

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

Nursing Care of Patients with Preoperative Anxiety

สมพร ชินโนรส (Somporn Chinnoros)*

ปราโมทย์ แซ่ตัน (Pramote Saetan)**

วรินทร์ ดำรงรัตน์วงศ์ (Warinthorn Damrongratnuwong)**

Received: June 4, 2022

Revised: June 30, 2022

Accepted: September 14, 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความวิชาการนี้ เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด โดยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด หมายถึง ความไม่สบายใจ ความกังวลหรือความตื่นตระหนกจากโรค การนอนโรงพยาบาล การใช้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลมีหลายปัจจัย เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย โดยประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดด้วยเครื่องมือที่มีมาตรฐาน ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด โดยเลือกวิธีที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

คำสำคัญ: ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การพยาบาล

Abstract

The objective of this paper is to review the literature on nursing care of the patients with preoperative anxiety. Preoperative anxiety is defined as uneasy, anxiety or tension from disease, hospitalization, anesthesia and surgery. There are many factors that cause anxiety. When anxiety arises, it affects the patient both in the preoperative, perioperative, and postoperative period. Nurses should pay attention to the patients with this situation, by assessing the anxiety of the patients before surgery with standard equipment. Evaluate factors related to preoperative anxiety, and provide nursing care for these patients by choosing a method that is appropriate for the context of each patient.

Keywords : Preoperative anxiety, Factor related, Nursing care

*Corresponding author: SompornChinnoros; Email: somporn@slc.ac.th

*รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (Associate Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College)

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (Instructor, Faculty of Nursing, Saint Louis College)

บทนำ

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด หมายถึง ความไม่สบายใจ ความกังวลใจ หรือความตื่นเครียดจากโรค การนอนโรงพยาบาล การใช้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัด (Yilmaz, Sezer, Grler, & Bekar, 2012) เมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล จากการที่ต้องแยกจากครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยการพบสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ภายในโรงพยาบาล การไม่คุ้นเคยกับสถานที่และบุคคลแปลกหน้า กฎเกณฑ์และระเบียบข้อบังคับต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะต้องสูญเสียความสามารถในการบริหารจัดการ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน กลัวและวิตกกังวล จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 54.92-70.30 ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ทั้งการศึกษานในประเทศไทย (Nittayasuphaporn, Kaewnimitchai, & Namchantra, 2014) และการศึกษาในต่างประเทศ (Carrol, Cullivan, Clarke, & Davis, 2012; Jiwanmall et al., 2020; Menel et al., 2018; Nigussie, Belachew, & Wolancho, 2014) และพบว่าผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 61 ที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับสูง (Mulugeta, Ayana, Sintayehu, Dessie, & Zewdu, 2018) อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงอาจสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่คุกคามชีวิต และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังผ่าตัด (Takagi, Ando, & Umemoto, 2017)

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีสาเหตุของการเกิดปัญหาหลายสาเหตุทั้งจากความไม่เข้าใจ การขาดความรู้เรื่องโรคที่เป็น การตรวจวินิจฉัยโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยคิดล่วงหน้าถึงการผ่าตัด และปัญหาที่เกิดขึ้นขณะและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมักกลัวความปวด ความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด กลัวไม่ฟื้น กลัวตาย และกลัวสูญเสียหน้าที่การงาน ทั้งนี้จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวมากที่สุด คือ กลัวตาย ร้อยละ 38.10 รองลงมาคือ กลัวสิ่งที่ไม่รู้ร้อยละ 24.30 (Nigussie et al., 2014) ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย

การตอบสนองของบุคคล เมื่อเกิดความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นบุคคลจะตอบสนองต่อความวิตกกังวล ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (Nittayasuphaporn et al., 2014)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เป็นผลมาจากระบบประสาทอัตโนมัติ ประกอบด้วยระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก ทั้งสองระบบนี้จะทำงานตรงกันข้าม เพื่อรักษาความสมดุลของการทำงานของอวัยวะในร่างกาย โดยระบบซิมพาเทติกจะมีบทบาทมากกว่าเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น เหงื่อออก และท้องผูก แต่ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลระดับสูงหรือรุนแรง ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจะมีบทบาทมากกว่า ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง ท้องเสีย และปัสสาวะบ่อย

