

## บทบาทของพยาบาลผัดตัดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผัดตัดและครอบครว้ : แนวคิดการสนับสนุนครอบครว้

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล \*

พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหพราม \*\*

**บทคัดย่อ :** บทบาทของพยาบาลผัดตัดในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผัดตัดและครอบครว้ นั้นมีหลายประการทั้งในด้านการให้ข้อมูล การดูแลด้านจิตใจ และการฝึกทักษะต่างๆ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลผัดตัดจึงควรเริ่มตั้งแต่การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผัดตัดซึ่งเป็นการขยายบทบาทเชิงรุกให้กว้างขึ้นไม่จำกัดเฉพาะการให้การพยาบาลในระยะผัดตัดเท่านั้น ควรเริ่มตั้งแต่ในช่วงก่อนผัดตัด นอกเหนือจากความสนใจต่อผู้ป่วยโดยตรง พยาบาลผัดตัดควรให้ความสำคัญกับการดูแลต่อครอบครว้ด้วย ทั้งผู้ป่วยที่มารับการผัดตัดและครอบครว้ส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูง ความวิตกกังวลของครอบครว้บางครั้งมีมากกว่าผู้ป่วย และความวิตกกังวลของครอบครว้อาจถ่ายทอดไปยังผู้ป่วยได้ บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผัดตัดและครอบครว้จึงมีความสำคัญ และการให้การสนับสนุนครอบครว้ผู้ป่วยนั้นจะเป็นการกระตุ้นให้ครอบครว้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ และครอบครว้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผัดตัดเร็วขึ้น เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการพยาบาลของพยาบาลผัดตัด

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยที่ได้รับการผัดตัดและครอบครว้ การสนับสนุนครอบครว้ พยาบาลผัดตัด

การจัดบริการพยาบาลมีความสำคัญต่อผู้รับบริการเป็นอย่างมาก ซึ่งแนวคิดในการออกแบบระบบการให้บริการนั้นควรเป็นกระบวนการคิดที่สร้างสรรค์ เริ่มต้นจากการแสวงหากลยุทธ์ที่จะให้บริการ แล้วหาวิธีดำเนินการให้ประสิทธิผลสำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ควรเริ่มต้นจากการจำแนกและวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการตัดสินใจดำเนินการ การออกแบบระบบการให้บริการซึ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ เช่น สถานที่สิ่งอำนวยความสะดวกในกระบวนการทำงาน การกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการและมีการวัดผลเพื่อให้แน่ใจในคุณภาพ<sup>1</sup> การจัดบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารับการผัดตัดควรมีการคำนึงถึงครอบครว้ของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากครอบครว้เป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครว้เจ็บป่วย และต้องได้รับการผัดตัด จึงส่งผลไปสู่สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครว้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมารับการผัดตัดและครอบครว้จะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง<sup>2,3,4</sup> ความวิตกกังวลนี้เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่แน่ใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผัดตัดที่กำลังจะเกิดขึ้น<sup>5</sup> ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับครอบครว้บางครั้งมีมากกว่าผู้ป่วย โดยเฉพาะในขณะที่รอผู้ป่วยผัดตัด<sup>4</sup> ถ้าครอบครว้ไม่สามารถปรับตัวให้คลายความวิตกกังวลได้แล้ว จะก่อให้เกิดการเสียความสมดุลทางอารมณ์ Fredericson; Phipps, Cassmeyer, Sands, and Lehman; Stuart and Sundeen พบว่าความวิตกกังวลสามารถสื่อถึงกันได้ ความวิตกกังวลในระดับสูงของครอบครว้จะทำให้ครอบครว้ไม่สามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย และความวิตกกังวลของครอบครว้อาจถ่ายทอดไปยังผู้ป่วยได้<sup>6,7,8</sup> ดังนั้นพยาบาลผัดตัดจึงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยและให้การสนับสนุนครอบครว้ของผู้ป่วยทั้งในด้านการให้

