที่มาคุกคาม อาจนำไปสู่อันตรายทำให้เกิดการสูญเสียหรือคาดว่าจะก่อให้เกิดอันตรายหรือการสูญเสียซึ่งในความเป็นจริงอาจจะไม่เกิดอันตรายหรือการสูญเสียก็ได้ (พิเชฐ อดมรัตน์. 2544; สมภพ เรืองตระกูล. 2547)

ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจต่อสิ่งคุกคาม ความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจขึ้น (Cassmeyer, Mitchell and Betrus. 1995)

ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม เสียภัย ตกอยู่ในอันตราย หรือตกอยู่ในภาวะของความไม่มั่นคง

ปลอดภัย ความไม่แน่นอน ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกนี้จะทำให้บุคคลเกิดความหวาดกลัว ตึงเครียด กระวนกระวายใจ หรือไม่สบายใจ และเมื่อถูกคุกคามบุคคลจะตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ (ชอลดา พันธุเสนา. 2536)

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของ ทุกเพศ ทุกวัย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่แน่นอน หวาดกลัว ตึงเครียด กระวนกระวายใจ เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อเหตุการณ์/สิ่งคุกคามที่อาจมีจริงหรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า ทำให้มีการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสามารถเกิดในชีวิตของทุกเพศ ทุกวัย

2. ประเภทของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังนี้ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช .2545; Shiver. 2005)

2.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or Situational anxiety or Acute anxiety or A-State) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคล ในสถานการณ์หนึ่งในขณะนั้นซึ่งจะเกิดขึ้นชั่วคราว ตามความรุนแรงของสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น ถ้าสิ่งเร้ามีความรุนแรงมากก็จะทำให้เกิด ความวิตกกังวลมาก ความรุนแรงและความยาวนานของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง จะมี ความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

2.2 ความวิตกกังวลแฝงหรืออุปนิสัยวิตกกังวล (Trait anxiety or Chronic anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลระดับหนึ่งเป็นลักษณะประจำตัวที่ค่อนข้างแน่นอน ประกอบอยู่ในบุคลิกภาพซึ่งเป็นพื้นฐานของอารมณ์ ไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง โดยตรงแต่จะเป็นตัวเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง

ความวิตกกังวลทั้งสองชนิดมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเป็นอันตราย ความวิตกกังวลแฝงจะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความรุนแรงขึ้น

3. ระดับของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลเผชิญต่อภาวะคุกคาม จะเกิดความเครียดซึ่งจะแสดงออกในรูปของความวิตกกังวล การประเมินเหตุการณ์ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ทำให้มีระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลแตกต่างกัน และการรับรู้ของบุคคลขึ้นกับสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น ระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537; Shiver. 2005; Videbeck. 2008)

3.1 ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเนื่องจาก การดำรงชีวิตประจำวัน เป็นระดับที่ทำให้บุคคลตื่นตัว มีการรับรู้กว้างขึ้น มีความสามารถในการเรียนรู้อะไรและการแก้ปัญหาดีขึ้น รวมทั้งมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในตัวบุคคล

3.2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) เป็นระดับที่ทำให้การรับรู้แคบลง บุคคลจะเลือกสนใจเฉพาะบางส่วนของเหตุการณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง อาจมีอาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น หายใจออกแรง มีความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหารหรือ ปวดศีรษะ เป็นต้น แต่ถ้าได้รับการชี้แนะจะมีความตั้งใจมากขึ้น

3.3 ความวิตกกังวลระดับมาก (Severe Anxiety) เป็นระดับที่ทำให้การรับรู้แคบมาก รับรู้รายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงบางส่วน ไม่สามารถแก้ปัญหามาของตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลต่อขบวนการหายใจของโรค ต้องได้รับการชี้แนะเป็นอย่างมาก

3.4 ความวิตกกังวลระดับมากที่สุดหรือตื่นตระหนก (Panic Anxiety) เป็นระดับที่ทำให้การรับรู้แคบลงมากที่สุด ไม่ตรงตามความเป็นจริง บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง บุคลิกภาพและความคิดจะผิดปกติ แสดงพฤติกรรมออกมาอย่างไม่มียุติความ สามารถในการติดต่อกับผู้อื่น และการเรียนรู้เสียไป ไม่สามารถปฏิบัติตามคำชี้แนะได้

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดประโยชน์ เกิดการเรียนรู้และการแสดงออกทั้งทางด้านสรีรวิทยาและพฤติกรรม ความวิตกกังวลจะช่วยพัฒนาให้เกิด ความเข้มแข็งขึ้น รู้หน้าที่ในสิ่งที่ต้องทำแต่ความวิตกกังวลในระดับที่สูงเกินกว่าปกติจะทำให้เกิดปัญหา ทำให้ไม่สบายใจ ทำงานต่อไปไม่ได้หรืออาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากได้ (สเปญ อุอนงค์. 2545)

4. การตอบสนองของบุคคลเมื่อเกิดความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะตอบสนองต่อความวิตกกังวลซึ่งมีผลทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงต่างๆมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถสรุปได้ดังนี้ (ชอลดา พันธุเสนา. 2536; French. 1994; Kneisl. 1996; Joy. 2009)

4.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เป็นผลจากระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำงานโดยอิสระไม่อยู่ใต้อำนาจจิตใจ ประกอบด้วยระบบประสาทซิมพาเธติกและพาราซิมพาเธติก ซึ่งทั้ง 2 ระบบนี้จะทำงานตรงกันข้ามกันเพื่อรักษาความสมดุลของการทำงานของอวัยวะในร่างกายโดยระบบซิมพาเธติกจะมีบทบาทมากกว่าเมื่อมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยหรือปานกลางทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงคือหัวใจเต้นเร็วขึ้น เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น เหงื่อออก ท้องผูก เป็นต้น แต่ถ้ามีระดับความวิตกกังวลสูงและรุนแรง ระบบพาราซิมพาเธติกจะมีบทบาทมากกว่า ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น

4.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี โดยขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าจะหลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิกไปกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอกให้หลั่งฮอร์โมน คอร์ติคอลมากรีน ทำให้การทำหน้าที่ผิดปกติ เช่น เกิดการคั่งของโซเดียม เพิ่มการทำลายของ ไกลโคเจนในตับ ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวและปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น ส่วนต่อมพิทูอิทารีส่วนหลังซึ่ง หลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก ที่ทำหน้าที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ ถ้าระดับความวิตกกังวลมีความรุนแรงมากขึ้นจะทำให้ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ส่วนไฮโปทาลามัส จะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเธติกไปยังต่อมหมวกไตชั้นในให้หลั่งฮอร์โมนแคทีโกลามีน ซึ่งประกอบไปด้วย อิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน เข้าสู่กระแสเลือดไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น เส้นเลือดส่วนปลายมีการหดตัวทำให้มือและเท้าซีดและเย็น นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังไปกุดการทำงานของภูมิคุ้มกันของเซลล์และกุดการตอบสนอง ต่อแอนติบอดีของร่างกาย

4.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จะทำให้มีอาการตกใจง่าย กระสับกระส่ายหงุดหงิดและโมโหง่าย เป็นต้น

4.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ และการเรียนรู้ ทำให้ความคิดสับสน ความคิดฟุ้งซ่าน การตัดสินใจไม่ดี การรับรู้ผิดพลาด ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย และความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง เป็นต้น

โดยสรุปเมื่อความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะตอบสนองต่อความวิตกกังวลโดยมี การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ชีวเคมี อารมณ์และความคิด ความจำ ซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการประเมินความวิตกกังวลเพื่อบรรเทาและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที

5. การประเมินความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยความวิตกกังวลจะมีระดับแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถวัดและประเมินได้ 3 วิธีด้วยกันคือการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) การประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior measure of anxiety) และการประเมินโดย การตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ชอลดา พันธุเสนา. 2536)

5.1 ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อ เป็นต้น

5.2 ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) โดยสังเกตการณ์เคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ความสอดคล้องของการทำงานด้านร่างกาย ความจำ ปฏิกริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายใน ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น อาการกระสับกระส่าย มือสั่น ร้องไห้ ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น

5.3 ประเมินจากการใช้แบบประเมินด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความรู้สึกด้วยตนเอง แล้วมา

ประเมินเป็นความวิตกกังวล ที่นิยมใช้ คือ (สุรศักดิ์ พุฒิวิณิชย์. 2545)

1) แบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ มีชื่อเรียกว่า State-Trait Anxiety Inventory (STAI) เป็นแบบวัดความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไปหรือเหตุการณ์เรื่องราวที่เฉพาะเจาะจงที่เชื่อมโยงไปสู่ความวิตกกังวล แบ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Anxiety) กับแบบวัดความวิตกกังวลแฝง (Trait-Anxiety) โดยให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่มีอยู่จริงในขณะนั้น

2) มาตรการวัดความวิตกกังวลของการเบอร์สัน (Garberson. 1991) ซึ่งมีลักษณะเป็น Visual analogue scale ซึ่งเป็นการถามภาพรวมของความวิตกกังวล คำถามมีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวยาว 10 เซนติเมตร ปลายปิดทางด้านซ้าย จะตรงกับความรู้สึก “ไม่มีความวิตกกังวล” และความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือ จนถึงปลายปิดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึก “มีความวิตกกังวลมากที่สุด” ดังแสดงในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 มาตรการวัดความวิตกกังวล (Garberson. 1991)



วิธีการประเมินให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายลงบนมาตรวัดตามความรู้สึกวิตกกังวลที่มีอยู่จริงในขณะนั้น ให้คะแนนตามการวัดความยาวจากจุดที่ไม่มีความวิตกกังวลไปจนถึงจุดที่ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายไว้ ผู้ที่มีคะแนนมากจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย (Garberson. 1991)

ดังนั้นการประเมินระดับความวิตกกังวลจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อหาสาเหตุและให้การพยาบาลเพื่อลดระดับความวิตกกังวล

6. ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่กระทำต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย โดยหัวใจจะหยุดเต้นระยะหนึ่ง เพื่อที่ศัลยแพทย์จะได้แก้ไขพยาธิสภาพของหัวใจอย่างรวดเร็ว ภายหลังผ่าตัดเสร็จสิ้น หัวใจจะถูกกระตุ้นให้เริ่มทำงานใหม่จนกระทั่งสามารถทำงานได้ตามปกติ เมื่อผู้ป่วยทราบว่าต้องรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดความวิตกกังวลจะเพิ่มขึ้นอย่างทันทีทันใด (Duits.1998; Vingerhoets. 1998) มีการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 53 ราย ที่The Heart Surgery Department of Wroclaw Medical University โดยใช้ Spielberger anxiety questionnaire and Beck Depression Inventory ผลการศึกษาพบว่า 55% ของผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลในระดับสูง (Rymaszewska, Kiejna and Hadrys. 2003) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะแสดงออกมาในรูปของความกลัว ซึ่งพบได้บ่อย ผู้ป่วยมักกลัวในสิ่งไม่รู้ กลัวความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัด กลัวภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป กลัว การปฏิบัติตนได้ไม่ถูกต้อง กลัวการผ่าตัด รวมทั้งกลัวว่าจะเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการผ่าตัด (Smeltzer and Others. 2008) และจากการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย 1 วันก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ความวิตกกังวล กลัวเสียชีวิต กลัวการผ่าตัดไม่ประสบความสำเร็จ นอนไม่หลับ บางครั้งพบว่าผู้ป่วยหนีกลับบ้าน (แซไฮ ชาญบัญญัติ. 2545) อีกทั้งมีการศึกษาเรื่อง ความต้องการการศึกษาและการสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัวขณะรอผ่าตัดหัวใจที่ University-affiliated tertiary cardiovascular care center in mideastern Canada กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยรอผ่าตัดหัวใจจำนวน 147 ราย และญาติผู้ป่วยจำนวน 125 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม โดยสอบถามถึงความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และความต้องการระหว่างรอผ่าตัดหัวใจ (Needs Inventory for Patients who Wait: NIPW) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพก่อนผ่าตัด การผ่าตัด ความสำเร็จของการผ่าตัดและความสามารถในการจัดการช่วงก่อนผ่าตัด (Lindsay, Patrice and Others. 1997) นอกจากนี้พบการศึกษาเรื่อง

ความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 172 คน ในโรงพยาบาล 2 แห่งที่ประเทศออสเตรเลีย เก็บข้อมูลโดยใช้ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความวิตกกังวลในเรื่องความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ความไม่สุขสบาย ผลลัพธ์หลังผ่าตัด และการกลับมาทำงานใช้ชีวิตตามปกติ (Gallagher and Mckinley. 2007)

ความวิตกกังวลมีความเกี่ยวข้องกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วย (Vingerhoets. 1998) ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับสูงจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัดอีกทั้งสามารถ ทำนายความผิดปกติทางอารมณ์หลังผ่าตัดได้ (Rymaszewska, Kiejna and Hadrys. 2003) ความวิตกกังวลก่อนทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงขึ้น (Exacerbate) ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวช้าหลังผ่าตัด (Guo, East and Arthur. 2011) นอกจากนี้ ยังพบว่าความวิตกกังวลระดับสูงมีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ที่ไม่ดีหลังผ่าตัด (Vingerhoets. 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เรื่องภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลกับผลลัพธ์ในผู้ป่วยทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลระยะก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดีหลังผ่าตัด (Pignay-Demaria and Others. 2003) ซึ่งได้มีการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการเครียด กับ การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล หลังทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยจำนวน 222 คน โดยใช้ The depress anxiety and stress scale (DASS) ประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และติดตาม การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tully and Others. 2008)

นอกจากนี้ มีการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจ

จำนวน 440 คน โดยใช้ The depress anxiety and stress scale (DASS) และติดตามการตายไป ช่วง 10 เดือนและ 5 ปี หลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลระยะก่อนผ่าตัดทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่ออัตราตาย [hazard ratio (HR)= 1.88(95% CI=1.2-3.17), P=0.02] (Tully, Baker and Knight. 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดหัวใจสามารถทำนายการเกิดความเจ็บป่วยและอัตราตาย ในกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี จำนวน 148 คน ที่อยู่ในโรงพยาบาล ตติยภูมิ 4 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ซึ่งใช้ The Hospital Anxiety and Depression Scale ประเมินผู้ป่วย 2 วัน ก่อนผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ในระดับสูง จะสามารถทำนายอัตราตายหลังผ่าตัดและการเกิดความเจ็บป่วยหลังผ่าตัดได้ เช่น หลอดเลือดสมองตีบตัน ไตวาย แผลผ่าตัดติดเชื้อ และการผ่าตัดซ้ำ (odd ratio 5.1, 95% confidence interval 1.3 to 20.2; p=0.02) (Williams and Others. 2013)

โดยสรุปการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการทำผ่าตัดใหญ่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลกับผู้ป่วย ทำให้อาการเจ็บป่วยของโรคเกิดขึ้นได้ เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีในระยะหลังผ่าตัด การฟื้นฟูตัวซ้ำ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอัตราตายหลังผ่าตัด แต่อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลของผู้ป่วยสามารถลดลงได้ด้วยการให้ข้อมูลตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ซึ่งข้อค้นพบที่เหมือนกันคือการให้ข้อมูลที่ถูกต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อการเตรียมตัวที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจในการเข้ารับการผ่าตัด (ศรีประภา จันท์มีศรี. 2552; McGaughey and Harrission. 1994; Suhonen and Leino-Kilpi. 2006) การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตามความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดหวังเหตุการณ์ได้ตรงความจริง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้สติปัญญา ในการประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น (เสงี่ยม ชวนนัย และชานพิศ มีสวัสดิ์. 2543; Lithner and Zilling. 2000)

ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ ตามทฤษฎีของ อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow) ความต้องการพื้นฐานเป็นปัจจัยที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย ความต้องการทางด้าน

ร่างกาย (Basic Physiological Need) ความต้องการความปลอดภัย (Safe and Security Need) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Love and Belonging Need) ความต้องการการยอมรับนับถือ (Esteem Need) และความต้องการบรรลุศักยภาพสูงสุดแห่งตน (Self Actualization Need) (Smeltzer and Others. 2008; จิราภา เต็งไตรรัตน์. 2552) จะพบว่าความต้องการความปลอดภัย (Safe and Security Need) เป็นหนึ่งในความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เป็นความต้องการความคุ้มครองปกป้อง ความปลอดภัยจากการคุกคาม ปลอดภัยจากความวิตกกังวล และอันตราย ซึ่งผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดจะรู้สึกไม่ปลอดภัย เกิดความวิตกกังวล ดังนั้นเมื่อเกิดความความวิตกกังวลและต้องการลดความไม่สบายใจจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลเหล่านั้นจะมีการปรับตัวเองให้อยู่ในภาวะสมดุลและสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ (เสถียร ชัยนัย และชวนพิศ มีสวัสดิ์. 2543) ซึ่งมีความต้องการข้อมูล และแสวงหาข้อมูลเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล เกิดความปลอดภัยและผลลัพธ์หลังผ่าตัดที่ดี (McGaughey and Harrission. 1994; Nelson. 1996)

1. ความหมายของความต้องการข้อมูล

ความต้องการข้อมูลหมายถึงการรับรู้ถึงความพร่องในข้อมูลที่จำเป็นหรือต้องการ ซึ่งกระตุ้นให้มีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมและการแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมหรือเป็นความรู้สึกว่ายังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ (ชนิษฐา นาคะ. 2534)

ความต้องการข้อมูลเป็นการรับรู้ความบกพร่องในข้อมูลที่จำเป็นหรือที่ต้องการ ระดับความต้องการข้อมูลจึงขึ้นอยู่กับระดับการขาดข้อมูลที่จำเป็นหรือต้องการและขึ้นอยู่กับความต้องการข้อมูลและการแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม (Barsevick and Johnson. 1990 อ้างถึงใน งามพิศ ธนไพศาลและคณะ. 2550)

ความต้องการข้อมูลหมายถึงเมื่อบุคคลรับรู้ข้อมูลไม่เพียงพอ กับความต้องการข้อมูล การแสวงหาข้อมูลเป็นวิธีการหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้ในการควบคุมสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลลดความเครียดลงได้ (McKim and Others. 1995)

ความต้องการข้อมูลหมายถึงการขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่นการเตรียมตัวก่อน ผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัดและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (Durity and durity. 2003; cite in Samsudin. 2005)

โดยสรุปว่าความต้องการข้อมูลเกิดจากบุคคลรับรู้ข้อมูลไม่เพียงพอ ขาดความรู้ ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น ซึ่งระดับความต้องการข้อมูลจึงขึ้นอยู่กับระดับการขาดข้อมูลที่

จำเป็น การได้รับข้อมูลที่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้

2. ลักษณะของข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้องการ

ยอนท์ เอดเจลและจาโคเวค (Yount , Edgell and Jakovec. 1990) เสนอว่าข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้องการแบ่งเป็น 5 ด้านคือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ (situation or procedural information) 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกทักษะด้านการปฏิบัติตัว (skill training information) 3) ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย (patient ' role information) 4) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สุขสบาย (sensation-discomfort information) 5) ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (psychosocial support information) นอกจากนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมร่วมด้วยซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ (Situation or procedural information) เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์ที่จะขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยและเครื่องมือที่ผู้ป่วยจะได้รับ ข้อมูลด้านวิธีการจะช่วยลดภาวะวิกฤติด้านอารมณ์ของผู้ป่วยและช่วยลดความวิตกกังวลได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการดังนี้

มิลเลอร์ และชาดา (Miller and Shada. 1978) ศึกษาข้อมูลก่อนผ่าตัด และ การฟื้นตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 19 คน ถึงข้อมูลที่ควรมีอยู่ในคำแนะนำก่อนผ่าตัดเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องเครื่องช่วยหายใจ ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพและการถอดท่อระบายทรวงอก มีการศึกษาในระยะต่อมาได้ผลคล้ายคลึงกันคือผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความต้องการข้อมูลในเรื่อง สายต่าง ๆ ที่สอดใส่ เข้าร่างกายของผู้ป่วยเครื่องช่วยหายใจ ท่อช่วยหายใจการดูดเสมหะ การถอดท่อระบายทรวงอก และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปหลังผ่าตัด (Rothrock.1989; Asilioglu and Celik. 2004)

การศึกษาสิ่งที่ผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดหัวใจต้องการให้ทีมสุขภาพได้ รับทราบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจในระยะหลังจำหน่ายไปแล้ว 1 และ 6 อาทิตย์ จำนวน 89 ราย ได้มีการเก็บข้อมูลโดยโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วย โดยใช้คำถาม “ สิ่งที่คุณต้องการให้พยาบาลและแพทย์ของคุณรู้เพื่อช่วยให้พวกเขาทำงานได้

ดีขึ้น” ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ในเรื่อง รายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัด และการสื่อสารระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจ (Doering, McGuire and Rourke. 2002) นอกจากนี้มีการศึกษา เรื่อง การสำรวจความต้องการของผู้ป่วยเรื่องการศึกษาและการสนับสนุนในขณะรอผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยรอผ่าตัดหัวใจ จำนวน 679 ราย จาก cardiac surgery at an NHS Trust specializing cardiac and respiratory disorder เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมากกว่า 50% มีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัด (Fleming and Others. 2001) อีกทั้งมีการศึกษา เรื่องความต้องการการศึกษาและการสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว ขณะรอผ่าตัดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่าต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่อง รายละเอียดเกี่ยวกับ การผ่าตัด การเข้าพักในโรงพยาบาล และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปหลังผ่าตัด (Lindsay and Others. 1997)