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าจะหลั่งฮอร์โมน Adrenocortical กระตุ้นให้มีการหลั่ง Adrenocorticoid 3 ชนิด คือ 1) Mineralocorticoid เพื่อควบคุมโซเดียม โพแทสเซียมและแคลเซียม 2) Glucocorticoid มีผลต่อการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมัน น้ำตาล ทำให้อัตราการเผาผลาญของร่างกายมีมากขึ้น และ 3) Androgen มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว เกิดอาการปวดเมื่อยตามตัว นอกจากนี้สมองส่วน hypothalamus จะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเทติกไปยังต่อมหมวกไตชั้นใน (Adrenal cortex) หลั่งฮอร์โมน Catecholamine ซึ่งประกอบด้วย Epinephrine และ Norepinephrine เข้าสู่กระแสเลือด ไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น เส้นเลือดบริเวณส่วนปลายหดตัว ทำให้มือและเท้าซีดและเย็น นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังไปกีดการทำงานของภูมิคุ้มกันของเซลล์ และกีดการตอบสนองต่อ Antibody ของร่างกาย

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความวิตกกังวลจะมีผลต่ออารมณ์และจิตใจ เมื่อบุคคลถูก คุกคามจนเกิดความวิตกกังวล ย่อมจะหาทางออกเพื่อผ่อนคลายหรือพ้นจากความวิตกกังวล โดยมีพฤติกรรมแสดงออก เช่น

หงุดหงิด โมโหง่าย โกรธง่าย กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง โศกเศร้าเสียใจ ร้องไห้ง่าย เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ และการเรียนรู้ ทำให้ความคิดสับสน ความคิดฟุ้งซ่าน การตัดสินใจไม่ดี การรับรู้ผิดพลาด ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย และความสนใจต่อสิ่งแวดลอมลดลง

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย มีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ความเจ็บป่วยและอื่น ๆ ดังนี้

1. **เพศ** จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศมีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Navarro-Gaston & Munuera-Martinez, 2020) สาเหตุอาจเกิดจากผู้หญิงมีความไวต่อความกลัว และเป็นผลมาจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตในเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้หญิงยังแสดงออกต่อความวิตกกังวลได้ง่าย จึงทำให้มีการตอบสนองต่อความวิตกกังวลของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน (Mulugeta et al., 2018) โดยผู้ป่วยหญิงจะมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยชาย (Matthias & Samarasekera, 2012; Mulugeta et al., 2018; Zelenikova, Homzova, Homza, & Buzgova, 2017)

2. **อายุ** จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุมีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด หรือผู้ป่วยอายุน้อยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี (Navarro-Gaston & Munuera-Martinez, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Bradshaw, Hariharan, & Chen, 2016) อธิบายได้ว่า อายุเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ การมีอายุมากขึ้น ประสบการณ์ในชีวิตเพิ่มมากขึ้น และมีวุฒิภาวะที่สูงขึ้น รวมถึงการมีความสามารถในการไตร่ตรองเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีความเชื่อมั่นในตนเองสูงในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ และสามารถเลือกวิธีการในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม (Jariyaratanakul, 2014) เช่นเดียวกับBradshaw และคณะ (Bradshaw et al., 2016) กล่าวว่า ผู้สูงอายุยอมรับความจริงได้ง่ายกว่า และอาจเกิดจากได้เผชิญกับระบบ

สุขภาพมาก่อน

3. **การศึกษา** จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล (Mulugeta et al., 2018) หรือระดับความวิตกกังวลลดลงสัมพันธ์กับระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น (Prathapan et al., 2013) โดยระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยมีการเตรียมตัว และมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง นอกจากนี้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีการศึกษาค่าอาจเป็นเพราะขาดความรู้เรื่องการดมยาสลบและการผ่าตัด (Mulugeta et al., 2018) ในทางกลับกันมีการศึกษาที่คล้ายกันพบว่า ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดจะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น (Nigussie et al., 2014)

4. **ความรุนแรงของโรค** บุคคลที่มีความรุนแรงของโรคมก ย่อมมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง ร่วมกับการรักษาที่มีความซับซ้อนไปตามความรุนแรงของโรค ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว จนไม่สามารถรับรู้คำแนะนำของพยาบาลหรือแพทย์ที่ให้การดูแล ทำให้ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมก จะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า (Jariyaratanakul, 2014)

