



การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน Nursing Care for Recovery after Urgent Abdominal Surgery in Older Persons

สาวตรี สมมงคล พย.บ.* วสันต์ เจริญสินทรัพย์ พ.บ.** มยรี ลีทองอิน ป.ร.ค.*** วิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์ ค.ม.****

* อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ** นายแพทย์ชำนาญการ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น *** รองศาสตราจารย์ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น **** รองศาสตราจารย์ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ถึงแม้ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์ส่งผลให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น แต่ด้วยการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมักแสดงอาการที่ไม่ตรงไปตรงมาส่งผลให้การตรวจคัดกรอง การประเมินหรือวินิจฉัยทำได้ยาก และได้รับการรักษาเมื่ออาการมีความรุนแรง¹ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพยาธิสภาพในช่องท้องและเข้ารับการรักษาดังกล่าวมีแนวโน้มที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนเพิ่มขึ้น^{2,3} ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการสูงวัย ร่วมกับปัจจัยภายนอกส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ความวิตกกังวล การพึ่งพาผู้อื่น ค่าใช้จ่าย และระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น⁴ อย่างไรก็ตามผลกระทบดังกล่าวนี้ สามารถป้องกันและลดความรุนแรงได้ด้วยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน โดยเฉพาะผู้สูงอายุในแง่ของความหมาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการพยาบาลจะช่วยเป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อให้การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป

ความหมายการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน

การฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด หมายถึง กระบวนการคืนสภาพของร่างกายจากภาวะเจ็บป่วย เพื่อเข้าสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนที่จะได้รับการผ่าตัดมากที่สุดตามที่ร่างกายของบุคคลนั้นๆสามารถกลับคืนมาได้ การฟื้นฟูสภาพนั้นครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการดำเนินชีวิตตามปกติ⁵ และเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อน ครอบคลุมมิติด้านกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนการรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต⁶ ขณะที่การผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนเป็นการผ่าตัดหลังจากเข้ารับการรักษาไม่เกิน 24-48 ชั่วโมง⁷ การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนจึงเป็นกระบวนการปรับการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายภายหลังได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วนให้กลับคืนสู่สภาวะปกติหรือมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้ดีที่สุดตามความสามารถของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อลดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งการเตรียมความพร้อมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแบบเร่งด่วนในผู้สูงอายุนั้นต้องเริ่มให้เร็วที่สุดและมีการติดตาม การกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจและคำนึงถึงความต้องการจำเพาะของผู้สูงอายุ เพื่อให้การพยาบาลมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน

ด้วยลักษณะภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นผลรวมของการเจ็บป่วยร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการสูงวัย ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดจึงแบ่ง

ออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก⁸ ดังนี้

1. ปัจจัยภายใน

1) อายุ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกระบวนการสูงวัยที่เกิดขึ้นส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลง ระบบหัวใจและการไหลเวียน ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบการขับถ่าย และระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างทำให้ผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาดังกล่าวมีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาทิ การติดเชื้อ ท้องอืด ผลกระทบจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะทุพโภชนาการ เครียด วิตกกังวล นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน⁹ การฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุจึงมีความซับซ้อน อันเนื่องมาจากลักษณะจำเพาะ (RAMPS) ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดต้องใช้เวลาอย่างมากกว่าวัยอื่น¹⁰

2) เพศ ระดับฮอร์โมนเพศชายมีผลต่อการสะสมมวลกล้ามเนื้อทำให้เพศหญิงมีมวลกล้ามเนื้อน้อยกว่าเพศชาย¹¹ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ³ รวมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้วย และเมื่อต้องเข้ารับการผ่าตัดและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานพบว่า มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อถึงร้อยละ 5 ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุเพศหญิงลดลง³

3) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้การสังเคราะห์คอลลาเจนลดลงและขัดขวางการทำงานของนิวโทรฟิล ประสิทธิภาพการทำงานของชนกวัตรหรือการเปิดปิดของที่เสียลดลง มีเสมหะมากขึ้น จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบหายใจ ขณะที่แอลกอฮอล์มีฤทธิ์ต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและอวัยวะภายใน^{12,13}



4) **ภาวะโภชนาการก่อนการผ่าตัด** หลังการผ่าตัดร่างกายจำเป็นต้องใช้พลังงานและสารอาหารเพิ่มมากขึ้น เพื่อใช้ในกระบวนการหายของแผลหรือการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ หากร่างกายขาดสารอาหารและพลังงานหรือได้รับไม่เพียงพอก่อนผ่าตัด ทำให้ร่างกายขาดสมดุลของไนโตรเจนและโปรตีนซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ จึงส่งผลให้กระบวนการหายของแผลช้า¹⁴ มีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้น¹⁵ รวมทั้งผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดลดลง¹⁶