ข้อมูล การได้อยู่ใกล้ชิด และการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ  
เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า การดูแลเป็นหัวใจของการพยาบาล เป็นเอกลักษณ์ และปรากฏการณ์ที่จำเป็นสำหรับพยาบาล การหายจากการเจ็บป่วยไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากปราศจากการดูแล แต่การดูแลสามารถดำรงอยู่ได้แม้ไม่มีรักษา<sup>9</sup> พยาบาลผัดตัดมีบทบาทสำคัญในการพิทักษ์สิทธิให้การดูแลช่วยเหลือ ทั้งในด้านข้อมูล คำแนะนำ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ต้องรับการผัดตัดและครอบครว้<sup>10</sup> สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลของ Roach ซึ่งได้อธิบายการดูแลว่าเป็นพฤติกรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผัดตัดและครอบครว้ลดความวิตกกังวล ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์สภาพกับผู้ป่วยและครอบครว้ เข้าใจในความคิดความรู้สึก มีความห่วงใย ตั้งใจจริงในการช่วยเหลือพยาบาลได้ใช้ความรู้ สถิติปัญญา ปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องตามหลักวิชาการด้วยความมั่นใจ มีการตัดสินใจที่ดี ทันเวลา ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน สร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน คำนึงถึงความถูกต้องตามศีลธรรมจรรยา เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย พยาบาลมีความยึดมั่นผูกพัน มุ่งมั่นในการปฏิบัติงานเพื่อช่วยเหลือมีความตั้งใจและเต็มใจ สำนึกในความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและครอบครว้<sup>11</sup> ช่วยให้พยาบาลผัดตัดสามารถดูแลได้ทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผัดตัดและครอบครว้ด้วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครว้ได้รับการดูแลที่ดี สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม ช่วยให้ปรับตัวได้ ซึ่งน่าจะส่งผลดีช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครว้ ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผัดตัดเร็วขึ้น เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในบริการของพยาบาลผัดตัด

\* พยาบาลชำนาญการ ระดับ 8 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**บทบาทของพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว :  
แนวคิดการสนับสนุนครอบครัว**

**การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว  
มีแนวคิดในการให้การพยาบาลดังนี้**

**1. พยาบาลผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด<sup>12</sup>**

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินก่อนผ่าตัด การประเมินก่อนวันผ่าตัดโดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัวต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจริง ทำความเข้าใจและแก้ไขเกี่ยวกับความเชื่อผิด ๆ ซึ่งมีประโยชน์มาก ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกที่กังวลออกมา

ถึงแม้ว่าสถานที่เริ่มแรกของพยาบาลผ่าตัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจะอยู่ในห้องผ่าตัด แต่การขยายบทบาทเชิงรุกของพยาบาลผ่าตัดให้กว้างขึ้นตั้งแต่ในช่วงก่อนผ่าตัด จะนำไปสู่ความต่อเนื่องของการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลประจำห้องผ่าตัดที่ชำนาญการ มีการพัฒนาเทคนิค รวมทั้งความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลได้ประเมินผู้ป่วย สามารถวางแผนการพยาบาลในระยะผ่าตัดและภายหลังผ่าตัดสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกนำเข้าไปในห้องผ่าตัด

โรงพยาบาลบางแห่งมีพยาบาลประสานงานผ่าตัดหรือทีมพยาบาลเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยซึ่งได้กำหนดการผ่าตัดไว้แล้ว ทำการประเมิน และเขียนแผนการพยาบาลของแต่ละคน พยาบาลผ่าตัดทบทวนแผนการพยาบาลเหล่านี้ก่อนการผ่าตัด และให้การพยาบาลตามแผน ทีมเยี่ยมผู้ป่วยจะประกอบด้วย พยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือพยาบาลผ่าตัด และพยาบาลห้องพักรฟื้น พยาบาลทั้งสองทีมให้การนิเทศน์และตอบคำถาม โดยคนหนึ่งมีประสบการณ์น้อยประกบคู่กับคนที่มีความรู้ประสบการณ์มา ซึ่งกลุ่มทีมผู้สอนที่มีประสิทธิภาพ