มีการศึกษา เรื่องข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ที่ผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต้องการทราบ โดยทำการศึกษาที่ Cardiothoracic surgical centre in Sweden ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 156 ราย กลุ่มทดลองจำนวน 180 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับ ข้อมูลเทคนิคการผ่าตัดหัวใจ การเตรียมตัว และการปฏิบัติเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจ การใช้ยา การเปลี่ยนแปลง และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเหมือนกลุ่มควบคุม และ เพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทั่วไปและที่อาจเกิดกับ อวัยวะต่าง ๆ รวมถึงภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นสาเหตุทำให้ถึงแก่ชีวิตและภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดจากการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า 72% ของกลุ่มทดลอง และ 69% ของกลุ่มควบคุม ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ET และที่พบบาก (Ivarsson and Others. 2005) และมีการศึกษาเรื่อง การติดตามผู้ป่วยทำทางเบี่ยง หลอด เลือดหัวใจและผู้ป่วยที่ขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้บอลูน ใน 1 ปี ถึงความคาดหวังและความพึงพอใจจากการสนับสนุน ในการให้ข้อมูล เพื่อการมีคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย ทำทางเบี่ยงหลอดเลือด หัวใจ จำนวน 432 ราย และผู้ป่วยที่ขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้ บอลูน จำนวน 183 ราย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะก่อนทำผ่าตัด ระยะ 6 และ 12 เดือนหลังทำผ่าตัด เก็บข้อมูลโดยใช้ The Nursing Information and Support (NIS) ผลการศึกษาพบว่าระยะก่อน ผ่าตัดผู้ป่วยต้องการข้อมูลในเรื่องการหายของแผล (Kattainen, Merilainen and Jokela. 2004)

นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอื่นๆ เช่น มีการศึกษาเรื่องความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึก จำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลมากที่สุดในเรื่องขั้นตอนของวิธีการรักษา การผ่าตัด ลำดับถัดไปคือการพยากรณ์โรค การระงับความรู้สึก และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น (Leino-Kilpi and Vuorenheimo. 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการรับรู้ความต้องการข้อมูลของพยาบาลและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ชนิดรอได้ที่ the hospital of university science Malaysia จำนวน 100 ราย และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 130 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้ Patient ' Perception of Information Needs in Perioperative Care (PIPNC) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก(Samsudin. 2005) นอกจากนี้มีการศึกษาเรื่องการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดแบบไม่พัก รักษาตัวในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ hospital in a large metropolitan city in the southeastern united stated จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์จาก การทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลในเรื่องสิ่งที่ผู้ป่วยควรทำและทำเมื่อใด (Brumfield, Kee and Johnson. 1996) นอกจากนี้มีการศึกษาเรื่องความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยและญาติขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ Northern Ireland teaching hospital ซึ่งได้รับการผ่าตัดใหญ่ชนิดรอได้ (elective surgery) และเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักเป็นครั้งแรก จำนวน 5 คน ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลสำคัญที่ต้องการก่อนการผ่าตัดมากที่สุดคือ ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด รองไปคือ การตรวจเยี่ยม การดูแลร่างกาย ตารางเวลาเกี่ยวกับการผ่าตัด (time schedule) (McGaughey and Harrisson. 1994)

ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ แบบเปิด มีเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดอื่น ๆ เช่นมีการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและ ความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโรงพยาบาลหนองคาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะอื่น ๆ (อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผ่าตัดเต้านม ต่อกดูกหมาก) จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI

Form X-I) และแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (STAI Form X-II) ของ Spielberger และคณะ (1970) ใช้แบบประเมินความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ที่ดัดแปลงมาจากผลการวิจัยของดอดจ์ (Dodge. 1969) เพนเดอร์ (Pender. 1974) และชนิษฐา นาคะ. 2534 ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลหมวดที่ผู้ป่วยต้องการมากอันดับหนึ่งคือ โรคและการผ่าตัด (วราภรณ์ กุประดิษฐ์. 2544) และมีการศึกษาเรื่องความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากแบบสอบถามความต้องการข้อมูลของชนิษฐา นาคะ 2534 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัยแยกโรค และข้อมูลการรักษาโดยการผ่าตัดอยู่ในระดับมากคิดเป็น ร้อยละ 83.3 และ 78.8 ตามลำดับ (งามพิศ ธนไพศาล และคณะ. 2550)

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกทักษะด้านการปฏิบัติตัว (skill training information) เป็นคำอธิบายและแนวทางปฏิบัติของทักษะต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการฟื้นฟูสภาพของร่างกายภายหลังผ่าตัด เช่น การไอและการหายใจลึก ๆ (Yount, Edgell and Jakovec. 1990) ทั้งนี้ข้อมูลจะรวมถึงทักษะเฉพาะสำหรับการผ่าตัดแต่ละชนิด พยาบาลจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะเหล่านี้ก่อนผ่าตัด เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Samsudin. 2005) มีการศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดพบว่ามีความต้องการข้อมูลเรื่อง การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (Doering, McGuire and Rourke. 2002; Rothrock. 1989; Miller and Shada. 1978) การออกกำลังกาย (Fleming and Others. 2001)

2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย (patient role information) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมของผู้ป่วยที่ควรปฏิบัติ เพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาถึงความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและการดูแลตนเองภายหลังออกจากโรงพยาบาล (Kattainen, Merilainen and Jokela. 2004) นอกจากนี้มีการศึกษาถึงความต้องการข้อมูลผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่ามากกว่า 50% มีความต้องการข้อมูลเรื่องการรับประทานอาหารและยา (Fleming and Others. 2001) ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความต้องการข้อมูล ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย

ผ่าตัดอื่น ๆ เช่นการศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มะเร็งท่อน้ำดีพบว่ามีความต้องการข้อมูลในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เมื่อกลับบ้าน (งามพิศ ธนไพศาล และคณะ. 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการข้อมูล ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะอื่น ๆ (อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผ่าตัด เต้านม ต่อมลูกหมาก) พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการคือหมวดการฟื้นฟูสภาพ เรื่องการปฏิบัติตัว เมื่ออยู่บ้าน (วราภรณ์ กุประดิษฐ์. 2544) อีกทั้งมีการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 120 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form X-I) และแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (STAI Form X-II) ของ Spielberg และคณะ. 1970 อีกทั้งใช้แบบประเมินความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ที่ดัดแปลงมาจากผลการวิจัยของดอดจ์ (Dodge. 1969) เพ็นเดอร์ (Pender. 1974) ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมากเป็นอันดับหนึ่งคือหมวดการฟื้นฟูสภาพ (ขนิษฐา นาคะ. 2534) และมีการศึกษาเรื่องความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังขณะรอผ่าตัดและหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช ที่ได้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังขณะรอผ่าตัดและ ขณะผ่าตัดจำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระดับความต้องการและการได้รับ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการสูงสุดในหมวดข้อมูล ($r=0.39, p<0.01, r=0.36, p<0.01$) ซึ่งได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติขณะได้รับยาระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด (กันยา ออประเสริฐ, ศิริลักษณ์ ฟุ้งเดช และนภาพร วาณิชยกุล. 2539)

2.4 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สุขสบาย (sensation-discomfort information) เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญในการเข้ารับการผ่าตัด เช่นต้องการทราบถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการได้รับยาสลบหรือความรู้สึกขณะเข้ารับการผ่าตัด การให้ ข้อมูลประเภทนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยรับทราบว่าเป็นความรู้สึกปกติที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยผ่าตัดทุกคน ซึ่งจะช่วย ลดความวิตกกังวลได้เช่นกัน มีการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดชนิดไม่เข้าพักรักษาตัว ในโรงพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดพบว่าข้อมูลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและความไม่สุขสบายของผู้ป่วยและข้อมูล

ที่บอกถึงความรู้สึกต่อสถานการณ์นั้นว่าเป็นอย่างไร (Brumfield, Kee and Johnson. 1996)

2.5 ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (psychosocial support information) เป็นความต้องการของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่มีความคาดหวังว่าบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวลและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียด ความกลัวในการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม (Rothrock. 1989) มีการศึกษาถึงความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบว่ามีความต้องการข้อมูลมากที่สุดในเรื่องจิตใจ (Kattainen, Merilainen and Jokela. 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยก่อนผ่าตัดชนิดไม่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าข้อมูลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านจิตใจ (Brumfield, Kee and Johnson. 1996)

โดยสรุปได้มีการศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบว่าข้อมูล ที่สำคัญที่สุดเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพและการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (psychosocial support information) (Kattainen, Merilainen and Jokela. 2004) นอกจากนี้ได้มีการศึกษาถึง ความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดใหญ่ชนิดรอได้ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลด้านความรู้สึกไม่สบาย (sensation-discomfort information) ($t=-3.17$, $p<0.1$) และข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย (patient role information) ($t=-2.25$, $p<0.5$) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (Samsudin. 2005) อีกทั้งมีการศึกษาถึงความต้องการข้อมูลใน ผู้ป่วยก่อนที่จะเข้ารับ การผ่าตัดแบบไม่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ทั่วไป รองลงมาได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกและความไม่สบายของผู้ป่วย และข้อมูล ที่บอกถึงความรู้สึกต่อสถานการณ์นั้นว่าเป็นอย่างไร (Brumfield, Kee and Johnson. 1996) และได้มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เรื่องการให้ข้อมูลโดยพยาบาล ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างกันในมุมมองของพยาบาลและ การรับรู้ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยให้ความสำคัญกับข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการมากที่สุด ในขณะที่พยาบาลให้ความสำคัญกับข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตใจมากที่สุด นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการให้บุคลากรสุขภาพเปิดโอกาสให้ถามคำถามเกี่ยวข้องกับการรักษา การดมยาสงบ

ผลการรักษา ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา (Suhonen and Leino-Kilpi. 2006) จากความต้องการข้อมูลในด้านต่างๆที่ได้กล่าวมาในข้างต้น ยังพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับความต้องการสำหรับแต่ละราย เพื่อสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน อีกทั้งยังมีความต้องการให้ญาติได้รับการการสอนก่อนผ่าตัดเพื่อ ความเข้าใจ และให้ความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง (Miller and Shada. 1978; Doering, McGuire and Rourke. 2002)

ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความต้องการข้อมูลที่แตกต่างกัน ดังนั้น ทีมสหภาพควรให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงประเด็นดังต่อไปนี้

1) ผู้ป่วย ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ในแต่ละคนจะแตกต่างกัน ไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ ผู้ป่วยบางคนมีความวิตกกังวลอยู่หรือมีความสามารถในการจดจำได้น้อยเพียงร้อยละ 30-40 ของทั้งหมด ปัญหาในการรับทราบข้อมูลของผู้ป่วยคือการยากที่จะจดจำ คำพูด คำอธิบายแนะนำได้ทั้งหมด (Law. 1997) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนขาดความรู้หรือยังไม่เข้าใจ ยังมีคำถามที่ต้องการคำตอบอีกหรืออาจจะได้รับข้อมูลมาก่อนแล้ว แต่ยังมีความต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมอีกเพื่อสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่น (ประณีต สงวัฒนา. 2547 อ้างถึงใน ศรีประภา จันทรมีศรี. 2551)

2) ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลประจำ หอผู้ป่วย และพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งจะทำงานร่วมกันเป็นทีม จากการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีต่าง ๆ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการรับทราบข้อมูลโดยตรงจากศัลยแพทย์ ในขณะที่ผู้ป่วยบางส่วนต้องการรับทราบข้อมูลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัด และวิสัญญีแพทย์ตามลำดับ (Leino-Kilpi and Vuorenheimo. 1993)