5) **สภาวะโรคร่วม** โรคร่วมและจำนวนโรคร่วมที่มีมากกว่า 1 โรค ล้วนส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดล่าช้าลง¹⁷ ผลจากการดมยาสลบอาจกระตุ้นให้มีการสลายตัวของไกลโคเจนในตับทำให้เกิดภาวะต่ออินซูลินเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง^{8,18} ขณะที่โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไประหว่างการผ่าตัดมีความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตได้ง่าย⁹

6) **สภาวะทางจิตใจ** เช่น ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ทำให้ร่างกายมีการตอบสนองของระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลง^{17,19}

7) **สภาพผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัด** ระดับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด ได้แก่ ปริมาณเลือดที่สูญเสีย ความดันเลือดแดงเฉลี่ยต่ำสุดและอัตราการเต้นของหัวใจที่ต่ำสุด ส่งผลให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะช็อค การประเมินสภาพผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดสามารถประเมินจากค่าคะแนน Surgical APGAR Score ค่าคะแนนที่สูงขึ้นบ่งบอกระดับความรุนแรงและมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด²⁰

8) **ความปวด** เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยอายุเสี่ยงการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อลดการกระทบกระเทือนแผล²¹ ส่งผลให้เกิดการคั่งค้างของแก๊สในลำไส้ การขยายตัวของปอดลดลง การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดต้องใช้เวลามากขึ้น^{19,22}

9) **ความสามารถในการทำหน้าที่** ซึ่งเป็นผลรวมของการผสมผสานความสามารถทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การรู้คิดและสติปัญญาในการกระทำกิจกรรมต่างๆที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ²³ หากผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงจนกระทั่งอยู่ในระดับพึ่งพา อาทิ ความสามารถในการรับประทานอาหาร ส่งผลให้ได้รับสารอาหารและพลังงานลดลง¹⁴ ความสามารถในการเคลื่อนย้ายลดลงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพลิกตะแคงตัวหรือเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ด้วยตนเอง²⁴

10) **การสูญเสียหน้าที่ด้านการรับรู้และการเข้าใจหลังการผ่าตัด** (Postoperative Cognitive Dysfunction: POCD) เป็นภาวะที่สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งใน

ระยะหลังการผ่าตัดทันทีและอาจมีอาการนานถึง 6 เดือน ซึ่งอาการที่พบบ่อย คือ ความจำและสติปัญญาบพร่อง²⁵ กลไกยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน แต่คาดว่าเกิดจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อการผ่าตัดโดยกระตุ้นสาร TNF และ NF- κ B ทำให้มีเพิ่มของไซโตไคน์ ส่งผลต่อความสามารถในการซึมผ่านของเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ในทางกลับกันแมโครฟาจ สามารถเคลื่อนที่ผ่านเข้าไปในสมองส่วนฮิปโปแคมปัส ได้ง่ายขึ้นส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านความจำเสื่อมลง²⁶ ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียหน้าที่ด้านการรับรู้และความเข้าใจ ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลด้านการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด²

11) **การกลับมาทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัด** ลำไส้จะมีการเคลื่อนไหวที่สัมพันธ์กันเพื่อขับไล่กากจากกระเพาะอาหารมายังลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ หลังการผ่าตัดช่องท้องโดยเฉพาะระบบทางเดินอาหารใช้การผายลมเป็นดัชนีชี้วัดการกลับมาทำหน้าที่ของลำไส้ โดยลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่จะกลับมาเคลื่อนไหวภายใน 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงตามลำดับ²⁷ หากลำไส้หยุดทำงานนานและกลับมาทำหน้าที่ช้า มักมีภาวะท้องอืด ไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย ซึ่งในผู้สูงอายุพบว่า การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงโอกาสการเกิดภาวะท้องอืดจากลำไส้กลับมาทำหน้าที่ช้าจึงอาจส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดต้องใช้ระยะเวลานานกว่าปกติ

2. ปัจจัยภายนอก

1) **การได้รับความรู้ก่อนการผ่าตัด** ผู้ดูแลหรือครอบครัวที่ได้รับการเตรียมความพร้อม ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด อีกทั้งได้ฝึกปฏิบัติก่อนการผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจสมรรถนะของตนเองและสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพ^{28,8,22,29}

2) **การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล** หลังการผ่าตัด ผู้สูงอายุจะมีอาการปวดแผล อ่อนเพลีย หรือมีห่อระบายต่างๆ ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง²⁰ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือด้านร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว³⁰ ด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและ มีกำลังใจมากขึ้น³¹ โดยญาติที่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านความรู้และการปฏิบัติตัวและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพจะส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดมีประสิทธิภาพดีขึ้น^{28,22,29}

การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน

การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยสูงอายุนอนรักษาในหอผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดจนกระทั่งหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน



มีเวลาในการเตรียมความพร้อมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่จำกัด โดยเฉพาะผู้สูงอายุนั้น พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากวัยอื่น ลักษณะเฉพาะทางคลินิกของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ 1) การลดลงของกำลังสำรอง (reduced body reserve) สมรรถภาพสำรองจะลดลงแม้อยู่ในภาวะปกติ เมื่อต้องเข้ารับการผ่าตัด ระบบอวัยวะ การรักษาสมรรถภาพต่างมีโอกาสแปรปรวนได้ง่าย 2) อาการและอาการแสดงที่แปลก (Atypical presentation) อาการนำ อาการแสดงของโรคและความผิดปกติหลายอย่างของผู้สูงอายุมักไม่เป็นไปตามแบบที่เคยพบในผู้ป่วยวัยอื่นๆ เนื่องจากผลของการเปลี่ยนแปลงจากระบบการสูงอายุ จึงส่งผลให้การวินิจฉัยมีความยากลำบาก มีโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัย การรักษาเมื่อโรคมีความรุนแรง เป็นต้น 3) การมีหลากหลายโรคหลายปัญหา (multiple pathology) ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ความถดถอยที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหรือปัญหาทางสุขภาพหลายอย่างในขณะเดียวกัน 4) การได้รับยามากชนิด (Polypharmacy) ปัญหาสุขภาพหลากหลายโรคหลายปัญหา ผู้สูงอายุจึงได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดจึงเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา 5) ความไม่เอื้ออำนวยของสังคม (Social adversity) การมีรายได้ที่ลดลง การเปลี่ยนแปลงของบริบทสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ลำพังมากขึ้น ขาดผู้ดูแล จึงอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการดูแลตนเอง²³

พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลที่คำนึงถึงความสูงอายอย่าง เป็นองค์รวม ซึ่งการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดช่องท้องโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ³² ได้แก่ 1) ระยะแรกหลังการผ่าตัดทันที (Early recovery phase) เริ่มตั้งแต่ได้รับการผ่าตัดจนกระทั่งการให้ยาระับความรู้สึกสิ้นสุดลง ใช้เวลาประมาณ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ในระยะนี้เน้นการดูแลความปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 2) ระยะกลางหลังการผ่าตัด (Immediate recovery phase) ในช่วงสิ้นสุดระยะแรกจนถึง 1 สัปดาห์หลังการผ่าตัด หรือก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งเน้นการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ร่างกาย อวัยวะต่างๆ ปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะจำหน่ายกลับบ้าน และ 3) ระยะท้าย (Late recovery phase) ช่วงหลังสัปดาห์แรกหรือหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถึง 1 เดือนหลังผ่าตัด เน้นการส่งเสริมฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ต่อเนื่องให้กลับมาจนเกือบปกติหรือใกล้เคียงกับสภาพก่อนผ่าตัด

ในที่นี้ขอเน้นเฉพาะบทบาทของพยาบาลที่ห่อผู้ป่วยใน ที่ต้องให้การดูแลทั้งระยะก่อนผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในระยะกลางหลังผ่าตัด ดังนี้

1. การพยาบาลก่อนผ่าตัด ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนใหญ่พบปัญหา ได้แก่ ไม่สุขสบายเนื่องจาก ปวด เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารอาหาร สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา และขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เป็นต้น ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด รวมถึงการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและญาติสำหรับการตัดสินใจในการพักรักษาตัว³³ ซึ่งแนวทางในการพยาบาลผู้สูงอายุก่อนเข้ารับการผ่าตัด ได้แก่

2. การให้ข้อมูลและการตัดสินใจ ก่อนเข้ารับการผ่าตัด พยาบาลควรประเมินสมรรถภาพของสมอง⁴ หรือประเมินการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า ตลอดจนข้อจำกัดด้านการรับรู้ การมองเห็น การได้ยิน³⁴ ก่อนให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าใจและมีส่วนในการตั้งเป้าหมายวางแผนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดร่วมกัน การพยาบาลผู้สูงอายุอย่างองค์รวมนั้นต้องให้ความสำคัญกับครอบครัว ญาติหรือผู้ดูแล เพราะเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การให้ข้อมูล การสอนหรือการเตรียมความพร้อมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดหรือแม้แต่การเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของญาติในทุกกระบวนการเสมือน “ผู้สูงอายุ คือ ญาติ ญาติ คือ ผู้สูงอายุ”²³

3. การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน/องค์รวม (CGA) พยาบาลควรประเมินปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ความสามารถเชิงปฏิบัติ ภาวะโภชนาการ โรคร่วม การใช้ยา ประวัติการหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ การทดสอบสภาพสมอง รวมถึงการประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ และการค้นหาพยาธิสภาพที่ซ่อนเร้นที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการตาย และการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดของผู้สูงอายุ³