ควรประกอบด้วยพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลห้องพักรฟื้นและพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตดังนี้

**ขั้นตอนที่นำไปสู่ความสำเร็จในการเยี่ยมก่อน  
ผ่าตัด**

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทำให้พยาบาลผ่าตัดได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการประเมินในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยจะได้พูดคุยของห้องผ่าตัดและใส่เสื้อคลุมป้ายชื่อ ผู้ป่วยจะได้ทำความคุ้นเคยกับบุคลากรที่จะพบในวันต่อไป ซึ่งการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้ได้ผลสำเร็จนั้น พยาบาลผ่าตัดควรปฏิบัติดังนี้

ทบทวนแฟ้มประวัติและบันทึกของผู้ป่วย เน้นที่การวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยาบาล การผ่าตัดที่จะได้รับ รวบรวมข้อมูลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลในระยะผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด รวบรวมข้อมูลการพยาบาลรวมทั้งประเด็นเสริมต่างๆ ในด้านข้อมูลทางด้านชีวภาพ ชื่อ อายุ เพศ ฐานะครอบครัว ศาสนา ภูมิหลัง ระดับการศึกษา รูปแบบการดำรงชีวิต การอยู่โรงพยาบาล และการผ่าตัดครั้งก่อน ข้อมูลด้านสภาพร่างกาย สัญญาณชีพ ส่วนสูง น้ำหนัก สภาพผิวหนัง ภูมิแพ้ ระดับความรู้สึกตัว ความผิดปกติของร่างกาย การรับรู้ ความรู้สึก และข้อมูลด้านภาวะทางอารมณ์ ความเข้าใจ ความคาดหวัง ปัญหาเฉพาะเกี่ยวกับ

สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล ควรได้รับการเยี่ยมก่อนวันผ่าตัด ซึ่งเวลาที่เหมาะสมในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดควรเป็นช่วงบ่าย เป็นช่วงเวลาที่ที่สุดไม่ควรสอนผู้ป่วยในตอนเช้ามืดก่อนการผ่าตัด<sup>12</sup> เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะจิตใจไม่รับรู้อะไรและผู้ป่วยอาจได้รับยากล่อมประสาท ควรใช้เวลาในการเยี่ยมและให้คำแนะนำ

**เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล และ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุมพรพราม**

ประมาณ 10-20 นาที นอกจากผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนหรือมีความต้องการเวลามากเป็นพิเศษ ให้พิจารณาหาเวลาเยี่ยมใหม่ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉินสามารถทำการประเมินในบริเวณที่ผู้ป่วยรอคอยก่อนเข้ารับการผ่าตัด

ขั้นตอนแรกในการเยี่ยมผู้ป่วยควรจะทำทักทายผู้ป่วยโดยการแนะนำตนเอง อธิบายจุดประสงค์ของการเยี่ยม บอกผู้ป่วยว่า การเยี่ยมเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาล ผู้ป่วยจะได้ไม่รู้สึกว่าเป็นเพราะโรคร้ายที่เป็นที่ไม่เหมือนกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ จึงต้องมีพยาบาลผ่าตัดมาเยี่ยม ตลอดเวลาของการสนทนาต้องเคารพต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วย โดยการเรียกชื่อ นอกจากผู้ป่วยจะอนุญาต ให้เรียกชื่ออื่น สำหรับผู้ป่วยเด็กให้เรียกชื่อเล่น นอกจากจะรู้จักชื่อเล่น ในขณะสนทนาให้ผู้ป่วยนั่งใน ที่สบาย พยาบาลควรนั่งใกล้ผู้ป่วย เพื่อให้สามารถเห็นหน้า และได้ยินเสียงได้ชัดเจน มีการสบสายตาระหว่างพูดคุย ในขณะสอนก่อนผ่าตัดครอบครัวควรอยู่ด้วยจะได้เรียนรู้วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวควรใช้ภาษาตามระดับพัฒนาการ ความเข้าใจ และการศึกษา ใช้ดุลยพินิจเพื่อตัดสินว่า ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับข้อมูลมากเท่าไร ต้องรู้อะไรบ้าง ระวังไม่ใช้คำที่อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล คำที่ไม่แน่นอน เช่น มีด เข็ม คลื่นไส้อาเจียน หรือ ตาย ใช้คำถามว่ารู้สึกอย่างไร บอกการผ่าตัดอะไรให้ผู้ป่วยฟังบ้าง แก้ไขความเข้าใจผิด ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัด ภายใต้อุปเขตความรับผิดชอบของพยาบาล ไม่ไปก้าวล่วงความรับผิดชอบของศัลยแพทย์ และไม่หลอก บิดเบือนความจริง หรือให้ความมั่นใจผิด ๆ กับผู้ป่วยหรือครอบครัว พยาบาลผ่าตัดควรแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของห้องผ่าตัด อธิบายนโยบาย และงานประจำต่างๆ บอก