3) รูปแบบ/วิธีการให้ข้อมูล ต้องประเมินความเหมาะสมและความต้องการในผู้ป่วยแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน รูปแบบ/วิธีการให้ข้อมูล จึงต้องเหมาะสม ดังนั้นการประเมินความรู้และการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนให้ข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญ (ศรีประภา จันทรมีศรี. 2551)

4) ช่วงเวลา ระยะเวลาและความถี่ในการให้ข้อมูล พบว่าการให้ข้อมูลครั้งเดียว มักไม่เพียงพอ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลมาก่อนแล้ว แต่พบว่ายังมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมอีก (ประณีต สงวัฒนา. 2547 อ้างถึงใน ศรีประภา จันทรมีศรี. 2551) นอกจากนี้ควร

หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลในวันผ่าตัดหรือให้ก่อนผ่าตัดไม่กี่ชั่วโมงเพราะผู้ป่วยอาจไม่พร้อมที่จะรับฟังเนื่องจากอยู่ในระยะที่มีความวิตกกังวลสูงและไม่สามารถจดจำข้อมูลได้จึงต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดในห้องผ่าตัดพบว่า ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ระบุว่าต้องการรับทราบข้อมูลคือ 1-2 วันก่อนวันผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนน้อยต้องการทราบข้อมูลในตอนเช้าของวันผ่าตัด (Leino-Kilpi and Vuorenheimo. 1993) อย่างไรก็ตามในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอาจกระทำล่วงหน้าได้ โดยเฉพาะในรายที่นัดมาทำผ่าตัดซึ่งเป็นการให้ข้อมูลล่วงหน้าก่อนวันผ่าตัดอย่างน้อย 2-3 วันถึงหนึ่งสัปดาห์ เพื่อให้เวลาผู้ป่วยได้ศึกษาและเตรียมตัวที่ดีตั้งแต่อยู่ที่บ้าน รวมทั้งการเตรียมภารกิจอื่น ๆ ไม่ให้เป็นเรื่องที่ต้องกังวลในระหว่างที่เข้ารับการผ่าตัดหรืออยู่ในโรงพยาบาลหลายวัน (ศรีประภา จันท์มิตร์. 2551)

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจนั้นการทำงานเพื่อสูบน้ำโลหิต ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เสื่อมลง การรักษาโดยการผ่าตัดมีส่วนสำคัญที่จะแก้ไขความผิดปกติที่มีอยู่และ/หรือช่วยบรรเทาอาการ อาการแสดงของโรค ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษทั้งก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อเพิ่มความปลอดภัย ลดความวิตกกังวล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วยิ่งขึ้น (อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์. 2543; Sethares, Seifert and Smith. 2008)

1. การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจเป็นการผ่าตัดที่กระทำต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย ดังนั้นการให้การพยาบาลก่อนผ่าตัดจึงมีเป้าหมายหลักเพื่อลดความวิตกกังวล และหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด (Smeltzer and Others. 2008) ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวและคำแนะนำที่ถูกต้องสมบูรณ์ที่สุด จึงได้มีการพยาบาลก่อนผ่าตัด ดังนี้ (อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์. 2543; วิจิตรา กุสมภ์ และพวงผกา กรีทอง. 2551; อรสา ภูพฒ. 2551; Smeltzer and Others. 2008)

1.1 การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล

ในระยะก่อนผ่าตัดพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้คลาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจที่จะบอกเล่าปัญหาและความรู้สึกของตนกับพยาบาล
- 2) สอบถามความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหรือการเจ็บป่วย
- 3) ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย เปิดโอกาสและให้เวลาแก่ผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายสิ่งที่วิตกกังวลและสนใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ
- 4) ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงหรือมีปัญหาทางสุขภาพจิตให้พิจารณาส่งปรึกษาจิตแพทย์
- 5) ให้ข้อมูลและคำแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในด้านต่าง ๆ ดังนี้

5.1) ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ (situation or procedural information) เป็นข้อมูล que ผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์ ที่จะขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยและเครื่องมือที่ผู้ป่วยจะได้รับแบ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการในระยะก่อนผ่าตัด ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์อื่น ๆ ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาโดย การผ่าตัด รายละเอียดผลการตรวจร่างกาย การตรวจทางปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ ขั้นตอนและวิธีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เช่นการโกนขนการทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัดการงดอาหารและน้ำ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเตรียมเลือด ฯลฯ

ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ใน การผ่าตัด อุปกรณ์ในห้องผ่าตัด ขั้นตอนการให้ยาสลบ วิธีการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในขณะที่ได้รับยาสลบ และขั้นตอนการผ่าตัด รวมถึงการใช้อุปกรณ์พิเศษเช่นเครื่องช่วยหายใจ เครื่องหัวใจและ ปอดเทียม

ระยะหลังผ่าตัด พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด แผลผ่าตัด การบรรเทาอาการปวด ความจำเป็นในการตรวจวัดสัญญาณชีพ บ่อย ๆ การดูดเสมหะ การถอดท่อช่วยหายใจ และอุปกรณ์ที่ติดตัวภายหลังผ่าตัด เช่น

สายต่อ ท่อระบายทรวงอก ท่อหลอดคอ สายให้น้ำเกลือ สายสวนวัดแรงดัน สายสวนปัสสาวะ ฯลฯ รวมถึงระยะเวลาการหายใจของแผลผ่าตัด และระยะเวลาที่สามารถปฏิบัติตัวได้เหมือนปกติ

ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์อื่นๆ พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลา ที่พักรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน เวลาการตรวจเยี่ยมของทีมแพทย์และพยาบาล กฎระเบียบของโรงพยาบาล และระเบียบการเยี่ยมและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลครั้งนี้

5.2) ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกทักษะด้านการปฏิบัติตัว (skill training information) เป็นคำอธิบายและแนวทางปฏิบัติของทักษะต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการฟื้นฟูสภาพของร่างกายภายหลังผ่าตัด โดยการสอนสาธิตและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติในเรื่องการฝึกหายใจทางท่อช่วยหายใจ การฝึกหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ วิธีปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายหรือลดความวิตกกังวล วิธีการลดอาการปวดแผลผ่าตัด วิธีการลุกจากเตียง และวิธีการจับชีพจรเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อกลับบ้าน

5.3) ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย (patient role information) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมของผู้ป่วยที่ควรจะทำปฏิบัติ เพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารบอกความต้องการกับเจ้าหน้าที่ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เมื่อมีอาการผิดปกติหรือไม่สบาย การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดและการดูแลป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ

5.4) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบาย (sensation-discomfort information) เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญในการเข้ารับการผ่าตัด พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อฟื้นจากยาสลบ อาการปวดแผลผ่าตัด คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด และความรู้สึกเกี่ยวกับการคาท่อช่วยหายใจ ท่อระบายทรวงอก สายปัสสาวะ และสายอื่น ๆ ฯลฯ

5.5) ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (psychosocial support information) เป็นความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดที่มีความคาดหวังว่าบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวลและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียด ความกลัวในการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นพยาบาลควรให้คำปรึกษาในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ แนะนำให้ผู้ป่วยพบกับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ที่เคยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวในระยะต่าง ๆ ของการผ่าตัด เช่น การชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาที่ดีขึ้น

1.2 การพยาบาลด้านร่างกายเพื่อเตรียมและส่งต่อผู้ป่วยไปผ่าตัด พยาบาลควรเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทางด้านร่างกายดังนี้

- 1) ประเมินภาวะที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อเช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ ไช้หวัด
- 2) ดูแลความสะอาดทั่วไปเช่น ผิวหน้า เล็บ ปาก ฟัน ผมหวี เสื้อผ้า
- 3) ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัด
- 4) งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษา
- 5) สอนอูจาระในคืนก่อนผ่าตัด
- 6) ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ

2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

โดยทั่วไปผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมักอยู่ในห้องไอซียู จนกว่าแพทย์จะเห็นว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จึงย้ายผู้ป่วยไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยต่อไป การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีดังนี้ (อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. 2543; รัชฎา แก่นสาร. 2550; อรสา ภูพุด. 2551; วิจิตรา กุสมภ์ และพวงพกา กรีทอง. 2551; Patricia and Others. 2005; Smeltzer and Others. 2008)

2.1 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีปริมาณเลือดที่ฉีดออกจากหัวใจหนึ่งนาที (cardiac output) ที่เพียงพอ โดยปฏิบัติดังนี้

1) เผื่อระวังสังเกต บันทึกการทำงานของหัวใจ ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Cardiac output) ความดันโลหิต (BP) อัตราการเต้นของหัวใจ (HR) แรงดันศูนย์กลางหลอดเลือดดำ (CVP) แรงดันเลือดหัวใจห้องบนซ้าย (LAP) หรือแรงดันหลอดเลือดที่ไปยังปอด (PAP)

2) ตวงปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 0.5 ซีซี/ชั่วโมง/น้ำหนักตัว เป็นกิโลกรัมควรรายงานแพทย์

3) สังเกตภาวะหัวใจถูกบีบอัด (cardiac tamponade) ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก กระสับกระส่าย ค่าแรงดันศูนย์กลางหลอดเลือดดำ (CVP) แรงดัน หลอดเลือดที่ไปยัง

ปอด (PAP) เพิ่มขึ้น ชีพจรช้า ขณะหายใจเข้า และชีพจรเร็วขณะหายใจออก (pulsus paradoxus)

4) ตรวจสอบการทำงานของท่อระบายทรวงอก (Chest drainage) ให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพโดย ตรวจสอบดูเครื่อง thoracic suction เพื่อให้ท่อระบายทรวงอก ระบายของเหลวอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว คลึงสายยางทุกชั่วโมงเพื่อไล่ลิ่มเลือดออกมา

5) ประเมินภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดจากท่อระบายทรวงอก ถ้าเลือดออก 400 มล. ภายใน 1 ชั่วโมงหรือ 200 มล./ชม. ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง หรือ 100 มล./ชม. ติดต่อกัน 4 ชั่วโมง ถือเป็นข้อบ่งชี้ที่ต้องเข้าห้องผ่าตัดซ้ำ (reoperation)

6) สังเกตสีผิว เยื่อภายในปาก ริมฝีปาก เล็บ ใบหู และปลายแขน ปลายขา ดูอาการเขียวคล้ำที่บ่งถึงปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดต่ำลง

7) ตรวจสอบอุณหภูมิ ทุก 1 ชม. ใน 24 ชั่วโมงแรกเพราะระยะแรกอุณหภูมิ ของผู้ป่วยจะต่ำมาก ต้องให้ความอบอุ่นเพื่อให้อุณหภูมิขึ้นเป็นปกติโดยเร็ว (ถ้าอุณหภูมิต่ำกว่า 32 องศาเซลเซียส มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ) ในบางรายอาจมีไข้ได้ทันทีหลังผ่าตัดซึ่งบ่งบอกถึงภาวะติดเชื้อ ภาวะขาดน้ำ ดังนั้นควรรักษาอุณหภูมิให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

