



การศึกษาประสบการณ์การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยที่เข้ารับ
การผ่าตัดเพื่อการเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



การศึกษาประสบการณ์การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยที่เข้ารับ
การผ่าตัดเพื่อการเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**THE STUDY OF LIVED EXPERIENCES OF PATIENT CONFRONTING
WITH UNCERTAINTY IN OPERATING ROOM PRESENT
NURSING SERVICE MODEL OF PATIENT**



AREE BOONMUN

**A Thematic Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administration)
Graduate Education, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Thailand**

Academic Year 2013

Copyright Belongs to Saint Louis College

สารนิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาประสบการณ์การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด
เพื่อการเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
วันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2556

นางอารี บุญมั่น
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์, Ph.D.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ดร.มนสภรณ์ วิฑูรเมธา, ค.ด.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

ดร.สมศรี สุเมธ, ค.ด.
อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณ อนันต์, ค.ด.
ประธานหลักสูตร

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากรองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาอิสระที่ได้สละเวลา ชี้แนะให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นและแนวทางที่เป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอนของสารนิพนธ์ ด้วยความ เอาใจใส่และห่วงใย ศิษย์เสมอมา ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องเป็นกำลังใจและเป็นแรงผลักดัน สนับสนุน กระทั่ง ประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเอื้ออาทรของท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์ ประธาน กรรมการสอบสารนิพนธ์ และดร.มนสภรณ์ วิฑูรเมธา กรรมการสอบที่ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องและให้ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำมาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นและขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานห้องผ่าตัด หัวหน้าหอผู้ป่วย ทุกท่านรวมถึงเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลอรัญประเทศ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกใน การเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ที่ได้สละเวลาและให้ ความร่วมมือตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล ในการศึกษาอิสระเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ผอ.เพื่อนนักศึกษาปริญญาโท วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ สาขาวิชาการบริหาร การพยาบาล รุ่นจังหวัดสระแก้ว ทุกท่านที่เป็นกำลังใจและห่วงใย พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณพี่น้อง ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอรัญประเทศทุกท่านที่เป็นกำลังใจและรับปฏิบัติงานแทนมาโดยตลอด ระยะเวลาที่ศึกษา ขอขอบพระคุณหน่วยงานต้นสังกัดที่ให้โอกาสในการลาศึกษาต่อในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาและสามีที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนเงินทุน ตลอดจนสำเร็จการศึกษา คุณประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาอิสระในครั้งนี้ขอบอบแด่บุพการี คณาจารย์ ตลอดจนผู้ป่วยและเพื่อนร่วมวิชาชีพทุกท่าน

อารี บุญมั่น

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 090301046; สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล; พย.ม., (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: อารี บุญมัน
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาไทย)	: การศึกษาประสบการณ์การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เพื่อการเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: THE STUDY OF LIVED EXPERIENCES OF PATIENT CONFRONTING WITH UNCERTAINTY IN OPERATING ROOM PRESENT NURSING SERVICE MODEL OF PATIENT
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์	: รองศาสตราจารย์ พงษ์รัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมสารนิพนธ์	: มนสภรณ์ วิฑูรเมธา, ค.ศ. : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จินตนา อาจสันเทียะ, ศ.ค.
คำสำคัญ	: รูปแบบการบริการการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด แนวคิดความไม่แน่นอน แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของโรค
จำนวนหน้า	: 115 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป และเสนอรูปแบบบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด คือผู้ที่เข้ารับบริการที่หน่วยงานห้องผ่าตัด ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2556 ถึงเดือนกันยายน 2556 จำนวนผู้ให้ข้อมูล 10 ราย วิเคราะห์ข้อมูล โดยถอดความจากการบันทึกเสียง ดึงข้อความสำคัญที่เกี่ยวข้อง ให้ความหมายในแต่ละข้อความที่ค้นพบ จัดกลุ่มข้อความที่มีความหมายไปในทำนองเดียวกัน สรุปความหมายในภาพรวม นำมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและมีความเห็นตรงกันกับอาจารย์ที่ปรึกษาจึงยุติการสัมภาษณ์ด้วยเหตุผลความอึดตัวของข้อมูลที่ได้ (นิสา ชูโต, 2551)

การวิจัยพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปให้ความหมายเป็นข้อสรุปใหญ่ 4 ข้อ คือ 1) เผชิญหน้ากับความไม่แน่นอนระหว่างจะฟื้นหรือไม่ฟื้นหลังผ่าตัด 2) เผชิญหน้ากับความซับซ้อนของขั้นตอนการผ่าตัด 3) การดูแลและการให้ข้อมูลด้วยความใส่ใจทำให้รู้สึกอบอุ่น 4) ความพร้อมและความเชี่ยวชาญของทีมงานทำให้เชื่อว่าการผ่าตัดจะผ่านไปด้วยดี จากข้อสรุปดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำไปจัดเป็นรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัดโดยบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) และการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลักคือ 1) การเอาใจใส่ดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด 2) การเอาใจใส่ดูแลโดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในระยะผ่าตัด 3) การเอาใจใส่ดูแลอย่างต่อเนื่องให้เกิดผลดีในระยะหลังการผ่าตัด

ACADEMIC CODE : 090301046; NURSING ADMINISTRATION: M.N.S.
(NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT NAME : AREE BOONMUN

TITLE OF THEMATIC PAPER : THE STUDY OF LIVED EXPERIENCES OF PATIENT
CONFRONTING WITH UNCERTAINTY IN OPERATING ROOM
PRESENT NURSING SERVICE MODEL OF PATIENT

THEMATIC PAPER ADVISOR : ASSOC. PROF. PUAGNRAT BOONYANURAK, Ed.D.

THEMATIC PAPER CO-ADVISOR : MANASPORN VITOONMATHA, Ph.D.
: ASST. PROF. JINTANA ARJSUNTEA, Ph.D.

KEYWORDS : NURSING SERVICE MODEL, SURGERY PATIENTS
SERVICE GENERAL ANESTHESIA, UNCERTAINTY
CONCEPTS, ROACH'S CARING CONCEPTS
: 115 PAGES

ABSTRACT

This research is qualitative research (Qualitative research) purposes. Experiences of patients who underwent surgery with general anesthesia. And offer a service to Nursing. In-depth interviews from direct experience of respondents met the inclusion criteria. Who underwent surgery at the agency since July, 2556 until 10 September 2556, the number of the data analysis. The transcription of audio recordings Retrieve all relevant key to discover the meaning of the text. A meaningful grouping similarly. The mean overall to consult with their advisors. And it was agreed with the supervisor, thus ending the interview with the saturation of information (Chotoo, 2551).

The results of this research found the relative of the patient give the meaning in 4 mainpoints: 1) Faced with uncertainty in the recovered or not recovered after surgery. 2) Confronted with the complexity of the surgical procedure. 3) The care and education with attention to keeping warm. 4) The availability and expertise of our team, we believe that the surgery will go well. Of such conclusions The research has led to is a form of service to nurses in the operating room by integrating the concept of uncertainty Mishel (1988) and the care of Roach's Caring Concepts (Roach, 1987) consists of three main activities. 1) Care with compassionate patient care in the hospital. 2) Using fully competent in caring for patients. 3) Continues to good effect in the postoperative period.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	ง
สารบัญภาพ.....	ช
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	5
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
1.6 นิยามศัพท์ในการวิจัย.....	5
1.7 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย.....	6
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 การบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด.....	8
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป.....	15
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988).....	25
2.4 แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987)	31
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research).....	33
2.6 รูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัดที่บูรณาการแนวคิดความไม่แน่นอนและ แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของโรช.....	38
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
3.1 สถานที่ทำการวิจัย.....	41
3.2 ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	41