4. การเตรียมความพร้อมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด พยาบาลต้องให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ และการเตรียมความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด¹⁴ ได้แก่ 1) การให้ความรู้สภาวะหลังการผ่าตัด เช่น การได้รับยาระับความรู้สึก การใส่ท่อช่วยหายใจ ตำแหน่งของแผลผ่าตัด การมีท่อระบาย การมีสายให้อาหารทางจมูก การคาสาสายสวนปัสสาวะ และ ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล เป็นต้น 2) การฝึกการหายใจเข้าออกลึกๆ (Deep breathing exercise) โดยจัดให้ผู้สูงอายุอยู่หรือนั่งหรือนอนศีรษะสูง เพื่อการขยายตัวของทรวงอกอย่างเต็มที่ สูดหายใจเข้าลึกๆทางจมูก แล้วค่อยๆ ผ่อนออกทางปาก ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง 3) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อป้องกันการคั่งของเสมหะในปอดโดยให้ผู้สูงอายุยกอกหมอนหรือผ้าห่มบริเวณหน้าท้อง สูดหายใจเข้าเต็มที่ กลั้นหายใจแล้วไอออก



มาแรงๆ 4) การพลิกตะแคงตัวและการลุกจากเตียง โดยให้คำแนะนำ ผักพลิกตะแคงตัวเองไปมาบนเตียงโดยใช้ไม้กันเตียงหรือผู้ดูแลช่วยเหลือ ทุก 1-2 ชั่วโมง รวมทั้งเจ้าหน้าที่กับผู้ดูแลช่วยกระตุ้นให้มีการลุกนั่ง เดินทันทีเมื่ออาการดีขึ้น 5) การออกกำลังกายแขนขา (Extremity exercise) เพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุ นอนท่าศีรษะสูงเล็กน้อย หรือท่าที่สบาย จากนั้นยืดเหยียดและงอข้อ เริ่มจากแขนหรือขาที่ละข้างจนครบทุกข้อ 6) การควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด เมื่อเริ่มปวดแผลผ่าตัด ให้บอกพยาบาลทราบทันที และนอกเหนือจากการได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาแล้ว พยาบาลควรแนะนำและฝึกการใช้หมอนหรือผ้าห่มพวยงแผลขณะไอ การจัดทำศีรษะสูงเพื่อให้อากาศในปอดขยายขึ้น หรือการบำบัดด้วยเทคนิคการผ่อนคลาย เป็นต้น 7) ประเมินอาการและอาการแสดงถึงความวิตกกังวล เช่น นอนไม่หลับ สีหน้าเครียด พยาบาลควรพูดคุยให้กำลังใจโดยแสดงท่าทีเหมือนญาติ ตอบคำถามด้วยความเต็มใจเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับการเปิดโอกาส/กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก หากมีความวิตกกังวลมากขึ้น ควรรายงานแพทย์

การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในระยะกลางหลังผ่าตัด เน้นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ด้วยกระบวนการสูงอายุส่งผลต่อการตอบสนองของตัวรับเบต้าแอดรีเนอร์จิก (β -adrenergic receptor) ในกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจไม่ดี ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจจึงลดลง ร่วมกับมีการสูญเสียเลือดและน้ำจากการผ่าตัด ผลของยาระงับความรู้สึก และภาวะสุขภาพหรือโรคประจำตัวเดิม ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้ง่าย³⁵ อีกทั้งการเสื่อมของเซลล์เพชเมเคอร์ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะได้³⁶

กิจกรรมการพยาบาล

1) ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง จนชีพจรสม่ำเสมอ ประเมินความดันโลหิตเฉลี่ยต่ำส่วนกลาง (Central Venous Pressures[CVP]) ปริมาณปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง⁴

2) ประเมินอาการและอาการแสดงของข้อระดับความรู้สึกตัวลดลง ผิวหนังเย็นขึ้น เหงื่อออก ชีพจร เบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง¹⁴

3) ดูแลการได้รับออกซิเจน 4-6 ลิตร/นาที

4) ดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือดหรือพลาสมาทดแทนทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาและตามอาการ

5) สังเกต บันทึก ลักษณะบาดแผล และปริมาณสิ่งคัดหลั่งต่างๆ ที่ออกจากแผลและท่อระบาย

6) ประเมินอาการและอาการแสดงของการเสียเลือด บางรายอาจมีเลือดออกในระยะ 7-10 วัน หลังผ่าตัด หรือซึมออกซำๆ (Oozing)

7) สังเกตบันทึก และติดตามผลการตรวจคลื่นหัวใจ โดยเฉพาะในรายที่มีการเต้นหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตายหลังผ่าตัด

8) ประเมินและติดตามผล Hb หรือ Hct หากมีการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดหรือท่อระบายมีเลือดออกมากกว่า 200 ซีซีใน 1 ชั่วโมง ควรรายงานแพทย์และติดตามทุก 4-6 ชั่วโมง