5. **ประสบการณ์การผ่าตัด** จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ประสบการณ์การผ่าตัดเป็นปัจจัยหนึ่งของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Mulugeta et al., 2018) โดยผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัดมกมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดครั้งแรก (Homzova & Zelenikova, 2015; Matthias & Samarasekera, 2012) สาเหตุอาจเกิดจากผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัด สามารถประเมินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามประสบการณ์ของตนเอง ความกลัวการผ่าตัดจึงน้อยกว่า หรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการดมยาสลบ และการผ่าตัดน้อยกว่า (Mulugeta et al., 2018)

6. **ข้อมูลก่อนผ่าตัด** จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการได้ข้อมูลก่อนผ่าตัด (Nigussie et al., 2014) อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดจะลดลง เนื่องจากความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล (Navarro-Gaston & Munuera-Martinez, 2020) ผู้ป่วยที่ต้องการข้อมูลมกจะมีความวิตกกังวลในระดับมก (Moerman, Dam, Muller, & Oosting,

1996)หรือการขาดข้อมูลก่อนผ่าตัดจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเพิ่มขึ้น (Jiwanmall et al., 2020) ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดมยาสลบจะมีความวิตกกังวลต่ำ (Mulugeta et al., 2018)

ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Chanburee, 2020)

1. **ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย** เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้บุคคลเกิดความตื่นตัว มีการรับรู้ที่กว้างขึ้น กระตุ้นความสามารถในการเรียนรู้ และแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น รวมทั้งมีความคิดริเริ่มในตัวของบุคคล

2. **ความวิตกกังวลระดับปานกลาง** เป็นความวิตกกังวลที่ทำให้บุคคลมีความสนใจต่อความกังวลใจที่เกิดขึ้นในทันที จะเกิดการรับรู้ที่แคบลง บุคคลจะสนใจเฉพาะบางส่วนของสภาพการณ์นั้น ความสามารถในการเรียนรู้จะลดลง อาจมีอาการแสดงออกทางกาย เช่น หายใจเข้าออกแรง มีความรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร หรือปวดศีรษะ

3. **ความวิตกกังวลระดับรุนแรง** เป็นความวิตกกังวลที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ที่แคบมาก การมองสภาพแวดล้อมต่างๆ ถูกบิดเบือนไปจากสภาพความเป็นจริง มีการรับรู้รายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงบางส่วน รวมทั้งเกิดความไม่สบายกายและใจเพิ่มขึ้น พฤติกรรมที่แสดงออกมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น

4. **ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด** หรือการตื่นตระหนก เป็นความวิตกกังวลระดับที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ที่แคบมากที่สุด ไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริง โดยบุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง บุคลิกภาพและความคิดจะผิดไปจากเดิม พฤติกรรมที่แสดงออกมาไม่มีเป้าหมาย ความสามารถในการติดต่อกับบุคคลอื่นและการเรียนรู้เสียไป

การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด พยาบาลจึงต้องมีเครื่องมือประเมินความวิตกกังวลที่มีคุณภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง การประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีดังนี้

1. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ประเมินจากการแสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น การหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หน้าแดง เหงื่อออก ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ระบบขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ ประจำเดือนผิดปกติ เป็นต้น

2. การสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ซึ่งจะออกมาในรูปของอารมณ์ เช่น กระสับกระส่าย หงุดหงิด หวาดหวั่น แยกตัว การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความจำและการรับรู้ เช่น ลืมง่าย หงุดหงิด ครุ่นคิด ไม่มีสมาธิ ความสนใจลดลง เป็นต้น

3. การประเมินจากการตอบแบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง แบบประเมินความวิตกกังวลที่นิยมใช้ได้แก่

1) แบบประเมินความวิตกกังวลโดยเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual Analog Scale Anxiety (VAS-A) ของการเบอส์สัน (Gaberson,1991) เป็นมาตรวัดที่เป็นเส้นตรงแนวนอนมีความยาว 10 เซนติเมตรหรือ 100 มิลลิเมตร แสดงถึงความต่อเนื่องของความวิตกกังวล 0 เซนติเมตร หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล และ 10 เซนติเมตร หมายถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด วิธีการคือให้ผู้ป่วยระบุตำแหน่งระดับความวิตกกังวลบนเส้นตรง และวัดผลโดยมีการเทียบออกมาเป็นคะแนน ใช้เวลาประมาณ 5 วินาที (Jaruzel, & Gregoski, 2017)