เวลาผ่าตัดที่จัดไว้ในตาราง ประมาณเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และเวลาที่อยู่ในห้องพักรฟื้น อธิบายข้อปฏิบัติขณะที่ผู้ป่วย อยู่ในห้องรอผ่าตัดก่อนการผ่าตัด บอกผู้ป่วยให้ทราบว่าจะได้ทราบความก้าวหน้าของการผ่าตัด และพยาบาลจะแจ้งให้ครอบครัวทราบอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมาอยู่ในห้องพักรฟื้น เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ซึ่งพยาบาลควรมีการสื่อสารให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการผ่าตัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าการผ่าตัดนาน ต้องดูแลด้านจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยด้วยเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล

ในขณะสนทนาควรกระตุ้นผู้ป่วยและครอบครัวให้พูดถึงความรู้สึก หรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และความคาดหวังล่วงหน้า สังเกตพฤติกรรมทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ฟังสิ่งที่ผู้ป่วยถาม ไม่ขัดความรู้สึกผู้ป่วยที่แสดงออกมา ให้ความเห็นใจ ไม่ทำลายการป้องกันตนเองที่เป็นอยู่ตามธรรมชาติของผู้ป่วยและมีการกระตุ้นอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามการเยี่ยมผู้ป่วยไม่ใช่การให้คำปรึกษาทางจิตเวช พยายามช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหานั้นๆ ที่ทำได้ ให้เวลาในการฟังความรู้สึกหรือความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว อาจให้คนอื่นติดตามผลเท่าที่จำเป็น เนื่องจากในการเยี่ยมผู้ป่วยนั้นพยาบาลผ่าตัดไม่สามารถแก้ปัญหาทั้งหมดใน 20 นาที ควรปรึกษาผู้ร่วมงานที่เป็นผู้เชี่ยวชาญช่วยเหลือ หรือทำการส่งต่อที่เหมาะสม เช่น พูว่า ดิฉันจะแจ้งข้อมูลนี้ให้กับคนที่ซึ่งสามารถช่วยคุณได้ในปัญหานี้ ในการสนทนาควรทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย โดยใช้หลักการสามัญสำคัญ ความปลอดภัยและความเชื่อถือ มีการสัมผัสที่เหมาะสม พบว่าการสัมผัสมีผลทางตรงต่อสรีรวิทยา เช่น การหายใจ และการไหลเวียนของเลือด สามารถลดอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต ผลของความสงบสามารถทำให้มีสติสัมปชัญญะ และปัญญาดี

## บทบาทของพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว :

### แนวคิดการสนับสนุนครอบครัว

ขึ้น การสร้างความเชื่อมั่น และให้ความมั่นใจ จะนำไปสู่ความอบอุ่น เห็นใจ ทำให้เกิดความกล้า และได้รับการสนับสนุน อย่างไรก็ตาม การสัมผัสต้องนุ่มนวล ควรไวต่อการรับรู้ว่ามีอะไรสัมผัสแล้วผู้ป่วยโกรธหรือสุขสบายขึ้น เคารพในความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มองไม่เห็นมีกรูสึกมั่นใจจากการสัมผัสที่ได้รับ แต่ต้องบอกผู้ป่วยก่อนเพื่อให้รู้ตัว ไม่ตกใจ ให้ความมั่นใจผู้ป่วยว่าจะไม่ถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว แต่จะมีสมาชิกทีมพยาบาลผ่าตัดให้การดูแลอยู่ตลอดเวลา พยายามเพิ่มความเชื่อถือและเชื่อมั่น มีเวลาเพื่อตอบคำถาม หรือใส่ใจผู้ป่วย ถามผู้ป่วยว่ามีอะไรอย่างอื่นที่เกี่ยวข้องด้วยหรือไม่ อย่านำความรู้สึกของผู้ป่วยขึ้นมามาก แล้วตัดบทสนทนา ไม่ขัดจังหวะถามคำถามหรือดูแคลนความกลัวของผู้ป่วยที่แสดงออก หรือคิดว่าป็นหัวข้อที่นอกเรื่อง คำถามทั้งหมดสำคัญต่อผู้ป่วย

การจำแนกความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย จะนำไปปรับเปลี่ยนแผนการดูแลในระหว่างผ่าตัดได้เป็นอย่างดี การสังเกตลักษณะทางกายภาพ ซึ่งอาจกระทบต่อการจัดทำหรือต้องการเตรียมเป็นพิเศษ แผนการดูแลรวมทั้งการพิจารณาในเรื่องความสูง ความอ้วน หรือผู้ป่วยที่ถนัดซ้าย การให้สารน้ำควรให้ช้าๆ เพื่อลดข้อจำกัดในการใช้มือ สังเกตข้อจำกัดทางกายภาพของผู้ป่วย เช่น ปวดเมื่อย ถูกตัดแขนขา อัมพาต หรือสูญเสียความรู้สึก ข้อมูลเหล่านี้ทำให้พยาบาลช่วยทั่วไปวางแผนล่วงหน้าว่าผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือได้มากน้อยเพียงใด และผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลืออีกเท่าไร การบันทึกจำเป็นต่อการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดหรือ หูหนวก ในบางสถานการณ์ อาจต้องใช้ล่ามช่วย ควรอธิบายนโยบายของโรงพยาบาลว่าต้องถอดเครื่องประดับ และกายอุปกรณ์ต่าง ๆ ออกก่อนผ่าตัด สำหรับของมีค่าก็ควรถอดออกให้ครอบครัวนำไปเก็บที่บ้าน

การให้คำแนะนำนั้นพยาบาลควรเสนอความมั่นใจในสิ่งที่เป็นไปได้ สร้างความหวัง หลีกเลี่ยงการใช้คำบางคำ เช่น ทุกสิ่งจะดีไปหมด หรือคุณสบายดี ช่วยผู้ป่วยให้มีความรู้สึกจากลบเป็นบวก ให้การตอบสนองที่เกิดประโยชน์เสนอความหวังที่เป็นจริง แต่ต้องไม่ไปลดความสำคัญของการผ่าตัด

### การสอนก่อนผ่าตัด<sup>12</sup>

การสอนเป็นหน้าที่ของพยาบาลผ่าตัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องทำในขณะที่เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมพร้อม โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดของผู้ป่วยคนนั้นโดยเฉพาะ พยาบาลผ่าตัดแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้งการฝึกทักษะต่างๆ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะต้องมีความต้องการที่จะเรียนรู้ ซึ่งการสอนก่อนผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

1) การให้ข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับการผ่าตัด กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกทางกายซึ่งผู้ป่วย ต้องเผชิญ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้น และคาดหวังอะไร และยังช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการดูแล

2) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การได้พูดคุยช่วยเพิ่มกลไกการต่อสู้กับความวิตกกังวล ความกลัว และทำให้อารมณ์ดีขึ้น