2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมทางเดินหายใจให้โล่ง การแลกเปลี่ยนก๊าซ และการได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของทรวงอกและกระดูกสันหลังในผู้สูงอายุ เช่น Kyphoscoliosis ทำให้ความจุของทรวงอกและความยืดหยุ่นของผนังทรวงอกลดลง ผู้สูงอายุต้องใช้พลังงานในการหายใจเข้ามากขึ้น ใช้กระบังลมช่วยในการหายใจ อีกทั้งประสิทธิภาพในการไอและการปิดของซีเลียหรือขนกวัดที่ลดลง การมีโรคร่วม³⁷ ผลของยาระงับความรู้สึกทั่วตัว³⁸ และอาการปวด ทำให้การขยายตัวของปอดลดลง มีเสมหะมาอุดกั้นที่แขนงหลอดลมเล็ก ทำให้อากาศไม่สามารถไหลผ่านไปได้ อากาศที่ค้างอยู่ในถุงลมส่วนปลายถูกดูดซึม ส่งผลให้ถุงลมแฟบ³⁷ และมีการอักเสบจนเกิดปอดอักเสบตามมา³

กิจกรรมการพยาบาล

1) จัดท่านอนราบไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันลื่นตก และการสำลักอาเจียน ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีอาจให้นอนราบหนุนหมอนบางๆ ได้³⁸

2) ประเมิน สังเกตและติดตามอาการบ่งชี้ของภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ อัตราและลักษณะการหายใจ ค่าออกซิเจนในเลือด

3) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเสมอ

4) ดูแลการให้ออกซิเจนที่เหมาะสมตามอาการ

5) กระตุ้นให้บริหารการหายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพทันทีที่รู้สึกตัว

6) กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนท่านอน/พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ในรายที่ไม่รู้สึกตัวพยาบาลควรพลิกตะแคงตัวให้ทุก 1-2 ชั่วโมง และในรายที่รู้สึกตัวดีควรจัดท่านอนศีรษะสูง (High fowler's position)

7) กระตุ้นให้ผู้สูงอายุลุกเดินโดยเร็ว (Early ambulation) ภายใน 24 ชั่วโมงแรก เมื่อสัญญาณชีพปกติ ไม่มีข้อห้ามเดิน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทันที (Orthostatic hypotension) จึงควรปรับให้อยู่ในท่าศีรษะสูง 10-20 องศาหรือ 4 นิ้ว เพิ่มขึ้นเป็นระยะๆ โดยแต่ละท่านาน 1-2 นาที และออกกำลังกายเพื่อกระตุ้น บาโรเรเซพเตอร์ให้ทำงานตาม



ปกติ จัดให้นั่งห้อยขาข้างเดียว และแกว่งขาสองข้างสลับกัน จากนั้นค่อยๆ ลุกยืนข้างเดียว เดินเป็นระยะสั้นๆ พร้อมสอบถามอาการ หากมีอาการควรหยุดพักและควรเลี่ยงการลุกเดินช่วงหลังตื่นนอนและหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง³⁹

8) ดูแลให้ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ อย่างเพียงพอ

9) ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตผลข้างเคียงของยา

3. การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากแผล เมื่อผิวหนังได้รับการบาดเจ็บจากการกรีด ปลายประสาทได้รับความรู้สึกถูกกระตุ้น ทำให้รู้สึกปวดและร่างกายจะตอบสนองผ่านประสาทอัตโนมัติ แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา แต่เมื่อมีอายุมากขึ้น เนื้อสมอง เซลล์ประสาท และเส้นใยประสาทจะมีจำนวนลดลง มีไขมันและสารไลโปฟัสซินมาปกคลุมมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติ ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทร่วมกับตัวรับความรู้สึกปวดที่บริเวณผิวหนังมีจำนวนลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ความปวดน้อยกว่าความเป็นจริง⁴⁰

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินความเจ็บปวด ตำแหน่ง ลักษณะ ความรุนแรง ด้วย pain scale ทุก 4-6 ชั่วโมงและเปรียบเทียบกับคะแนนที่ผ่านมา¹⁴

2) ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาแบบ around the clock ก่อนมีอาการปวดมาก⁴⁰ สังเกตผลข้างเคียงของยา และติดตามประเมินความเจ็บปวด โดยค่าคะแนนความปวดจะต้องน้อยกว่า 3 คะแนน

3) สอนและแนะนำผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ใช้มือสองข้างประคองบริเวณแผลผ่าตัด ขณะที่มีการเคลื่อนไหว หรือไอ เพื่อลดภาวะกล้ามเนื้อตึงเครียด

4) ดูแลจัดทำนอนศีรษะสูงเพื่อลดการดึงรั้งบริเวณแผล

5) ดูแลใช้เทคนิคต่างๆ อาทิ เทคนิคการผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การนวดลดปวด การบริหารจัดการสิ่งที่ง การใช้อารมณ์ขัน ดนตรีบำบัด^๑ เป็นต้น

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันการเสียสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ อาการแสดงที่ไม่จำเพาะทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาเมื่อมีพยาธิสภาพของโรคในระดับรุนแรง ทำให้ต้องได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน การสูญเสียและเกลือแร่ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องร่วมกับการสูญเสียเลือดและสารน้ำหลังผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงของไตและหัวใจในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ได้ง่าย³⁸

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมิน ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาการและอาการแสดงของการเสียสมดุลของสารน้ำ