8) สังเกตอาการที่แสดงว่าร่างกายขาดน้ำ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว ความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางและความดันในหลอดเลือดแดงที่ปอดลดลง สังเกตอาการของภาวะน้ำเกิน เช่น หายใจเร็ว ชีพจรเร็ว ความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางสูง ไอเป็นฟอง เป็นต้น

9) ให้ยาเพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และคงสถานะของความดันเลือด เช่น dopamine, dobutamine และ norepinephrine ยาลด afterload และยาลด preload เช่น nitroglycerine และ diuretic ตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยที่มีปริมาณเลือดที่ฉีดออกจากหัวใจหนึ่งนาที (cardiac output) ที่เพียงพอสามารถประเมินได้จากปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจจะอยู่ระหว่าง 4-7 ลิตรต่อนาที ระดับความรู้สึกตัว มีผิวหนังอุ่น สีผิวปกติ สัญญาณชีพปกติ หัวใจเต้นปกติ ปัสสาวะ 0.5 ซีซี/ชั่วโมง /น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม

2.2 การพยาบาลเพื่อให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ปฏิบัติดังนี้

1) ฟังปอดทันทีที่รับผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ดูท่อช่วยหายใจว่าอยู่ในท่าปกติหรือไม่ ฟังปอดเป็นระยะเพื่อประเมินเสมหะ ถ้ามีเสมหะให้กระตุ้นการไอและดูดเสมหะ และ ส่งเอ็กซเรย์ทรวงอกทันทีที่กลับมาจากห้องผ่าตัด

2) ดูแลตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา จนกว่าผู้ป่วยจะหายใจ มีประสิทธิภาพจึงจะพิจารณาอย่าเครื่องช่วยหายใจ

3) ติดตามค่าแก๊สในเลือดแดงหรือวัด O₂ saturation จากเครื่อง pulse oxymeter สังเกตอาการกระสับกระส่าย สับสน หายใจเร็ว หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็วขึ้น

4) ป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ โดยดูดเสมหะโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ด้วยความระมัดระวัง กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึก ๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ

5) เผื่อระวังสังเกตสถานะของสมอง โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow coma scale : GCS) ถ้าอยู่ในสถานะออกซิเจนต่ำจะแสดงอาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะ สับสน ความดันเลือดต่ำ บั้นที่ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ขนาดของรูม่านตา ปฏิกริยาต่อแสง และความสามารถเคลื่อนไหวของแขน ขา ถ้ามีอาการเกร็ง ชักกระตุกให้ยาตามแผนการรักษา

6) ควรจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงประมาณ 20-30 องศา

ผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอสามารถประเมินได้จากอัตราการหายใจปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ค่า O₂ saturation อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการวิเคราะห์แก๊สในเลือดแดงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ฟังปอดได้ยินเสียงลมผ่านชัดเจน

2.3 การพยาบาลเพื่อให้มีภาวะสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลิตที่ภายหลังจากการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมปฏิบัติดังนี้

1) รักษาสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลิต

1.1) จำกัดปริมาณน้ำ

1.2) บันทึกรายการน้ำ เข้า / ออก ทุก 1 ชั่วโมง

1.3) ประเมินภาวะสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลิตในร่างกายจากค่า PAWP, LAP, CVP ระดับอิเล็กโทรลิต หลอดเลือดดำที่คอ ขนาดของตับ เสียงหายใจ ภาวะบวม และน้ำหนักที่เพิ่มผิดปกติ

2) สังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องหากพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์

3) ให้สารน้ำผสมโปตัสเซียมตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะไม่สมดุลของโปตัสเซียม ซึ่งจะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงและหัวใจอาจหยุดทำงานได้

4) ในรายที่รับเลือดทดแทนในปริมาณที่มาก อาจเสี่ยงต่อภาวะแคลเซียมต่ำ ผู้ป่วยจะมีอาการชาตามปลายนิ้วมือเท้า เป็นตะคริว และกระดูกพรุน รายงานแพทย์และให้ยาตามแผนการรักษา

5) ติดตามค่าอิเล็กโทรลิต์ ตามแผนการรักษา

6) ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวัน

ผู้ป่วยที่มีภาวะสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลิต์สามารถประเมินได้จาก ปริมาณน้ำเข้า-ออก มีความสมดุล ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 ซีซี/ชั่วโมง/น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม ผลอิเล็กโทรลิต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.4 การพยาบาลเพื่อลดความไม่สบายจากความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดทรวงอก ปฏิบัติดังนี้

1) ประเมินลักษณะ ตำแหน่ง และระดับของความเจ็บปวด โดยใช้ pain scale

2) วินิจฉัยแยกอาการเจ็บปวดจากแผลออกจากเจ็บหน้าอกแบบแองไจน่า

3) ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เพื่อลดอาการปวด และช่วยส่งเสริม การหายใจลึก ๆ และการไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) ช่วยเหลือบรรเทาอาการปวด โดยจัดให้นอนในท่าที่สบาย ตรวจสอบสายสวน ปัสสาวะหรือท่อต่าง ๆ ไม่ให้ดึงรั้ง ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ใช้หมอนหรือผ้านุ่ม ๆ กดพุงแผลเวลาไอหรือหายใจลึก ๆ

5) บรรเทาอาการปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยา เช่น การใช้วิธีการผ่อนคลาย

6) จัดกิจกรรมการพยาบาลให้พร้อม ๆ กันเท่าที่จะทำได้ เพื่อมิให้รบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีความสุขสบายบรรเทาจากความเจ็บปวดสามารถประเมินได้จากผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผลหรือปวดแผลเพียงเล็กน้อย และพักผ่อนได้เพียงพอ

2.5 การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อเนื่องจากแผลผ่าตัดและบริเวณที่สอดใส่สายต่างๆ เข้าร่างกาย ปฏิบัติดังนี้

- 1) ดูแลท่อระบายทรวงอกให้เป็นระบบปิดและมีการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) ดูแลเสมหะอย่างถูกวิธี
- 3) สังเกตลักษณะบาดแผล และบริเวณที่สอดใส่สายต่าง ๆ ว่าบวมแดงหรือไม่
- 4) ทำความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัด และบริเวณที่สอดใส่สายต่าง ๆ อย่างปราศจากเชื้อ รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ
- 5) วัดอุณหภูมิทุก 2-4 ชั่วโมง และรายงานทันทีเมื่ออุณหภูมิสูงเกิน 38.3 องศา เซลเซียส เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพาะเชื้อจากเลือด เสมหะ ปัสสาวะ หรือสิ่งขับหลังจากแผล
- 6) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
- 7) ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อสามารถประเมินได้จากอุณหภูมิปกติ แผลและบริเวณที่สอดใส่สายต่าง ๆ ไม่บวมแดง เสมหะ และปัสสาวะปกติ

2.6 การพยาบาลเพื่อป้องกันและวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด เช่น กล้ามเนื้อหัวใจถูกบีบอัด (Cardiac tamponade) ภาวะตกเลือด (Bleeding) ภาวะลิ่มเลือดหรือฟองอากาศอุดตัน ปฏิบัติได้ดังนี้

- 1) สังเกตภาวะหัวใจถูกบีบอัด (cardiac tamponade) ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก กระสับกระส่าย ค่าแรงดันศูนย์กลางหลอดเลือดดำ (CVP) แรงดัน หลอดเลือดที่ปอด (PAP) เพิ่มขึ้น ซีฟจรซ้ำขณะหายใจเข้า และซีฟจรเร็วขณะหายใจออก (pulsus paradoxus)
- 2) ตรวจสอบการทำงานของท่อระบายทรวงอกให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพโดย ตรวจสอบดูเครื่อง thoracic suction เพื่อให้ท่อระบายทรวงอก ระบายของเหลวอย่างมีประสิทธิภาพและดูดคลั่งสายยางทุกชั่วโมง เพื่อไล่ลิ่มเลือดออกมา
- 3) ประเมินภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด สังเกตถ้าเลือดออก 400 มล. ภายใน 1 ชั่วโมง หรือ 200 มล./ชม. ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง หรือ 100 มล./ชั่วโมง ติดต่อกัน 4 ชั่วโมง ถือเป็นข้อบ่งชี้ที่ต้องเข้าห้องผ่าตัดซ้ำ (reoperation)

4) ประเมินอาการทางระบบประสาท (neurological signs) ทุก 1 ชั่วโมงจนผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

ผู้ป่วยที่ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดสามารถประเมินจากระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจถูกบีบอัด (Cardiac tamponade) และปลอดภัยจากภาวะตกเลือด

2.7 การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะจิตประสาทแปรปรวน เนื่องจากสิ่งแวดล้อมในไอซียู การนอนหลับไม่เพียงพอ ไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดและมีขีดจำกัดของ การเคลื่อนไหว สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1) บอกให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ และการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลใด ควรอธิบายให้ทราบก่อนพอสังเขป

2) แนะนำให้ครอบครัวและญาติมาเยี่ยมสม่ำเสมอ เพื่อช่วยผู้ป่วยกลับเข้าสู่ภาวะ จิตปกติ

3) วางแผนจัดตารางการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอในแต่ละวันโดยไม่ถูกรบกวน จัดกิจกรรมการรักษาพยาบาลให้พร้อม ๆ กันเท่าที่จะทำได้ เพื่อมิให้รบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย

4) จัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย ผ่อนคลายและลดปัจจัยที่ทำให้นอนไม่หลับ เช่น แสง เสียง

5) กระตุ้นให้เริ่มปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การทำกิจวัตรประจำวัน การบริหารเพื่อฟื้นฟูสภาพเมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยต้องระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ

6) แนะนำวิธีผ่อนคลายให้กับผู้ป่วย

7) ย้ายผู้ป่วยออกจากไอซียูให้เร็วเท่าที่จะทำได้เมื่อร่างกาย

พร้อม

ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตและประสาทที่ดีสามารถประเมินได้จากผู้ป่วยพักผ่อนได้ รู้ตัวดี

โดยสรุปพยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญคนหนึ่งในทีมสุขภาพที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ก่อนผ่าตัดเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ตลอดจนป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและช่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วที่สุด

3. การฟื้นฟูสภาพเพื่อกลับสู่ภาวะปกติ

การฟื้นฟูสภาพนี้เป็นการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบ กล้ำมเนื้อ อ่อนแรง การเกิดลิ่มเลือดเล็ก ๆ ในกระแสเลือด

แผลกดทับจากการนอนบนเตียงนาน ๆ หลังผ่าตัด จะมีนักกายภาพบำบัดหรือพยาบาลให้คำแนะนำในการทำกายภาพบำบัดที่ถูกต้อง การฟื้นฟูสภาพต้องมีการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และเริ่มภายหลังการผ่าตัดทันทีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว รายละเอียด ของการจัดกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ การออกกำลังกายที่ควรปฏิบัติในแต่ละระยะเพื่อ การฟื้นฟูสภาพ และพลังงานที่ใช้ (metabolic equivalents : METs) เป็นดังตารางที่ 1 (อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์. 2543; อรสา ภูพุม. 2551; American Heart Association. 2004)