3) การฝึกทักษะ การแนะนำการปฏิบัติให้ผู้ป่วยปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัด ช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้การพักฟื้นหลังผ่าตัดเร็วขึ้น และช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การสอนที่มีประสิทธิภาพนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรม โดยได้รับการเตรียมด้านจิตใจ และ

## เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล และ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุมพรพราม

ร่างกายเพื่อพร้อมรับการผ่าตัด ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้การใช้ระบบการดูแลสุขภาพ มีผลทางบวกในการเรียนรู้การช่วยตนเองวางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้สิ่งที่ตนคาดหวังและสถานที่ซึ่งจะขอความช่วยเหลือ หลังออกจากโรงพยาบาล เช่น กลุ่มสนับสนุนต่าง ๆ

การสอนผู้ป่วยอาจจัดแบบไม่เป็นทางการ แล้วแต่ความถนัดของแต่ละบุคคล หรือจัดแบบเป็นทางการ เช่น การจัดการสนทนากลุ่ม เริ่มแรกพยาบาลผู้สอนจะต้องวางหลักสูตร มีการประสานกับสมาชิกคนอื่น ๆ กำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียน กับผลที่จะให้กับผู้ป่วย การพัฒนาวัตถุประสงค์การเรียนรู้ตั้งอยู่บนพื้นฐานการประเมินระดับความพร้อมทางอารมณ์ของผู้ป่วยและความสามารถทางสติปัญญา พยาบาลประเมินจากการสังเกต และการตอบสนองที่ปรากฏ การยอมรับปัญหาของผู้ป่วยเอง ระดับพัฒนาการ การมองเห็น การฟัง และอื่น ๆ ก่อนการเริ่มอธิบาย พยาบาลต้องดูว่าอะไรที่ผู้ป่วยรู้แล้ว อะไรที่ต้องรู้ และต้องการจะรู้อยู่ รวมทั้งการมีสัมพันธภาพที่เข้าใจผู้ป่วยจะทำให้การเรียนการสอนง่ายขึ้น

พยาบาลควรช่วยให้สมาชิกครอบครัวในการรับรู้ถึงสถานการณ์ต่างๆ เพื่อให้ครอบครัวเหล่านั้นมีความสามารถเพิ่มขึ้น การรักษาจะสำเร็จหรือล้มเหลวบ่อยครั้งขึ้นอยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ความรู้ของครอบครัวผู้ป่วยและการเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ทักษะ การต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ และความเต็มใจให้การช่วยเหลือของเหล่าสมาชิกครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการพักฟื้น การสอนต้องทำในระดับสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งทรัพยากรที่มีคุณค่า นอกจากนี้การสอนผู้ป่วยและครอบครัวควรใช้อุปกรณ์ สื่อการสอนช่วยเสริมถ้าเป็นไปได้ เลือกการเสนอรายละเอียดบางส่วนและใช้

ให้เหมาะสม อาจมีภาพถ่าย หรือภาพวาดประกอบการสอน เพื่ออธิบายวิธีการ และเครื่องมือที่ใช้สิ่งเหล่านี้สามารถนำเสนอเป็นหนังสือเล่มเล็ก ๆ หรือแผ่นพับ ซึ่งผู้ป่วยสามารถเก็บไว้ และใช้ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว อาจใช้วีดิทัศน์ สไลด์/แถบเสียง หรือภาพยนตร์ ช่วยในการสอน

### 2. การพยาบาลแรกรับก่อนผ่าตัดและขณะรอผ่าตัด<sup>12</sup>

ผู้ป่วยบางคนอาจนอนไม่หลับในคืนก่อนผ่าตัด<sup>12</sup> และในวันที่รอไปห้องผ่าตัด ก็เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก<sup>14</sup> ดังนั้นพยาบาลผ่าตัดควรให้ความสนใจผู้ป่วยและครอบครัวทันทีที่มาถึงห้องเตรียมผ่าตัด โดยการต้อนรับ และทักทายแสดงความเป็นกันเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การเรียกชื่ออย่างสุภาพทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ยิ้มให้อย่างเป็นมิตร ถึงแม้ว่าพยาบาลจะมีผ้าปิดปาก-จมูกก็อาจแสดงความเป็นมิตรด้วยสายตาและการสัมผัส