ความผิดปกติของ Na, K, Cl และ Metabolic alkalosis

2) ประเมินและบันทึก สัญญาณชีพ CVP และปริมาณน้ำปัสสาวะที่ออก

3) ดูแลและติดตามการได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

5. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการ การเปลี่ยนแปลงทั้งเภสัชกลศาสตร์ เภสัชจลศาสตร์ ส่งผลต่อการสะสมของยาอยู่ในร่างกายมากขึ้น การกำจัดยาออกจากร่างกายทางตับหรือไตที่มีอัตราการกรองลดลง ทำให้การขับยาออกต้องใช้เวลามากกว่าปกติ⁴¹ เมื่อผู้สูงอายุได้รับยาจะรับความรู้สึกแบบทั่วตัวจึงมีโอกาสการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียน จากผลข้างเคียงของยาได้เพิ่มขึ้นและยาวนาน เช่นเดียวกับการได้รับยาระงับปวดชนิดโอปิออยด์ (Opioid) ยากล่อมประสาท ซึ่งฤทธิ์ของยาเหล่านี้จะลดการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้มีสารคั่งหลังค้างอยู่ในกระเพาะอาหาร⁴¹ มีการสะสมของแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้มากกว่าปกติ ไปกระตุ้นศูนย์อาเจียนและวิถีประสาทรับรู้ความรู้สึกภายในทำให้มีอาการท้องอืด แน่นอึดอัด^๑ นอกจากนี้จากการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ลดลงทำให้ดูดซึมสารอาหารต่างๆ ได้ลดลง ประกอบกับการขาดสมดุลของไนโตรเจนจากเนื้อเยื่อที่ได้รับการบาดเจ็บ ทำให้ร่างกายเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินภาวะโภชนาการทุกสัปดาห์ เช่น ชั่งน้ำหนัก ค่า albumin หรือใช้แบบประเมิน MNA, NRI, NRS⁴²

2) ควรจัดทำนอนศีรษะสูงหรือทำกึ่งนอนศีรษะสูง กระตุ้นให้ผู้สูงอายุพลิกตะแคงตัวและลุกออกจากเตียงบ้าง เพื่อลดการกระตุ้นอาการอาเจียนผ่านศูนย์ควบคุมการอาเจียน (chemoreceptor trigger zone)

3) ดูแลการคายาย่างให้อาหารทางจมูก ไม่ให้อุดตัน สังเกต บันทึก สี ลักษณะ น่าย่อย

4) ดูแลรักษาความสะอาดร่างกายและช่องปาก

5) สังเกต และบันทึก ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงการย่อยและดูดซึมอาหารผิดปกติ

6) ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ทุก 2-4 ชั่วโมง และการผายลม

7) ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน และสังเกตผลข้างเคียงของยา

8) ดูแลให้ได้รับสารอาหาร และพลังงานอย่างเพียงพอ หากเริ่มรับประทานอาหารได้ ให้เริ่มจากอาหารเหลวกาน้อย โดยรับประทานทีละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง และหลังรับประทานอาหารให้ยกศีรษะสูง

9) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวนำอาหารที่ผู้สูงอายุชอบโดยไม่ขัดกับแผนการรักษา จัดให้รับประทานอาหารร่วมกัน ร่วมกับการยืดหยุ่นเวลาในการรับประทานตามความเหมาะสม⁴³



6. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย ความปลอดภัย และป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ง่าย เช่น คุณภาพการนอนลดลง ประสาทรับรู้ การมองเห็นและการได้ยินที่เสื่อมถอย การไต่ยาระงับความรู้สึกและยาแก้ปวดกลุ่ม Opiates มีภาวะ Sepsis ภาวะขาดสมดุลของเมตาบอลิซึม และสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เป็นต้น³⁸

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินภาวะรู้คิด หรือ ภาวะสับสนหลังผ่าตัด การประเมินปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้นอย่างครอบคลุม
- 2) ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น การนอนหลับ อากาศถ่ายเทได้ การปวดถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ
- 3) ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ช่างปาก ความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ในรายที่คาสายสวนปัสสาวะ
- 4) ดูแลความปลอดภัย ควรยกยกร่างเตียงและให้ผู้ดูแลอยู่เฝ้าผู้สูงอายุ
- 5) ดูแลแจ้ง วัน เวลา สถานที่ ให้ผู้สูงอายุรับรู้ ทุกครั้งเมื่อรู้สึกตัว รวมทั้งแนะนำผู้ดูแลในการกระตุ้นการรับรู้วัน เวลา สถานที่⁴³

7. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายใจของแผล และป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด การผ่าตัดช่องท้องทำให้มีแผลขนาดใหญ่ ร่างกายจะมีการตอบสนองเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลายหรือได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัดโดยสมองส่วนไฮโปทาลามัส บริเวณต่อมใต้สมองส่วนหน้าหลังฮอร์โมนอะดรีโน คอร์ติโคสเตียรอยด์ เพิ่มขึ้น ซึ่งจะกดการสร้างที-ลิมโฟไซต์ร่วมกับการเกิดภาวะภูมิคุ้มกันถดถอยในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง³⁵ นอกจากนี้ การผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดในระยะเวลาจำกัด อาจมีการปนเปื้อนของเชื้อโรคทั้งในช่องท้องและบริเวณแผลผ่าตัด⁴ อีกทั้งผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงการดูดซึมสารอาหาร จึงทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดและกระบวนการหายใจของแผลใช้เวลานาน³⁸

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) สังเกต ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการหายใจของแผล อาทิ ตำแหน่งของแผลผ่าตัด ลักษณะของแผล ภาวะโภชนาการ โรคร่วม การใช้ยา เป็นต้น³⁸
- 2) ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
- 3) ทำความสะอาดแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ (aseptic technique)
- 4) ดูแลการได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
- 5) สอนให้คำแนะนำผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลแผล การส่งเสริมการหายใจของแผล เช่น การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนวิตามินซีสูง การเคลื่อนไหวร่างกาย การสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เป็นต้น

8. การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล การเตรียมความพร้อมเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดช่องท้องจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนเข้ารับการผ่าตัดและต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ซึ่งในการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนแตกต่างจากการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า เนื่องจากมีเวลาจำกัดในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด ดังนั้น การเตรียมความพร้อมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุจึงควรเริ่มต้นที่ผู้สูงอายุเริ่มรู้สึกตัว โดยญาติหรือผู้ดูแลต้องมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ เพื่อช่วยให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพ ซึ่งพบว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีขึ้น^{28, 29}

สรุป

การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าวัยอื่นๆ โดยเกิดจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นร่วมกับการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการสูงอายุ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนครอบครัว การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องเริ่มโดยเร็วและมีความต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะกลางนั้นคือ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้าน การพยาบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมที่มีความจำเพาะและเหมาะสมกับผู้สูงอายุตามกระบวนการพยาบาลและครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การประเมิน เพื่อป้องกันและชะลอความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในที่สุด

References

1. Fukuda N, Wada J, Niki M, Sugiyama Y, Mushiake M. Factors predicting mortality in emergency abdominal surgery in the elderly. *World Journal of Emergency Surgery* 2012; 7(12): 1-6.
2. Griffiths R, Beech F, Brown A, Dhesi J, Foo I, Goodall J. et al. Peri-operative care of the elderly 2014. *Association of Anaesthesia of Great Britain and Ireland* 2014; 69 (Suppl. 1): 81-98.
3. Chen CC, Lin M, Tien Y, Huang CY, Inouye SK. Modified hospital elder life program: Effects on abdominal surgery patients. *The American College of Surgeons* 2011; 213(2): 245-252.