2) แบบประเมินความวิตกกังวลของสเปลเบอเกอร์ (Spielberger) (State Trait Anxiety Inventory : STAI) ที่พัฒนาโดยสเปลเบอเกอร์ และคณะ (Spielberger, Gossuch, & Lushene, 1970 as cited in Ritthitham & Chinnoros, 2012) มี 2 แบบ ได้แก่ 1) แบบประเมินความวิตกกังวลตามสภาพการณ์ (State-anxiety หรือ STAI-S) มีคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 10 ข้อ และคำถามทางลบ 10 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ

จาก 1 (ไม่เคยเลย) ถึง 4 (บ่อยครั้ง) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง (Fathi et al., 2014) ใช้เวลาในการตอบแบบประเมิน ประมาณ 20-30 นาที และ 2) แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (Trait-anxiety หรือ STAI-T) มีคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 7 ข้อ และคำถามทางลบ 13 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1 (ไม่เคยเลย) ถึง 4 (บ่อยครั้ง) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีความวิตกกังวลสูง ใช้เวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 10 นาที (Jaruzel & Gregoski, 2017)

3) แบบประเมินความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด (The Amsterdam Preoperative Anxiety Information Scale: APAIS) ของเมอร์แมนและคณะ (Moerman et al., 1996) ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ แบ่งเป็นด้านความวิตกกังวล 4 ข้อ และด้านความต้องการข้อมูล 2 ข้อ คำถามแต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เลย) ถึง 5 (มากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-30 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูง (Medna-Garzon, 2019)

4) แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ วัดด้านความวิตกกังวล 7 ข้อ และวัดด้านความซึมเศร้า 7 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 (ไม่เลย) ถึง 3 (มากที่สุด) คะแนนรวมแต่ละด้านอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ 0-7 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า 8-10 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน (Doubtful cases) และ 11-21 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (Nilchaikowit, Lortrakul & Paisansuthidet, 1996)

5) แบบประเมิน Beck Anxiety Inventory (BAI) ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 (ไม่เคยเลย) ถึง 3 (เป็นประจำ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-63 คะแนน แบ่งคะแนนความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ 0-10 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปกติ 11-19 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย 20-30 คะแนน หมายถึง มีความ

วิตกกังวลในระดับปานกลางและ 31-63 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (Goncalves et al., 2016) แบบประเมินความวิตกกังวลมีจำนวนมาก ผู้ใช้จะใช้แบบประเมินความวิตกกังวลชนิดใดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา เช่น ต้องการประเมินว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเท่าใด ก็อาจใช้แบบประเมินความวิตกกังวลโดยเปรียบเทียบด้วยสายตา แต่ถ้าต้องการประเมินความวิตกกังวลโดยทั่วไป ก็อาจใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger และถ้าต้องการประเมินความวิตกกังวลที่เฉพาะเจาะจง เช่น ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ก็อาจใช้แบบประเมินความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของเมอร์แมน และคณะ (Moerman et al., 1996) เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการผ่าตัดได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แนวทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด มีดังนี้

1. การใช้ยา พยาบาลมีหน้าที่ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา และติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ยาที่ผู้ป่วยได้รับคือยาในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Chlordiazepoxide, Diazepam, และ Lorazepam เพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และควบคุมปฏิกิริยาที่รุนแรงฉับพลันที่อาจเกิดขึ้นในบุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง (Lortrakul & Sukpich, 2013) ซึ่งมุขและคณะ (Musa, Wang, Movahedi, Safani, & Cooke, 2020) ศึกษาการประเมินและการจัดการความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ใหญ่ โดยการสำรวจแนวคิดของวิสัญญีแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่วิสัญญีแพทย์ใช้วิธีบรรเทาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด คือ การให้ยา ร้อยละ 91.60

2. การไม่ใช้ยา เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล ได้แก่

1) การให้ความรู้ก่อนผ่าตัดพยาบาลหอบผู้ป่วยควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการผ่าตัด ลักษณะและชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น การให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด รวมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยทราบสภาพการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ และอธิบายเกี่ยวกับ

วิธีจัดการกับเหตุการณ์ปกติ หรือปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม (Fuller, 2013 as cited in Permpet & Butsruphum, 2016; Phillips, 2013 as cited in Permpet & Butsruphum, 2016) หรือการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวระยะก่อนและหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องแก่ผู้ป่วยมีผลลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้ความรู้ก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง (Jariyaratnakul, 2014; Yuechat, Asdomwiset, Pinyophasakul, & Trakansangga, 2019)