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ (ต่อ).....	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
3.4 จริยธรรมในการวิจัย.....	45
3.5 ขั้นตอนการ.....	46
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
4.1 การเสนอประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป....	52
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	52
ส่วนที่ 2 การได้มาซึ่งข้อสรุปประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป.....	54
ส่วนที่ 3 ข้อสรุปประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป....	67
4.2 การเสนอรูปแบบการบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด.....	68
ส่วนที่ 1 แสดงความสอดคล้องของข้อสรุปกับแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) และแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ โรช (Roach, 1987).....	68
ส่วนที่ 2 ตารางรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัดโดยบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนและแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987).....	75
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	82
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	83
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	84
5.3 ข้อเสนอแนะการวิจัย.....	90
บรรณานุกรม.....	92
ภาคผนวก.....	99
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	100
ข เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	102
ค แบบบันทึก แบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลและแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนขณะอยู่ในห้องผ่าตัด.....	105

สารบัญ (ต่อ)

ภาคผนวก (ต่อ)	หน้า
ง หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิ.....	110
จ หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย.....	113
ประวัติผู้วิจัย.....	115



สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 ตัวอย่างคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก.....	44
2 แสดงลักษณะกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	53
3 รูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัดโดยบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนและแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987).....	76



สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดมีมาแต่สมัยโบราณและมีการพัฒนาเรื่อยมา ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเล็กหรือการผ่าตัดใหญ่ การผ่าตัดที่ทราบล่วงหน้าหรือการผ่าตัดฉุกเฉิน ในความรู้สึกผู้ป่วยแล้วการผ่าตัดเป็นเรื่องใหญ่มีความสำคัญมากและเป็นประสบการณ์สำคัญในชีวิต สถานการณ์การผ่าตัดมักกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวลและความเครียด ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค เนื่องจากความจำกัดในข้อความข่าวสารที่ได้รับหรือมีความวิตกกังวลจนเกิดความพร่องในการรับรู้ขณะที่แพทย์หรือพยาบาลให้ข้อมูล นอกจากนี้ การผ่าตัดใดๆ ก็ตามย่อมมีผลกระทบต่อหน้าที่และการทำงานตามปกติของร่างกาย เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตในสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (พิสมัย อรทัย และศรีเวียงแก้ว เติ่งเกียรติตระกูล, 2551; สุรางค์รัตน์ พรหมเจริญ, 2549) การผ่าตัดจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ยิ่งถ้าเป็นการผ่าตัดครั้งแรกผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อนความวิตกกังวลจะยิ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่าผู้ที่มีการผ่าตัดมาแล้ว (บังอร เครียดชัยภูมิ, 2533)

เมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดถึงแม้จะเป็นการผ่าตัดที่เลือกเวลาได้หรือการผ่าตัดที่มีการจัดตารางไว้ล่วงหน้า สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นภาวะวิกฤตที่ไม่ได้คาดหวังก่อน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆ ที่รบกวนความสมดุลทางอารมณ์ ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในรูปแบบของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ที่พบบ่อย คือ เกิดความวิตกกังวล (Leske, 1996; อ้างใน วรรณวิมล คงสุวรรณ, 2543) ความกลัวโดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาที่เข้ามาในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเครียด และกลัวต่อการผ่าตัดมากที่สุด (Katzen, 2002) ผสมกับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปที่จะได้รับการมองเห็นเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ล้วนส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัดส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล (Stein-Parbury & McKinley, 2000) มีผลกระทบต่อหน้าที่และการทำงานปกติของร่างกาย เช่น การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การใช้ชีวิตในสังคม (วรรณุช เกียรติพงษ์ถาวร และคณะ, 2545) ซึ่งมีสาเหตุเนื่องมาจากการขาดความเข้าใจและไม่ทราบว่าตนเองจะเผชิญกับเหตุการณ์ใดบ้าง จึงทำให้คาดคิดและทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองไปในทางไม่ดีล่วงหน้า (Beland and Passos, 1981) ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่มั่นใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัด (กันยา ออประเสริฐ, 2541) เพราะไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับ

ตนเอง จึงเห็นได้ว่าการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปเป็นการคุกคาม เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก เมื่อผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในห้องผ่าตัดที่โครงสร้างห้องผ่าตัดเป็นระบบปิด เพื่อการควบคุมความสะอาดภายในห้องผ่าตัดอย่างเคร่งครัดรวมทั้งกฎระเบียบต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยถูกแยกจากบุคคลใกล้ชิด เช่น ครอบครัว เพื่อน ทำให้ขาดการติดต่อ ขาดการรับรู้ อีกทั้งไม่รู้ว่เหตุการณ์ภายนอกห้องผ่าตัดมีเกิดอะไรขึ้นบ้าง (Boker, Brownell & Donen, 2002) ยังต้องนอนรออยู่บนเตียงผ่าตัดอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ สถานที่ไม่คุ้นเคย มองเห็นการแต่งกายของบุคลากรที่สวมเสื้อฟ้า สวมหมวก มีผ้าปิดปากปิดจมูก ซึ่งแตกต่างจากบุคลากรที่ผู้ป่วยเคยพบที่หอผู้ป่วย รวมไปถึงเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ในห้องผ่าตัดเป็นสิ่งที่น่ากลัว กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลอาจเพิ่มความเครียดมากขึ้นได้ (Atkinson, 1992) สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมทางจิตของผู้ป่วยได้ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้น ทั้งนี้อาจไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัดทุกราย และบุคลากรทางการแพทย์ถือว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย แต่กับผู้ป่วยแล้วเป็นประสบการณ์ครั้งสำคัญและยิ่งใหญ่ที่สุดในชีวิตของผู้ป่วยโดยเฉพาะเป็นการผ่าตัดครั้งแรก ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสิ่งแวดล้อมที่พบในห้องผ่าตัดสามารถเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว และความกังวลได้ (ทัศนยา บุญทอง, 2531) ตลอดระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยอาจกลัวว่ายาดมสลบหมดฤทธิ์ก่อนตื่นขึ้นมาระหว่างการผ่าตัด หรือกลัวการผ่าตัดไม่ประสบผลสำเร็จเป็นต้น เหตุการณ์เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมส่งผลให้เกิดความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณมากขึ้น ที่อาจมีสาเหตุมาจากความซับซ้อนของวิธีการดูแลรักษาและการดูแลเฉพาะด้านหรือจากการได้รับข้อมูลข่าวสารไม่ครบถ้วนทำให้ไม่สามารถทำนายผลการผ่าตัดได้ (Mishel, 1988) นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยยังกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัด เช่น การได้รับการดูแลไม่ดี ไม่พ้นจากการดมยาสลบ อาจเนื่องจากขาดข้อมูลไม่ได้พูดคุยกับแพทย์หรือไม่แน่ใจในผลของการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินได้ว่าตนเองจะเป็นอย่างไรหลังผ่าตัด (Martin, 1994)

จากการศึกษาของ Dunn (1997) ที่สัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยในช่วงเวลารอคอยการผ่าตัดและ Jonsen, Athlin & Suhr (2000) ได้สัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายเนื้อเยื่อตับพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่บรรยากาศในบริเวณที่นอนรอการผ่าตัดนั้นไม่เป็นมิตร ไม่มีใครสนใจดูแลสภาพจิตใจ รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกไม่คุ้นเคยกับสถานที่และการได้รับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดจากบุคลากรหลายๆ คน ทำให้รู้สึกเครียด และจากการศึกษาของ Mark, Lockhart, McMeekin, & Isles (1997) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดหัวใจในประเทศสกอตแลนด์พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกเครียดในช่วงรอผ่าตัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องผ่าตัดด้วยวิธีการดมยาสลบแบบทั่วไปครั้งแรก เพื่อทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึก ผู้ป่วยจะมีความกลัว เช่น ไม่พ้น การพลัดพรากจากครอบครัวและเสียชีวิต (Caldwell, 1991) อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดจากการทำผ่าตัด ซึ่ง