ตารางที่ 1 การฟื้นฟูสภาพเพื่อกลับสู่ภาวะปกติ

ขั้นตอนที่	ระยะเวลา	การจัดกิจกรรม	การออกกำลังกาย	พลังงาน (METs)
0	ก่อนผ่าตัด	1. ให้พักผ่อนเต็มที่ 2. ช่วยตัวเองบางส่วนใน การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น แปรงฟัน รับประทานอาหาร 3. ทำกิจกรรมตาม ความสามารถของผู้ป่วย	1. แนะนำท่าที่จะนอน การเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัว บนเตียง และวิธีการลงจากเตียง 2. สอนวิธีบริหารการหายใจ การไอ อย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายภายหลังผ่าตัด	1 METs
1	24 ชั่วโมงแรก ภายหลังผ่าตัด	1. ให้พักผ่อนเต็มที่ 2. กิจกรรมทุกอย่าง พยาบาล ช่วยทำให้	1. หายใจเข้า-ออกลึก ๆ 2. กำมือสลับแบมือ 3. กระจกปลายเท้าขึ้น สลับกับ กดปลายเท้าลง	1 METs
2	24-72 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัด	1. พยาบาลช่วยเช็ดตัว ทำความสะอาดร่างกาย 2. ผู้ป่วยแปรงฟันเอง (ถ้าทำได้) 3. ตักอาหารรับประทานเอง โดยพยาบาลช่วย ไข่เพียง	1. หายใจเข้า-ออกลึก ๆ 2. ไออย่างมีประสิทธิภาพ ถ้ารู้สึกมีเสมหะ 3. ออกกำลังข้อมือ-เท้า ดังนี้ 3.1 กระจกปลายเท้าขึ้น-กดปลายเท้าลง 5-10 ครั้ง หมุนข้อเท้า เข้าออก 5-10 ครั้ง 3.2 กำมือสลับแบมือ	1-2 METs

		ให้ศีรษะสูง 4. พลิกตะแคงตัว ได้เอง 5. ลงนั่งเก้าอี้ข้าง เตียงได้ 10-15 นาที	5-10 ครั้ง 3.3 กระดกข้อมือ ขึ้น-ลง 5-10 ครั้ง	
--	--	--	---	--

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขั้นตอนที่	ระยะเวลา	การจัดกิจกรรม	การออกกำลังกาย	พลังงาน (METs)
2 (ต่อ)		6. ใช้เก้าอี้นั่งถ่ายข้าง เตียง	4. ออกกำลังแขน -ขา ดังนี้ 4.1 ในท่านอน บริหารท่าละ 5-10 ครั้ง 4.1.1 เขยียด แขนตรงแล้วงอพับเข้า หาตัวทั้ง 2 ข้าง 4.1.2 เขยียดขา ตรง งอเข้า ขึ้นขาขึ้น แล้ววางลงท่าเขยียด 4.1.3 ทำสลับ ซ้าย-ขวา 4.1.4 เขยียดขา ตรง ยกขาขึ้นสูงแล้ววางลงที่ ละข้าง 4.2 ในท่านั่งเก้าอี้ ข้างเตียง 4.2.1 เท้าเหยียบ พื้น ยกขาขึ้นเหยียดตรงแล้ว วางลงใน ท่าเดิม ทำสลับซ้าย-ขวา 5-10 ครั้ง 4.2.2 ยกเข่าขึ้น ชิดอก แล้วปล่อยลงช้า ๆ กลับ เข้าสู่ ท่าเดิม ทำสลับที่ละข้าง 5-10 ครั้ง	

3	3-5 วัน หลังผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> ทำกิจกรรมเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน เช็ดตัว โกงหนวด หวีผม โดยพยาบาลช่วยเช็ดด้านหลัง และดูแลความเรียบร้อย จัดอาหารรับประทาน อาหารด้วยตนเอง ลงนั่งเก้าอี้ข้างเตียงนานเท่าที่จะทำได้วันละ 2 ครั้ง เดินรอบ ๆ เตียง โดยพยาบาลช่วยดูแล 	<ol style="list-style-type: none"> ออกกำลังตามขั้นตอนที่ 2 เพื่ออุ่นร่างกาย (warm up) เริ่มการออกกำลังกายโดยการเดิน 20-50 เมตรตามระดับความสามารถและขีดจำกัดในการออกกำลังกาย พร้อมกับการผ่อนหยุด (cool down) 5-10 นาที 	2-4 METs
4	5-7 วัน ภายหลังผ่าตัดหรือก่อนกลับบ้าน	<ol style="list-style-type: none"> เดินไปห้องน้ำทำความสะอาดร่างกายโดยพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด ลงนั่งเก้าอี้ข้างเตียงก่อนรับประทานอาหาร 3 มื้อ และก่อนนอน อ่านหนังสือพิมพ์ นิตยสารตามความสนใจ ดูรายการบันเทิงในโทรทัศน์ ฟังวิทยุตามความพึงพอใจ 	<ol style="list-style-type: none"> ออกกำลังตามขั้นตอนที่ 2 เพื่ออุ่นร่างกาย (warm up) แล้วเดินโดยเพิ่มระยะจาก 25-50 เมตร ไปเป็น 50-100 เมตรตามความสามารถและขีดจำกัด พร้อมกับการผ่อนหยุด (cool down) 5-10 นาที เดินลงบันได 1 ชั้นและขึ้นด้วยลิฟท์โดยนักกายภาพบำบัดหรือพยาบาลดูแลใกล้ชิด 	4-5 METs

4. การให้ความรู้ คำแนะนำ และการฟื้นฟูสภาพก่อนกลับบ้าน

พยาบาลควรให้ความรู้และคำแนะนำถึงการปฏิบัติตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนและสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็ว ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์. 2543; อรสา ภูพุม. 2551; สมาคม แพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. 2553 : ออนไลน์; Patricia and Others. 2009)

4.1 ยา ควรแนะนำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ แพทย์สั่งให้กลับไปรับประทานที่บ้าน โดยบอกและอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ เกี่ยวกับ ชื่อยา การออกฤทธิ์ ขนาด เวลาใน การรับประทาน และ ผลข้างเคียงของยา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับ การรับประทานยา

4.2 กิจกรรมที่ควรทำ เมื่อแรกกลับไปอยู่บ้านให้ทำกิจกรรม ต่าง ๆ เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมการออกกำลังกายเท่ากับ ขณะอยู่โรงพยาบาลต่อไปอีก 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้ค่อย ๆ เพิ่ม กิจกรรมตามขีดความสามารถของตนเอง

ข้อแนะนำในการทำกิจกรรม

1) กรณีแผลผ่าตัดยังไม่แห้ง แนะนำให้เช็ดตัวแทนการ อาบน้ำ แผลผ่าตัดมักจะแห้งและติดสนิทหลัง 7 วัน

2) การอาบน้ำ ควรอาบด้วยฝักบัวหรือตักอาบและควรมี แก้วสำหรับนั่งเวลาอาบน้ำด้วย

3) วางแผนการพักผ่อนให้เพียงพอ การพักผ่อนไม่ จำเป็นต้องนอนหลับอาจนั่งพักในที่สงบเงียบ 20-30 นาที ในระหว่าง การทำกิจกรรมต่าง ๆ

4) ควรนอนหลับให้เพียงพอในเวลากลางคืนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง สำหรับเวลา กลางวันอาจหลับเพียง 1-2 ทุ่ม โดยไม่ควรนอน หลับนานมากเกินไป

5) หยุดกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อรู้สึกเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น มึนงง หรือเหงื่อออกพร้อมกับตัวเย็นชืด

6) ควรทำกิจกรรมในระหว่างช่วงกลางวัน ไม่ควรทำ กิจกรรมหลายชนิดในเวลาเดียวกันและไม่ควรทำอย่างเร่งร้อน

7) ควรค่อย ๆ เพิ่มกิจกรรมอย่างช้า ๆ ตามระดับ ความสามารถที่ทำได้และควรพักเป็นระยะ ๆ ในระหว่างการทำกิจกรรม

4.3 การออกกำลังกาย พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออก กำลังกายดังนี้

1) ในระยะ 2 สัปดาห์แรกให้ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสภาพ ร่างกายตามขั้นตอนที่ทำเช่นเดียวกับขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ขณะออก กำลังกายควรสวมเสื้อผ้าหลวมไม่แน่นอึดอัด สวมรองเท้าไม่มีส้น ใช้

เวลาออกกำลังกายแต่ละครั้ง 20-30 นาที เวลาที่เหมาะสมคือตอนเช้า หลังตื่นนอนหรือก่อนรับประทานอาหาร 30 นาทีหรือภายหลัง รับประทานอาหารไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง

2) งดออกกำลังกายถ้ามีอาการดังต่อไปนี้

2.1) เจ็บหน้าอกเหมือนอาการเจ็บหัวใจ

2.2) ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 300 มก.ต่อดล ใน

ผู้ป่วยเบาหวาน

2.3) มีอาการเจ็บป่วยฉับพลัน เช่น ไข้สูง เวียนศีรษะมาก

2.4) อัตราการเต้นของหัวใจ (ชีพจร) มากกว่า 100 ครั้ง/

นาที ความดันโลหิต มากกว่า 200/100 มม.ปรอท

2.5) ถ้าคืนที่ผ่านมานอนไม่หลับจนร่างกายอ่อนเพลีย

มาก

2.6) ถ้าอากาศร้อนจัด หนาวจัด มีฝุ่นละออง ควัน ไอเสีย

มาก

2.7) มีอาการตึงเครียดทางจิตใจมาก

3) ข้อบ่งชี้ในการหยุดออกกำลังกาย

3.1) เจ็บแน่นหน้าอก

3.2) เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้

3.3) เหนื่อยมากจนพูดไม่ออก

3.4) หายใจสั้น ๆ ถี่มาก ๆ

3.5) เมื่อยหรือปวดกล้ามเนื้อ

3.6) เหงื่อออกมาก

4) ออกกำลังกายโดยปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 การอุ่นกายใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ประกอบด้วย