ผู้ป่วยที่ต้องรออยู่ในห้องพักรอผ่าตัด จะเกิดความวิตกกังวลมาก<sup>15</sup> ผู้ป่วยที่รอคอยการผ่าตัดนาน จะมีความวิตกกังวลสูง ความรู้สึกของผู้ป่วยทุกหน้าที่ของการรอคอยการผ่าตัดนั้นยาวนานมาก การรอคอยเพียง 1 นาที จะยาวนานเหมือนเป็นชั่วโมง<sup>12</sup> ความวิตกกังวลนี้เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่แน่ใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้น ประกอบกับสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดเป็นสถานที่แปลกใหม่ต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยถูกแยกจากครอบครัว ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น<sup>5</sup> ดังนั้นพยาบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยนอนรอการผ่าตัดอยู่เพียงคนเดียวเป็นระยะเวลาติดต่อกันนานเกินไป ควรให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และให้ข้อมูลครอบครัวในขณะที่รอผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลของครอบครัวด้วย

### บทบาทของพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว :

#### แนวคิดการสนับสนุนครอบครัว

#### 3. การพยาบาลระยะผ่าตัด<sup>12</sup>

การพยาบาลในระยะผ่าตัดนั้น พยาบาลต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการผ่าตัดตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด ซึ่งส่วนสำคัญของการพยาบาลระยะผ่าตัด ได้แก่ การจัดทำผู้ป่วยสำหรับผ่าตัด การพยาบาลขณะผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว โดยเน้นที่ความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการติดเชื้อ ต้องปฏิบัติตามเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด การป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ เช่น การป้องกันอุบัติเหตุจากเครื่องจีไฟฟ้า การป้องกันอันตรายจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด และการมีสิ่งแปลกปลอมตกค้างในแผลผ่าตัด เป็นต้น

ส่วนครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลควรจัดสถานที่ให้ครอบครัวนั่งรอผู้ป่วยผ่าตัด และบอกระยะเวลาผ่าตัดที่ใช้ในการทำผ่าตัดโดยประมาณ

#### 4. การพยาบาลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น<sup>12</sup>

การพยาบาลในห้องพักฟื้น เป็นระยะวิกฤตของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย พยาบาลห้องพักฟื้นจะต้องประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว มีการประเมินผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ เช่น ระดับความรู้สึกตัว ระบบทางเดินหายใจต้องดูแลให้ทางเดินหายใจโล่งโดยการจัดท่านอนที่เหมาะสม ภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ความเจ็บปวด การลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำได้โดยบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า ขณะนี้ผ่าตัดเสร็จแล้ว เขาปลอดภัย ขณะนี้ได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้นถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะยังรู้สึกตัวไม่ดีแต่การที่พยาบาลบอกผู้ป่วยเช่นนี้ จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบเร็วขึ้น<sup>16</sup> และทันทีที่ผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จและได้รับการดูแลต่อในห้องพักฟื้น พยาบาลควรแจ้งให้ครอบครัวผู้ป่วยทราบเพื่อให้คลายความวิตกกังวล

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนั้น เริ่มตั้งแต่การที่พยาบาลผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย การสอนก่อนผ่าตัด การพยาบาลแรกรับก่อนผ่าตัดและขณะรอผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัด และการพยาบาลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการให้ความสำคัญกับครอบครัวซึ่งมีความต้องการที่ไม่แตกต่างจากผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดีที่สุด สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวได้ ซึ่งอาจส่งผลดีช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผ่าตัดเร็วขึ้นเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในบริการของพยาบาลผ่าตัด

#### บรรณานุกรม

1. Fitzsimmons, J. A., and Fitzsimmons, M. J. **Service Management: Operations, strategy, and information technology.** 3<sup>rd</sup> ed. Boston: McGraw-Hill, 2001.
2. Carmody, S., Hickey, P., and Bookbinder, M. Perioperative needs of families. **AORN** 1991; 54: 561-567.
3. Cupples, S. A. Effects of timing and reinforcement of preoperative education on knowledge and recovery of patients having coronary artery bypass graft surgery. **Heart & Lung** 1991; 20: 654-660.
4. Leske, J. S. Effects of intra operative progress reports on anxiety levels of surgical patients, family members. **Applies Nursing Research Journal** 1995;8: 169 -173.

### เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล และ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุมทพราวม

5. Yung, P. M. B., Chui-Kam, S., French, P., and Chan, T. M. F. A controlled trial of music and preoperative anxiety in Chinese men undergoing transurethral resection of the prostate. **Journal of Advanced Nursing** 2002; 39: 352-359.
6. Fredericson, K. Anxiety transmission in the patient with myocardial infarction. **Heart & Lung** 1989; 18: 617-622.
7. Phipps, W.J., Cassmeyer, V. L., Sands, J. K., and Lehman, M. K. **Medical surgical nursing: Concepts and clinical practice.** 5<sup>th</sup>ed. St.Louis: Mosby, 1995.
8. Stuart, G. W., and Sundeen, S. J. **Principles and practice of psychiatric nursing.** 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby, 1995.
9. Leininger, M. Cultural care theory, research and practice. **Nursing science Quarterly** 1996; 9: 9-15.
10. Rothrock, J. C. **Perioperative nursing care planning.** 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: Mosby, 1996.
11. Roach, M. S. **The human act of caring.** Ottawa Ontario: Canadian Hospital Association, 1993.
12. Atkinson, L. J., and Fortunato, N. H. **Operating room technique.** 8<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby, 1996.
13. Smeltzer, S. C., and Bare, B. G. **Textbook of medical-surgical nursing.** 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
14. Hyde, R., Bryden, F., and Asbury, A. J. How would patients prefer to spend the waiting time before their operations. **Anesthesia** 1998; 53: 192-195.
15. Winter, M. J., Paskin, S., and Baker, T. 1994. Music reduces stress and anxiety of patients in the surgical holding area. **Journal of Post Anesthesia Nursing** 1994; 9: 340-343.
16. Phipps, W. J., Sands, J. K., and Marek, J. F. **Medical-surgical nursing: Concepts and clinical practice.** St Louis: Mosby, 1999.

บทบาทของพยาบาลผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและครอบครัว :  
แนวคิดการสนับสนุนครอบครัว

## Role of Perioperative Nurses in Caring for Surgical Patients and Families : Family Support

Peinjit Bhumisirikul B.Sc.(Nursing).\*

Police Major Paungphen Choonhapran, Ph.D. \*\*

**Abstract :** In caring for surgical patients and families, perioperative nurses have many important roles such as giving information, psychosocial support and skill training. Perioperative nurses are included in all aspects of care, beginning with preoperative visit before the day of the surgery which is a prospective activities. This is a wider scope of operative nursing care, not just during the intraoperative phase. Attention should be extended not only to the patients who will have surgery but also to their families in every caring phase. It has been found that before surgery, surgical patients and families usually have moderate to high anxiety and family anxiety sometimes is higher than that of the patient, which can be transferred to the patients. Therefore, perioperative nurses have to support both the patients and their families. Nurses' role in giving care to surgical patients is essential and if adequate support is given to patients' families, this could, in turn, motivate the families to substantial support to the patients, particularly moral support. Moreover, this support should help the patients postoperatively to recover from the surgery faster than usual. The entire suggested practice of perioperative nurses might also reflect these nurses efficiency in patient care.

**Keyword :** Surgical patients and families, Family support, Perioperative nurse

---

\* Clinical Nurse Expert, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

\*\* Associate Professor Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.