ความวิตกกังวลและความกลัวนี้ มักเกิดร่วมกับความรู้สึกหวาดหวั่น ความไม่มั่นใจ ความสงสัย ความขัดแย้งหรือไม่สามารถตัดสินใจได้และไม่สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้ (Hilton, 1994)

นอกจากนี้การผ่าตัดเป็นหัตถการเฉพาะอาจทำให้ผู้ป่วยคิดว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัดเป็นภาวะคุกคามทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์และผลลัพธ์จากการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Lam et al., 2007) จึงคาดการณ์ไปต่างๆ นานาส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพรดา ประสิทธิ์แพทย์ (2550) ศึกษาประสบการณ์ของผู้บาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการใส่สายยางระบาย ทรวงอก พบว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอกมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวตายและไม่แน่ใจใน สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง จากการผ่าตัดทุกชนิดย่อมมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นตลอด กระบวนการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป ส่วนใหญ่จึงคาดการณ์ไปในทางลบว่าเป็นอันตราย เนื่องจากการไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ การสนับสนุนด้านข้อมูลจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยใช้กลไกการปรับตัวโดยเน้นที่ปัญหาได้ดีขึ้น เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัดและลดการคาดการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เลวร้าย (Narrow, 1987; อ้างใน วรรณวิมล คงสุวรรณ และคณะ, 2545)

ความรู้สึกไม่แน่นอน เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย เช่น ประเมินผลของการรักษาได้ไม่ชัดเจน ความซับซ้อนในขั้นตอนของการผ่าตัดและวิธีการที่เฉพาะรวมถึงระเบียบวิธีขั้นตอนในการเข้ารับ บริการ ความไม่คุ้นเคย ทำให้ไม่สามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อเหตุการณ์ ตลอดจน คาดเดาผลลัพธ์ของเหตุการณ์นั้นไม่ได้ สาเหตุอาจเนื่องมาจากขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ขาดข้อมูลและ การอธิบายไม่ชัดเจน การไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วย สถานะที่หรือความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป (Mishel, 1988) จากการศึกษาของ McCormick, Naimaek and Tate (2006) ศึกษาในผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจพบว่า ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย จะมีผลต่อความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุคคล และจากการศึกษาของรัชทน ทรวงทรัพย์ (2554) ศึกษา ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อและ ยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพและความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวขณะรอ ผู้ป่วยผ่าตัดสมอง พบว่า เมื่อสมาชิกครอบครัวมีความเชื่อมั่นและความไว้วางใจซึ่งเกิดจากความ ศรัทธาความนับไวในการให้บริการและผลของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ การบาดเจ็บ ขั้นตอน วิธีการ รักษาและการผ่าตัดที่ได้รับ ข้อมูลดังกล่าวจะลดความคลุมเครือทำให้สมาชิกครอบครัวเกิด ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยจึงลดลง ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mishel & Braden (1988) ที่ศึกษาในผู้หญิงโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี

พบว่าความเชื่อถือนี้นอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพจิตแล้ว ยังส่งผลต่อสุขภาพกายอีกด้วย ความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในบริการการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การปฏิบัติตัว กฎระเบียบ การรักษา การผ่าตัด สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความคลุมเครือ ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นเหตุการณ์ได้ชัดเจนขึ้นมีผลทำให้ความรู้สึกวิตกกังวลและความกลัวด้านการรักษาของผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์ลดลง

สำหรับการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด การดูแลที่ให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลควรคำนึงถึงเพราะนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวลแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถผ่านประสบการณ์ผ่าตัดได้อย่างมั่นใจ รู้สึกถึงความปรารถนาดี เห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่และเกิดความไว้วางใจในตัวบุคลากรที่ให้การรักษา นอกจากนี้แล้วพยาบาลห้องผ่าตัดต้องดูแลให้กระบวนการผ่าตัดเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ราบรื่น (จุฑารัตน์ จงแก, 2550; พิศมัย ורתัย และศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติตระกูล, 2551) โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดจะเน้นด้านร่างกายเป็นสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลด้านอารมณ์และจิตใจไม่สมบูรณ์ จากการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด พบว่าพยาบาลมักให้ความสำคัญของเครื่องมือขั้นตอนการผ่าตัด การช่วยเหลือแพทย์ในการผ่าตัดเป็นอันดับแรก อาจมองข้ามการช่วยเหลือตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่น ดังนั้นการบริการการพยาบาลจึงเกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลในการผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนที่เป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยวิธีดมยาสลบแบบทั่วไป

ด้วยลักษณะงานห้องผ่าตัด เป็นงานที่รีบเร่งทำในระยะเวลาที่จำกัด การปฏิบัติการพยาบาลอาจไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยต้องการ จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบรายงานการศึกษาในการช่วยเหลือผู้ป่วยเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในห้องผ่าตัดโดยตรง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป การได้ประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบ ทำให้ทราบความต้องการและสามารถตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดได้อย่างเฉพาะ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาบูรณาการโดยใช้แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) เสนอรูปแบบบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด ให้สอดคล้องตามความคาดหวังของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การมีรูปแบบการบริการการพยาบาลที่ชัดเจนจะช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้นและสามารถนำไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่นได้เพื่อตอบสนองความต้องการและเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยผ่าตัด เป็นการเสริมสร้างบทบาทของพยาบาลวิชาชีพให้เด่นชัด ส่งผลให้โรงพยาบาลได้รับความไว้วางใจจากผู้มารับบริการ

1.2 คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) ศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป
- 2) เพื่อเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลจากผลการศึกษาประสบการณ์การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

1.4 ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยผ่าตัดที่เผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนขณะอยู่ในห้องผ่าตัดที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป ในการผ่าตัดประเภททั่วไปแบบไม่เร่งด่วน ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการดมยาสลบที่มีอายุ 30-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชายไม่จำกัดจำนวน จนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2556 ถึงเดือน กันยายน 2556

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้วิธีการช่วยเหลือและเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในห้องผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป

1.6 นิยามศัพท์ในการวิจัย

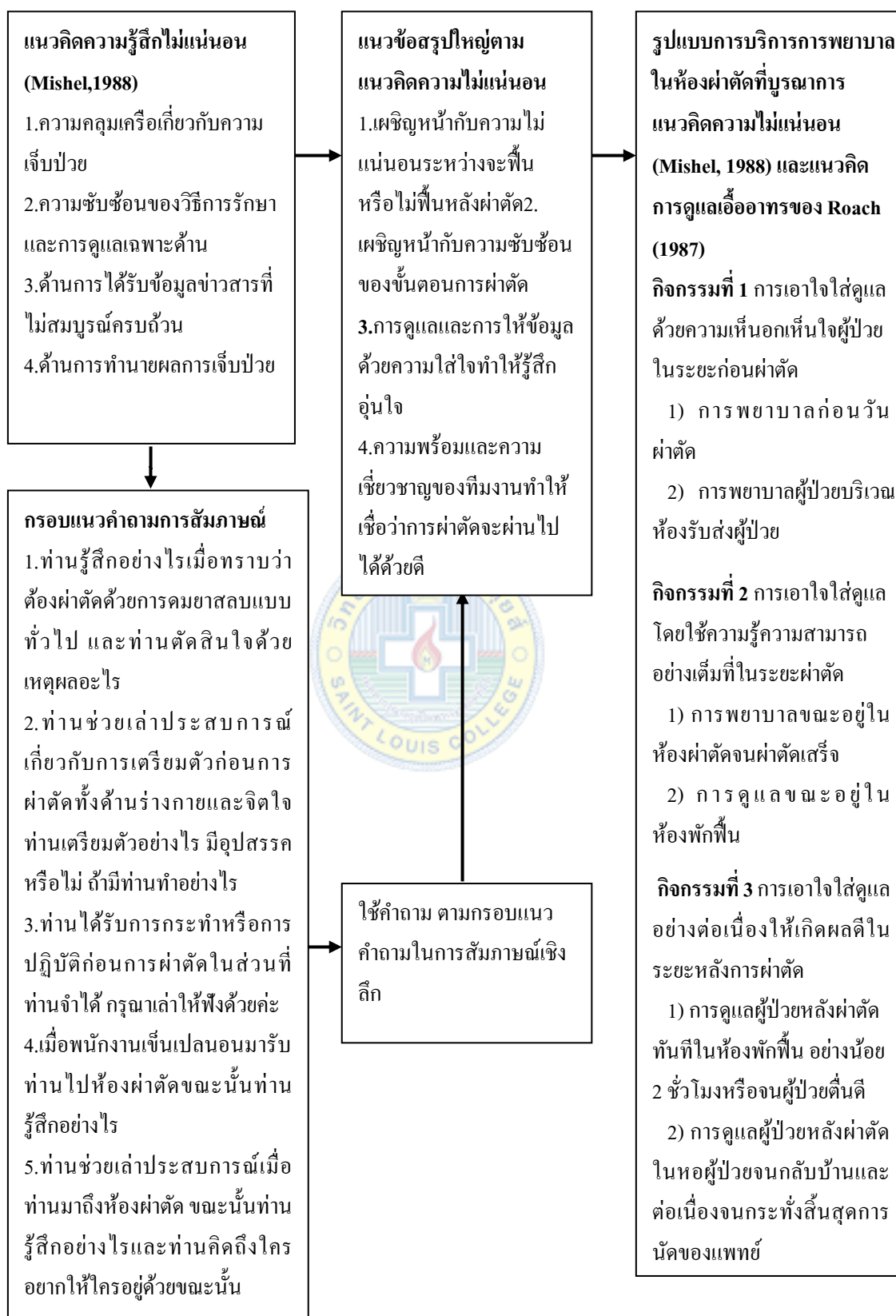
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการทำให้หมดความรู้สึกทั่วร่างกายโดยวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยหมดสติไม่รับรู้ถึงความเจ็บปวดและไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตลอดการผ่าตัด กล้ามเนื้อจะหย่อนตัวตลอดเวลาที่ผ่าตัดและจะกลับคืนสู่สภาพปกติเมื่อหยุดยาและหลังการผ่าตัดผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2-3 วัน

รูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด หมายถึง ชุดของกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองปัญหาในการช่วยเหลือผู้ป่วยเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนขณะอยู่ในห้องผ่าตัดที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป โดยใช้แนวคิดที่ได้ข้อสรุปจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบ มากำหนดเป็นรูปแบบการพยาบาลในห้องผ่าตัด

1.7 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เพื่อศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปและเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ด้วยการใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ในการตั้งคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัดจากประสบการณ์ตรงในชีวิตจริง ของผู้ป่วย และการกำหนดข้อสรุปแล้วใช้ผลการวิจัย เสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัดโดยบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) และแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของโรช (Roach, 1987)





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาประสบการณ์การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยที่เข้ารับ การผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป เพื่อการเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด เป็น การวิจัยพรรณนาเชิงคุณภาพ (Descriptive Qualitative Research) โดยผู้วิจัยได้ทำงานทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

- 2.1 การบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
- 2.4 แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987)
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยคุณภาพ
- 2.6 รูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัดที่บูรณาการแนวคิดความไม่แน่นอนและ แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987)