2) การใช้ดนตรีบำบัด ดนตรีช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ทำให้ร่างกายผ่อนคลาย และช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีการนำดนตรีบำบัดมาใช้เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จากการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดย เยตันเด และคณะ (Yetunde, Ka Ming, & Wei, 2021) ที่ได้ศึกษาผลของการไม่ใช้ยาต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และความปวดหลังผ่าตัดในผู้ใหญ่ที่มารับการผ่าตัดมะเร็ง พบว่า ดนตรีบำบัดช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เช่นเดียวกับการศึกษาของ แบรดท์ และคณะ (Bradt, Dileo, & Shim, 2013) ที่ศึกษาการใช้ดนตรีต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดพบว่า ดนตรีบำบัดลดความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองที่ใช้ดนตรีมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้ดนตรี อย่างไรก็ตาม ดนตรีมีผลเล็กน้อยต่ออัตราการเต้นของหัวใจ และ Diastolic blood pressure

3) เทคนิคการผ่อนคลาย เป็นวิธีการที่ช่วยให้บุคคลผ่อนคลาย มีความสงบเพิ่มขึ้น หรือลดความวิตกกังวล โดยพยาบาลใช้หลักการฟังคือเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเอง ในสถานที่เงียบสงบ พยาบาลสามารถนำเทคนิคการผ่อนคลายมาใช้กับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล เทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยทนต่อความวิตกกังวล และลดความรุนแรงของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นโดยประสาทอัตโนมัติซึ่งควบคุมไม่ได้ (Viars, 2009) นอกจากนี้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายอื่น ๆ เช่น การฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำสมาธิ เป็นต้น

สรุป

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เป็นความไม่สบายใจ ความกังวลใจ หรือความตึงเครียดจากโรค การนอนโรงพยาบาล การใช้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัดซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลมีหลายปัจจัย เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย โดยประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดด้วยเครื่องมือที่มีมาตรฐาน ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด โดยเลือกวิธีที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

- Bradshaw, P., Hariharan, S., & Chen, D. (2016). Does preoperative psychological status of patients affect postoperative pain? A prospective study from the Caribbean. *British Journal of Pain*, 10(2), 108-115.
- Bradt, J., Dileo, C., & Shim, M. (2013). Music interventions for preoperative anxiety. *Cochrane database of systematic reviews*, Issue 6. Art. No.: CD006908. DOI: 10.1002/14651858.CD006908.pub2
- Carrol, J. K., Cullivan, E., Clarke, L., & Davis, N. F. (2012). The role of anxiolytic premedication in reducing preoperative anxiety. *British Journal of Nursing*, 21(8), 479-483.
- Chanburee, S. (2020). The role of nurses in caring for patients with anxiety before undergoing abdominal hysterectomy. *Journal of Nursing Siam University*, 21(40), 60-70. [In Thai].
- Fathi, M., Alavi, S. M., Joudi, M., Mahdikhani, H., Ferasatkish, R., et al. (2014). Preoperative anxiety in candidates for heart surgery. *Iran Journal Psychiatry BehavSci*, 8(2), 90-96.