(1) ท่าที่ 1 ท่านอนราบศีรษะหนุนหมอน

(1.1) หายใจเข้าออกลึก ๆ

(1.2) กำมือ สลับแบมือ

(1.3) กระจกข้อมือขึ้น สลับกับกดข้อมือลง

(1.4) กระจกปลายเท้าขึ้น กดปลายเท้าลง

(1.5) หมุนข้อเท้าเข้าสลับกับหมุนข้อเท้าออก

(1.6) เขยียดเขนตรง - ยกขึ้น-งอพับเข้าหา

ไหล่

- (1.7) เขยียดขาตรง-งอเข้า-ตั้งขาขึ้น-แล้ววาง
กลับท่าเขยียด
- (1.8) เขยียดขาตรง-ยกปลายเท้าสูงขึ้น-วางลง
- (2) ท่าที่ 2 ทำนั่งบนเก้าอี้เท้าวางราบเขยียบพื้น
- (2.1) ยกขาขึ้นปลายเท้าเขยียดตรงแล้ววาง
กลับท่าเดิมท่าสลับ ซ้ายขวา
- (2.2) ยกขาขึ้นชิดอกแล้วปล่อยลงกลับสู่สภาพ
เดิมท่าสลับซ้ายขวา
- (3) ท่าที่ 3 เดินระยะทาง 25 เมตรความเร็วตาม
จังหวะปกติ ให้ทำซ้ำเพิ่มท่าละ 10 ครั้ง ทุก ๆ 1 สัปดาห์ ถ้าไม่รู้สึก
อ่อนเพลีย เหนื่อยหรือใจสั่น
- ระยะที่ 2 การออกกำลังกายด้วยการเดิน**
- (1) ก่อนเดินทุกครั้งให้อุ่นกายตามโปรแกรมระยะ
ที่ 1 ก่อนทุกครั้ง
- (2) ระยะทางที่ท่านเดินควรทำตั้งแต่ขั้นต้น เมื่อ
ทำได้ให้เพิ่มเป็นขั้น ต่อ ๆ ไป
- (2.1) เดินระยะทาง 300 ก้าว (150 เมตร) ใช้เวลา
5 นาที เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์
- (2.2) เดินระยะทาง 400 ก้าว (200 เมตร) ใช้เวลา
7.5 นาที เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์
- (2.3) เดินระยะทาง 500 ก้าว (250 เมตร) ใช้เวลา
10 นาที เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์
- (2.4) เดินระยะทาง 600 ก้าว (300 เมตร) ใช้เวลา
12.5 นาที เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์
- (2.5) เดินระยะทาง 800 ก้าว (400 เมตร) ใช้
เวลา 15 นาที เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์
- (2.6) เดินระยะทาง 800 ก้าว (400 เมตร) ใช้
เวลา 5-10 นาที เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์
- (2.7) เดินระยะทาง 1600 ก้าว (800 เมตร) ใช้
เวลา 20-25 นาที เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์
- (2.8) เดินระยะทาง 1600 ก้าว (800 เมตร) ใช้
เวลา 10-15 นาที เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การผ่อนคลาย ใช้เวลา 5-10 นาที โดย ให้เดินช้า ๆ ระยะทาง 50-100 ก้าว (25-50 เมตร) ก่อนหยุดการเดินระยะที่ 2

4.4 กิจกรรมทางเพศ ผู้ป่วยสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ ถ้าสามารถก้าวขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว ๆ 2 ชั้น หรือเดินบนที่ราบ ระยะทางสัก 2-3 ช่วงตึก (1000 เมตร/10 นาที) หรือขี่จักรยานด้วยความเร็วปานกลาง ถ้าสามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก ก็จะสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้โดยไม่เกิดอันตราย

4.5 การดูแลรอยผ่าตัดบริเวณกระดูกสันอก การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กระดูกสันอกจะถูกตัดแยก และเย็บปิดด้วยลวดเหล็กกันสนิม ซึ่งจะไม่ละลายหรือหลุดหายไป รอยแยกของกระดูกสันอกจะสมานหรือติดสนิทภายใน 8 สัปดาห์ ในระหว่างที่มีการสมานของกระดูกสันอก ท่านควรจะดูแลตนเองในสิ่งต่อไปนี้

1) หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงยกหรือแบกของหนักมากกว่า 10 ปอนด์ (4.5 กิโลกรัม) เช่น อุ้มเด็ก ยกกระเป๋าเดินทาง ฯลฯ

2) หลีกเลี่ยงกิจกรรมเกี่ยวกับการงอแขนพลิกหรือเคลื่อนวัตถุหนัก ๆ เช่น เป็นเครื่องตัดหญ้า เคลื่อนตู้-เตียง ออกแรงผลักเพื่อปิดหรือเปิดประตู

3) หลีกเลี่ยงการขับรถ ขี่จักรยาน มอเตอร์ไซด์ ขับเรือ หรือขี่ม้า เพราะถ้าเกิดอุบัติเหตุขึ้นจะทำให้การสมานของกระดูกสันอกยืดยานออกไปอีก

4.6 การดูแลรอยแผลผ่าตัด

1) เช็ดทำความสะอาดรอยแผลผ่าตัดทุกวันด้วยน้ำยาล้างแผลที่โรงพยาบาลจัดให้ ไม่ควรทาโลชั่น ครีม หรือผงยาใด ๆ บนแผล ยกเว้นแพทย์สั่ง

2) สังเกตรอยแผลผ่าตัดทุกวันเกี่ยวกับอาการ เจ็บตึงแผลเพิ่มขึ้น อาการบวมแดง ร้อนบริเวณขอบแผล มีสารน้ำเหลือง น้ำเลือด หรือน้ำหนองออกจากรอยแผลถ้าพบอาการดังกล่าวให้รีบไปพบแพทย์

4.7 การดูแลขาข้างที่เลาะหลอดเลือดไปใช้ (กรณีผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจ)

1) ดูแลแผลผ่าตัดตลอดขาเช่นเดียวกับการดูแลแผลผ่าตัดทั่วไป

2) ตรวจสอบอาการบวมที่ขาทุกวัน ถ้ามีบวมให้ยกเท้าสูง ในขณะนั่ง อาจสวมถุงน่องชนิดยืดหยุ่นหรือพันขาด้วยผ้ายืด เพื่อช่วย กระชับกล้ามเนื้อและลดอาการบวม

3) หลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง พับเพียบ หรือขัดสมาธิ เพราะ จะทำให้การไหลเวียนเลือดไม่ดี

4) หลีกเลี่ยงการนั่งหรือยืนนาน ๆ

5) ถ้ามีอาการบวมอยู่นานและไม่หายควรปรึกษาแพทย์

4.8 การลดอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดบริเวณทรวงอก

เมื่อกลับไปอยู่บ้าน อาการเจ็บปวดบริเวณรอยผ่าตัดที่ ทรวงอกจะยังคงมีอยู่และอาจจะรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้นขณะหายใจลึก ๆ พลิกตะแคงหรือเปลี่ยนท่าทางหรือขณะพยายามหลับในเวลากลางคืน การลดอาการเจ็บปวดทำได้โดยรับประทานยาแก้ปวดตามแพทย์สั่งโดย มีข้อแนะนำในการรับประทานยาแก้ปวด มีดังนี้

1) ให้รับประทานยาแก้ปวดก่อนนอน โดยไม่ควรใช้ยา นอนหลับเสริมเพราะยานอนหลับไม่สามารถช่วยท่านได้

2) รับประทานในระหว่างกลางวันเพื่อสามารถทำกิจกรรม ต่าง ๆ โดยควรทิ้งระยะอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง

3) ถ้าพบว่าตนเองหลับบ่อยในเวลากลางวัน อาจเกิดจากผล ของยา ให้ลดยาหรือเพิ่มช่วงความห่างของเวลารับประทานยาให้ยาวขึ้น

4) พยายามใช้วิธีผ่อนคลายอื่น ๆ เพื่อลดความเจ็บปวด ก่อนที่จะใช้ยา เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ สนทนากับญาติพี่น้องหรือ เพื่อนฝูงและเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น

5) การออกกำลังกายตามโปรแกรมที่วางไว้จะลดความ เจ็บปวดลงได้จึงควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

4.9 การรับประทานอาหาร อาหารที่ควรรับประทาน ควรเป็น อาหารอ่อนย่อยง่ายมีคุณค่าอาหารสูงและครบถ้วน ควรลดอาหาร ประเภทไขมัน โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ งดอาหารที่มีรสเค็มจัด หวาน จัด และเผ็ดจัด

4.10 คำแนะนำในการจำกัดเกลือสำหรับผู้ป่วยที่มีความ จำเป็นต้องจำกัดเกลือ

ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูง การได้รับเกลือโซเดียมใน ปริมาณมาก จะทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น การจำกัดเกลือจะช่วยให้ ความดันโลหิตลดลง และอัตราการเกิดโรคหัวใจได้

ถ้าเป็นโรคหัวใจ การเพิ่มเกลือเพียงเล็กน้อยจะทำให้เกิด ภาวะน้ำเกินในร่างกาย หัวใจจะทำงานหนักเพิ่มขึ้น และอาจแสดง

อาการของโรคหัวใจวาย เช่น หายใจเหนื่อย บวมบริเวณหลังเท้าข้อเท้า หรือหลังมือ การจำกัดเกลือ จะช่วยให้หัวใจบีบตัวได้ดีขึ้นและลดลง อาการแสดงของโรคหัวใจ

วิธีจำกัดเกลือโซเดียม

- 1) ไม่ควรใส่เกลือลงในอาหารที่ท่านปรุง
- 2) ไม่ควรเติมเค็มในอาหารที่ท่านกำลังรับประทาน
- 3) ให้รับประทานน้ำผลไม้สดตามฤดูกาล เช่น น้ำส้ม น้ำมะนาวทดแทน
- 4) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง เช่น เนื้อเค็ม ไข่เค็ม ของหมักดองต่าง ๆ
- 5) ไม่ควรรับประทานอาหารที่ผ่านขบวนการปรุงแต่งรสด้วยผงชูรส ผงฟู เกลือไนไตรหรือสารกันบูด

4.11 การชั่งน้ำหนัก ควรชั่งน้ำหนักทุกเช้าก่อนรับประทานอาหารเช้าแล้วบันทึกไว้เปรียบเทียบ ถ้าน้ำหนักเพิ่มขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 1 กิโลกรัมในเวลาเพียงวันเดียวควรพบแพทย์

4.12 การป้องกันโรคติดเชื้อเยื่อหุ้มชั้นในหัวใจ การติดเชื้อเยื่อหุ้มชั้นในหัวใจ จะทำให้เชื้อโรคไปเจริญที่ลิ้นหัวใจ และทำลายตัวลิ้นหัวใจ ทำให้เสื่อมหน้าที่ ผลคือกล้ามเนื้อของห้องหัวใจต้องทำงานหนักออกแรงบีบเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจำเป็นต้องรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจใหม่ นอกจากนี้ ชิ้นส่วนจากการเจริญผิดปกติของเนื้อเยื่อภายหลังการติดเชื้อ อาจหลุดลอยเข้าไปในกระแสเลือดและอาจไปอุดตันหลอดเลือดเล็ก ๆ ในอวัยวะสำคัญ ๆ เช่น ปอด ฯ ทำให้เกิดความผิดปกติฉับพลันได้

1) การป้องกัน

- 1.1) บอกให้แพทย์หรือทันตแพทย์ที่ท่านไปรับการรักษาให้ทราบทุกครั้งว่าท่านเป็นโรคหัวใจซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อหุ้มชั้นในหัวใจ
- 1.2) ดูแลรักษา ปาก ฟันและเหงือกอย่างสม่ำเสมอ แปรงฟันให้ถูกวิธีและพบทันตแพทย์เป็นระยะ ๆ
- 1.3) ควรตรวจรักษาบางอย่าง แพทย์อาจสั่งยาปฏิชีวนะให้เพื่อป้องกัน การติดเชื้อ ควรรับประทานตามคำสั่งแพทย์ให้ถูกต้องและครบถ้วน

2) อาการเตือนว่าผู้ป่วยอาจเกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มชั้นในหัวใจ

- 2.1) มีไข้
- 2.2) หนาวสั่น เหงื่อออกมากผิดปกติกลางคืน

2.3) รู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ

2.4) น้ำหนักลด เบื่ออาหาร

อาการดังกล่าวอาจเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ค่อยเป็นค่อย