4. Shippee-Rice RV, Fetzer S, Long JV. Gerioperative nursing care: Principle and practices of surgical care for the older adult. New York: Springer Publishing Company; 2012.
5. Allvin R, Berg K, Idvall E, Nilsson U. Postoperative recovery: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 57(5): 552-558.
6. Neville A, Lee L, Antonescu I, Mayo NE, Vassiliou MC, Fried GM. et al.. Systematic review of outcomes used to evaluate enhanced recovery after surgery. *BJS Society* 2014; 101(3): 159–170.
7. LeMone P. Burke K. Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care. 4th ed. Upper Saddle River: Prentice Hall Health; 2008.
8. Kiattisin P, Kasemkitwattana S, Chayaput P. Postoperative Recovery in Patient with Abdominal Surgery: A Literature Analysis. *Thai Journal of Nursing Council* 2010; 25(2): 87-99.
9. Kirchhoff P, Clavien P, Hahnloser D. Complications in colorectal surgery: Risk factors and preventive strategies. *Patient Safety in Surgery* 2010; 4(5): 1-13.
10. Finlayson E, Birkmeyer JD. Research based on administrative data. *Surgery* 2009; 145(6): 610-616.
11. Lang TF. The bone-muscle relationship in men and women. *Journal of Osteoporosis* 2011; 2011: 1-5.
12. Waldschmidt TJ, Cook RT, Kovac EJ. Alcohol and inflammation & immune responses: Summary of the 2006 alcohol and immunology research interest group (AIRIG) meeting. *Alcohol* 2008; 42(2): 137–142.
13. Zabs A, Cook RT, Waldschmidt TJ, Choudhry MA, Kovacs EJ, Bird MD. Alcohol and inflammation & infection: Clinical and experimental systems summary of the 2010 alcohol and immunology research interest group (AIRIG) meeting. *Alcohol* 2012; 46(2): 147–153.
14. ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์, ธนิต วัชรพุกข์. (บรรณาธิการ). ตำราศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
15. Sutton L, Rowe M, Boltz M. Preventing functional decline in hospitalized older adults: An exemplar for nursing education. In Wykle, M. Gueldner, S. (Eds.), *Aging well: Gerontological education for nurses and other health professionals* Sudbury. Sadury: Jones & Bartlett Learning; 2011.
16. Silarat M, Srijakkot J, Silarat S. Factors Associated with Postoperative Length of Hospital Stay of Older Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft. *Journal of Nursing and Health Care* 2013; 31(3): 134-143.
17. Sritan S, Utriyaprasit K, Toskulkao T, Akaraviputh T. Predictive Factors in Post-Operative Recovery Abdominal Surgery Patients. *Thai Journal of Nursing Council* 2014; 29(2) : 21-35
18. วีรวัฒน์ เหลืองชนะ. ตำราพื้นฐานทางศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ: มัคเนต; 2544.
19. Sangsuwan T, Duangpaeng S, Baramee J. Relationships among Symptom Cluster, Postoperative Complications and Postoperative Recovery in Abdominal Surgery Patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2009; 17(4): 41-53.
20. Krisanabud P, Thosingha O, Danaidutsadeekul S, Iramaneerat C. Factors Associated with Recovery among Patients Undergoing Non-traumatic General Abdominal Surgery within One Week. *Thai Journal of Nursing Council* 2012; (1): 39-48.
21. Nilsson L, Wodlin NB, Kjolhede P. Risk factors for postoperative complications after fast-track abdominal hysterectomy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2012; 2(52): 113-120.
22. Damri S. Effects of a Recovery Promoting Program on Self-efficacy and the Quality of Recovery Among Patients with Emergency Abdominal Surgery. *Research Presentation 4th Silpakorn University* 2010; 2(52): 235-249.
23. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำใช้. ขอนแก่น: คลังนันทวิทยา; 2554.
24. McGory ML, Shekelle PG, Rubenstein LZ, Fink A, Ko CY. Developing quality indicators for elderly patients undergoing abdominal operations. *The American College of Surgeons* 2005; 201(6): 870–883.
25. Guenther U, Radtke FM. Delirium in the postanesthesia period. *Cur Opin Anesthesiol* 2010; 24(6): 670–675.
26. Rundshagen I. Postoperative cognitive dysfunction. *Deutsches Arzteblatt International* 2014; 111(8): 119-25.
27. Lewis, Dirksen, Heitkemper, Bucher, Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems. 9th Ed. St. Louis: Mosby; 2014.



28. Monkong S, Ratanaruengwatana S, Pongmonkol P, Soonthornkul Na Chonburi J, Poonponsup L, Deeying SA Program for Improving Post-Operative Functional Ability of Older Patients and their Caregiversu Preparedness Rama Nurse Journal 2007; 13(3): 369-388.
29. Momplad T, Monkong S, Sirapo-ngam S. Effects of a Home-Based Recovery Program on Postoperative Recovery among Older Patients Undergoing Major Abdominal Operation. Rama Nurse Journal 2007; 18(1): 4-101.
30. Wright LM, Leahey M. Nurse and families: A guide to family assessment and intervention. 6thed. Philadelphia: F. A. Davis; 2013.
31. Lang TF. The bone-muscle relationship in men and women. Journal of Osteoporosis 2011; 2011: 1-5.
32. LeeL, Tran T, Mayo NE, Carli F, Feldman LS What does it really mean to "recover" from an operation?. Surgery 2014; 155(2): 211-216.
33. ประเสริฐ อัสสันตชัย. เมื่อผู้สูงอายุต้องรับการผ่าตัด. วารสารคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล 2546; 55(10): 607-619.
34. ประเสริฐ อัสสันตชัย. (บรรณาธิการ). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอช; 2555.
35. Blommers E, Klimek M, Hartholt KA, Cammen TJM, Klein J, Noordzij PG. Perioperative care of the older patient. Gerontol Geriat 2011; 44: 187-191.
36. วิชัย ฉัตรธนาวรี. การประเมินก่อนการผ่าตัดฉุกเฉินในผู้ป่วยสูงอายุ. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (บรรณาธิการ). การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2557.
37. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Perioperative concepts and nursing management. In Hinkle JL, Cheever KH. (Eds.). Brunner & Suddath's Textbook of medical-surgical. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
38. Black J, Hawks J. Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes. 8th ed. St Louis, Missouri: Saunders Elsevier; 2009.
39. Low PA, Tomalia VA. Orthostatic Hypotension: Mechanisms, Causes, Management. Journal Clin Neurol 2015; 11(3): 220-226.
40. Sullivan JM. Caring for older adults after surgery. Nursing 2011; 41(4): 48-51.
41. Garth AK, Newsome CM, Simmance N, Crowe TC. Nutritional status, nutrition practices and post-operative complications in patients with gastrointestinal cancer. Journal of Human Nutrition and Dietetics 2010; 23(4): 393-401.
42. Tappenden KA, Quatrara B, Parkhurst ML, Malone AM, Fanjiang G, Ziegler TR. Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics 2013; 113(9): 1219-1237.
43. Porth CM. Pathophysiology: Concepts of altered health states. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams; 2005.