- Gaberson, K. B. (1991). The effect of humorous distraction on preoperative anxiety: A pilot study. *AORN Journal*, 54(6), 1258-1264.
- Goncalves, K. K. N., Silva, J. L., Gomes, E. T., Pinheiro, L. L. S., Figueiredo, T. R., Bezerra, S. M. M. S., et al. (2016). Anxiety in the preoperative period of heart surgery. *Rev Bras Enferm*, 69(2), 374-380.
- Homzova, P., & Zelenikova, R. (2015). Measuring preoperative anxiety in patient undergoing elective surgery in Czech Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 6(4), 321-326.
- Jariyaratankul, J. (2014). *The effectiveness of using the clinical nursing practice guide line for giving knowledge to reduce anxiety in elderly patients before major surgery Maharaj Nakorn Hospital Chiang Mai*. (Master's Thesis). Chiang Mai University, Chiang Mai. [In Thai].
- Jaruzel, C. B., & Gregoski, M. J. (2017). Instruments to measurement preoperative acute situational anxiety: An integrative review. *AANA Journal*, 85(1), 31-35.
- Jiwanmall, M., Jiwanmall, S. A., Williams, A., Kamakshi, S., Sugirtharaj, L., Poornima, K., et al. (2020). Preoperative anxiety in adult patients undergoing day care surgery: Prevalence and associated factors. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(1), 87-92.
- Lortrakul, M., & Sukpich, P. (2013). *Ramathibodi text book of psychiatry* (4th edition). Bangkok: Piyon Enterprises.
- Matthias, A. T., & Samarasekera, D. N. (2012). Preoperative anxiety in surgical patients-experience of a single unit. *Acta Anaesthesiologica Taiwan*, 50(1), 3-6.
- Medina-Garzon, M. (2019). Effectiveness of nursing intervention to diminish preoperative anxiety in patients programmed for knee replacement surgery: Preventive controlled and randomized clinical trial. *Invest. Educ. Enfermeria*, 37(2), e07.
- Menel, M., Zammit, N., Rania, F., Nihel, R., Thouraya, A., Ali, M., et al. (2018). Preoperative anxiety in the tertiary care hospitals of Sousse, Tunisia: Prevalence and predictors. *SOJ Surgery*, 5(1), 1-5.
- Moerman, N., Dam, F. S., Muller, M. J., & Oosting, H. (1996). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesthesia and Analgesia*, 82(3), 445-451.
- Mulugeta, H., Ayana, M., Sintayehu, M., Dessie, G., & Zewdu, T. (2018). Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC Anesthesiology*, 18(155), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0619-0>
- Musa, A., Wang, J. C., Movahedi, R., Safani, D., & Cooke, C. (2020). Assessment and management of adult preoperative anxiety: A survey of the anesthesiologist perspective. *Medical Student Research Symposium*, 49. https://digitalcommons.wayne.edu/som_srs/49.
- Navarro-Gaston, D., & Munuera-Martinez, P. V. (2020). Prevalence of preoperative anxiety and its relationship with postoperative pain in foot nail surgery: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 4481. doi:10.3390/ijerph17124481
- Nigussie, S., Belachew, T., & Wolancho, W. (2014). Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surgery*, 14(67), 2-10.

- Nilchaikowit, T., Lortrakul, M., & Paisansuthidet, U. (1996). Development of questionnaires Thai version of HADS in cancer patients. *Journal of the Thai Psychiatric Association*, 41(1), 19-30. [In Thai].
- Nittayasuphaporn, S., Kaewnimitchai, N., & Namchantra, R. (2014). The relationship of factors personality and preoperative anxiety and preoperative information needs of open-heart surgery patients. *Journal of Cardiovascular and Thoracic Nurses*, 25(1), 2-15. [In Thai].
- Permpet, R., & Butsriphum, B. (2016). Effects of music therapy on anxiety levels of patients under going cesarean section. *Journal of Army Nursing*, 17 (3), 37-43. [In Thai].
- Prathapan, S., Wanigabandu, L. U., Lamahewage, N., De Silva, D., Serasinghe, V., Dadigarnuwa, N., Sannasuriya, M., & Rajkaruna, M. (2013). Anxiety of patients undergoing general anesthesia and their myths and beliefs. *SriLankan Journal Anesthesiol*, 22(1), 11-14.
- Ritthitham, W., & Chinnoros, S. (2012). Effects of preparation information for anxiety and pain in abdominal surgery patients. *Kuakarun Journal*, 19(2), 75-87. [In Thai].
- Takagi, H., Ando, T., & Umemoto, T. (2017). Perioperative depression or anxiety and post operative mortality in cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis. *Heart Vessels*, 32(12), 1458-1468.
- Viars, J. (2009). Anxiety and open- heart surgery. *MEDSURG Nursing Journal*, 18(5), 283-291.
- Yetunde, O, T., Ka Ming, C., Wei, L. (2021). Effects of non-pharmacological interventions on preoperative anxiety and postoperative pain in patients undergoing breast cancer surgery: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23/24), 3369-3384.
- Yilmaz, M., Sezer, H., G?rler, H., & Bekar, M. (2012). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal Clinical Nursing*, 21(7-8), 956-964.
- Yuechat, S., Asdornwiset, U., Pinyophasakul, W., & Trakansangga, A. (2019). Effects of concrete-multiple choice information program in abdominal surgery patients on preoperative anxiety. *Nursing Science Journal of Thailand*, 37(2), 78-91.[In Thai].
- Zelenikova, R., Homzova, P., Homza, M., & Buzgova, R. (2017). Validity and reliability of the Czech Version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Journal of Perianesthesia Nursing*, 32(5), 429-437.