ไปหรืออาจมีอาการรุนแรงทันที ควรรีบปรึกษาแพทย์

4.13 อาการเตือนที่ควรรีบมาพบแพทย์

1) ไข้สูง แผลอักเสบหรือมีหนอง

2) เหนื่อย นอนราบไม่ได้ ปัสสาวะออกน้อยรู้สึกใจสั่น มึนงง เป็นลมหรือเหงื่อออกมากผิดปกติ

3) คลำชีพจรพบจังหวะเปลี่ยนและไม่สม่ำเสมอ

4) รู้สึกเจ็บปวดบริเวณทรวงอกเพิ่มขึ้น เมื่อหายใจเข้าลึก ๆ หรือเมื่อกลืนอาหารหรือเมื่อพลิกตะแคงเคลื่อนไหว อาการเจ็บเฉพาะที่ทรวงอกหรือเจ็บร้าวไป ยังไหล่คอและ แขน

5) ปวดบวม ขาข้างที่เลาะหลอดเลือดไปใช้

6) น้ำหนักเพิ่มขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 2 กิโลกรัมในเวลาเพียงวันเดียว

4.14 การมาตามนัด ควรมาตามแพทย์นัดทุกครั้ง เพื่อท่านจะได้รับการตรวจประเมินสภาพและติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ซึ่งถ้าพบความผิดปกติ จะได้รับการแก้ไขหรือรักษาได้ทันที่

ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

1.1 อายุ เป็นปัจจัยที่ได้มีการศึกษาหาความสัมพันธ์กับความ ต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด โดยได้มีการศึกษาในผู้ป่วยก่อนทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจพบว่าผู้ป่วยสูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปี) มีความ ต้องการข้อมูลมากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า (อายุน้อยกว่า 65ปี) (Kattainen, Merilainen and Jokela. 2004) ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยด้านอายุที่มีความสัมพันธ์กับ ความต้องการ ข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบมีเพียงแต่การศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ เช่นการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการ ข้อมูลของผู้ป่วยก่อนนอนฟื้นคืนโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาถอนฟื้น คืนจำนวน 100 คน ที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากคณะทันตแพทย์ ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความวิตก กังวลที่ดัดแปลงมาจาก Hamilton Anxiety Rating Scale และแบบ

สัมพันธภาพความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด ผลการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนถอนฟันคุด (วาสนา วงศ์ชั้นทอง. 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผลการศึกษาพบว่า อายุแตกต่างกัน ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชนิษฐา นาคะ. 2534) และยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะอื่นๆ (อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผ่าตัดเต้านม ต่อมลูกหมาก) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าอายุที่แตกต่างกันมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วราภรณ์ กุประดิษฐ์. 2544) ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่สามารถสรุปได้ว่าอายุ ที่แตกต่างกันมีความต้องการข้อมูลแตกต่างกันหรือไม่

1.2 เพศ มีการศึกษาปัจจัยดังกล่าวในเรื่อง เรื่องการได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดใน ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบไม่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 116 คน ซึ่งใช้แบบสอบถามจำนวน 26 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด 5 ด้านได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ ข้อมูลเกี่ยวกับฝึกทักษะการปฏิบัติตัว ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สุขสบาย และข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ผลการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Bernier and Others. 2003) ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยด้านเพศที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบมีเพียงแต่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆเช่นการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอน ฟันคุด ผลการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนถอนฟันคุด (วาสนา วงศ์ชั้นทอง. 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผลการศึกษาพบว่า เพศแตกต่างกันความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชนิษฐา นาคะ. 2534) และ ยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะอื่น ๆ (อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผ่าตัดเต้านม ต่อมลูกหมาก) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าเพศที่

แตกต่างกันมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.41$, $P>0.05$) (วราภรณ์ กุประดิษฐ์. 2544) ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเพศที่แตกต่างกันมีความต้องการข้อมูลแตกต่างกันหรือไม่

1.3 ระดับการศึกษา ปัจจัยดังกล่าวยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แต่มีการศึกษาถึงความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดแบบไม่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 30 คน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง ต้องการข้อมูลมากกว่าคนที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Brumfield, Kee and Johnson. 1996) ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยด้านการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบมีเพียงแต่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ เช่นการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนถอนฟันคุด (วาสนา วงศ์ชั้นทอง. 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผลการศึกษาพบว่าการศึกษาแตกต่างกันความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ขนิษฐา นาคะ. 2534) ซึ่งพบว่าการศึกษาดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นไม่สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะอื่น ๆ (อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผ่าตัดเต้านม ต่อมลูกหมาก) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่างกันมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (วราภรณ์ กุประดิษฐ์. 2544) ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่สามารถสรุปได้ว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีความต้องการข้อมูลแตกต่างกันหรือไม่

1.4 รายได้ ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าวในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบไม่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (day surgery) พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bernier and Others. 2003) ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยด้านรายได้ที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบมีเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผลการศึกษาพบว่าปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ขนิษฐา นาคะ. 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะอื่น ๆ (อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผ่าตัดเต้านม ต่อกุหลุม) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วราภรณ์ กุประดิษฐ์. 2544)

1.5 อาชีพ พบว่าปัจจัยในเรื่องดังกล่าว ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แต่พบมีเพียงการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโรงพยาบาลพัทลุง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทางศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูกและนรีเวชกรรม จำนวน 150 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (The State-Anxiety Scale) ของ Spielberger และคณะ (1970) และแบบประเมินความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด โดยใช้ของขนิษฐา นาคะ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกันมีความต้องการข้อมูลแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (เสงี่ยม ชวนนุ้ย และชวนพิศ มีสวัสดิ์. 2543)

1.6 ประสพการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับ ปัจจัยในเรื่องดังกล่าว ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบมีเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผลการศึกษาพบว่าประสพการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับ ที่แตกต่างกันความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ขนิษฐา นาคะ. 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะอื่นๆ (อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผ่าตัดเต้านม ต่อกุหลุม) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ประสพการณ์ผ่าตัดแตกต่างกัน มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.64$ ตามลำดับ, $P>0.05$) (วราภรณ์ กุประดิษฐ์. 2544)

2. ความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

เมื่อบุคคลเกิดความความวิตกกังวลและต้องการลดความไม่สบายใจจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลเหล่านั้นจะมีการปรับตัวเองให้อยู่ในภาวะสมดุลและสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ (เสงี่ยม ชวนนุ้ย และชวนพิศ มีสวัสดิ์. 2543) ซึ่งการแสวงหาข้อมูลเป็นการเผชิญปัญหาวิธี

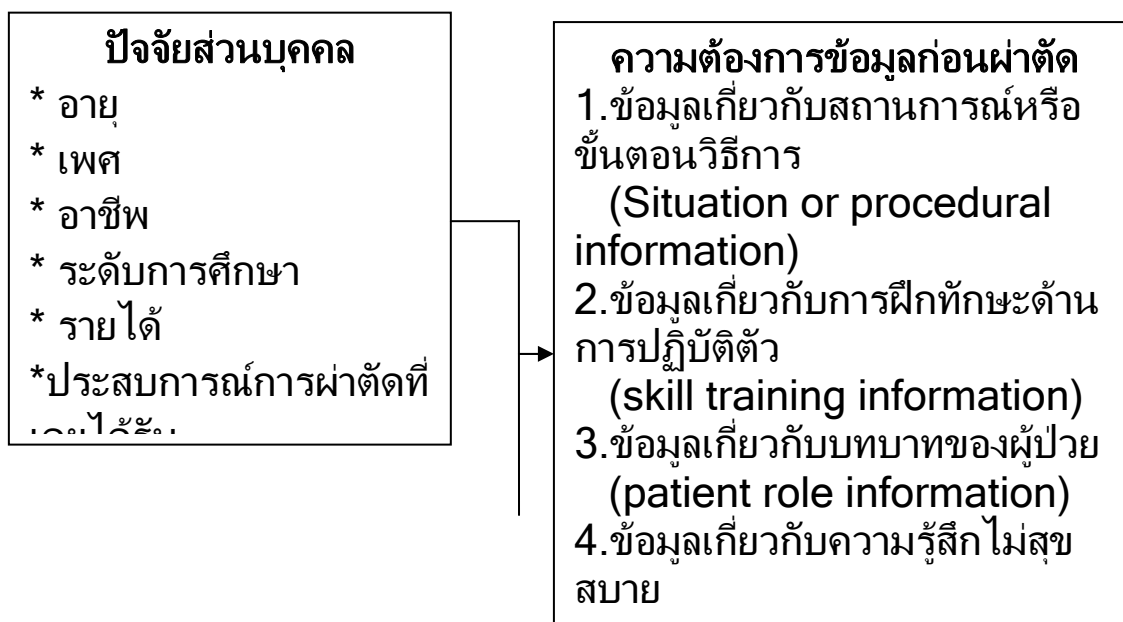
หนึ่งทีบุคคลนำมาใช้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (McGaughey and Harrission. 1994; Deyirmenjian, Karam and Salameh. 2006) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ซึ่งพบแต่การศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่นการศึกษาเรื่องความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยและญาติขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย ที่ Northern Ireland teaching hospital ซึ่งได้รับการผ่าตัดใหญ่ชนิดรอได้ (elective surgery) และเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักเป็นครั้งแรก จำนวน 5 คน ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด (McGaughey and Harrission. 1994) แต่พบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของระดับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,404 คน โดยใช้ Spielberger Anxiety Inventory (STAI) และ Amsterdam Preoperative Anxiety and Information (APAIS) เป็นเครื่องมือสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด (Wattier and Others. 2011) ในประเทศไทยพบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยก่อนผ่าตัด บริเวณศีรษะและคอ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวล มีแนวโน้มจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด (ขนิษฐา นาคะ. 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูกและเนื้อเยื่อกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกความต้องการข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (เสริญม ช่วยนัย และชวนพิศ มีสวัสดิ์. 2543) อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะอื่น ๆ (อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ผ่าตัดเต้านม ต่อกุหลุม) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (วรภรณ์ กุประดิษฐ์. 2544) และยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (วาสนา วงศ์ชั้นทอง. 2544)

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาซึ่งไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหรือไม่ เนื่องจากยังมีการศึกษาน้อยและพบแต่ในต่างประเทศ นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับ ความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดยังไม่มี การศึกษาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือก ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด กับความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยแสดงเป็น กรอบแนวคิดไว้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วยอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ และประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับ มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด และพบว่าความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดนั้นได้จากแนวคิดของยอนท์ เอ็ดเจลและจาโคเวค (Yount, Edgell and Jakovec. 1990) ซึ่งประกอบด้วยความต้องการข้อมูล 5 ด้านคือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือขั้นตอนวิธีการ (Situation or procedural information) 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกทักษะด้านการปฏิบัติตัว (skill training information) 3) ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ป่วย (patient role information) 4) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบาย (sensation-discomfort information) และ 5) ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (psychosocial support information) ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