2.1 การบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด

2.1.1 สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย

ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาล เป็นสถานที่จัดเตรียมไว้เพื่อบริการด้าน การตรวจวินิจฉัยและการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งมีการออกแบบสร้างอย่างถูกต้อง มีห้องต่างๆ ครอบคลุมในการใช้งานตามความเหมาะสมและจำเป็นในแต่ละโรงพยาบาล ห้องผ่าตัดเป็นสถานที่ ที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค เจ้าหน้าที่เครื่องครัดต่ออุปกรณ์ มีการควบคุมป้องกันการแพร่กระจาย ของเชื้อใช้เทคนิคปลอดเชื้อเฉพาะทางของห้องผ่าตัด เพื่อความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยผ่าตัด (สมคิด โพธิชนะพันธ์, 2539) ซึ่งโครงสร้างของอาคารมีการแบ่งเขตพื้นที่ใช้สอยดังนี้

- 1) ส่วนที่อยู่ด้านนอก (Protective area) คือ ส่วนที่มีทางเข้าออกจากห้องผ่าตัดสำหรับ บุคลากร เครื่องมือและผู้ป่วย ประกอบด้วยบริเวณรับ-ส่งผู้ป่วยผ่าตัด ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ห้องอาหาร และสำนักงาน
- 2) บริเวณที่สะอาด (Clean area) ได้แก่ ห้องให้ยาระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัด (Induction room) ห้องเก็บของที่สะอาด บริเวณล้างมือก่อนผ่าตัด ห้องพักฟื้น

3) บริเวณที่ปลอดเชื้อ (Sterile area) คือ ห้องสำหรับทำผ่าตัดและห้องเก็บเครื่องมือเครื่องใช้ ที่ผ่านการฆ่าเชื้อโรคมมาแล้ว

4) บริเวณที่สกปรก (Dirty area) ได้แก่ ส่วนซึ่งเป็นที่ทิ้งสิ่งของ เศษวัสดุต่างๆ เสื้อผ้าที่ใช้แล้ว รอกนำไปซักทำความสะอาด ผ้าซับเลือดต่างๆ

นอกจากนี้ในห้องผ่าตัดมีการติดตั้งระบบระบายอากาศ เพื่อให้อากาศที่ผ่านเข้ามาภายในห้องผ่าตัดสะอาด ลดการปนเปื้อนของเชื้อในอากาศในห้องผ่าตัด รวมถึงทำให้สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดดีขึ้น ห้องผ่าตัดมีความดันอากาศสูงกว่าบริเวณข้างเคียงเพื่อป้องกันไม่ให้อากาศจากภายนอกซึ่งอาจมีจุลินทรีย์ปนเปื้อนอยู่เข้าสู่ห้องผ่าตัด อากาศในห้องผ่าตัดควรถ่ายเทจากบริเวณที่สะอาดกว่าไปยังบริเวณที่สะอาดน้อยกว่าและจากบริเวณที่สะอาดไปยังบริเวณที่ใช้สำหรับบุคลากรเปลี่ยนเสื้อผ้า ประตูห้องผ่าตัดควรปิดไว้เสมอและเปิดเมื่อจำเป็น ไม่เปิดทิ้งไว้เนื่องจากจะทำให้ความดันในห้องผ่าตัดเปลี่ยนแปลงและมีการเคลื่อนไหวของอากาศภายในห้องผ่าตัด

อุณหภูมิภายในห้องผ่าตัดควรอยู่ระหว่าง 18-24 องศาเซลเซียส ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรทีมผ่าตัดได้รับความสบายและมีส่วนร่วมในการควบคุมการติดเชื้อ ความชื้นสูงทำให้เหงื่อออกมาก สำหรับผู้ป่วยหากเหงื่อออกมากจะทำให้เชื้อที่ผิวหนังชั้นลึกขึ้นมาสัมผัสบริเวณแผล ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดได้ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2545)

2.1.2 การใช้กระบวนการพยาบาลในห้องผ่าตัด

ลักษณะงานในห้องผ่าตัดเป็นงานที่ให้บริการเฉพาะโดยการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดหรือทำการหัตถการต่างๆ ในห้องผ่าตัด ซึ่งขอบเขตของการพยาบาลต้องครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีการเตรียมพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมในการช่วยผ่าตัดและประเภทการผ่าตัด การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด การช่วยแพทย์ระหว่างผ่าตัด การเฝ้าระวังและการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งขอบเขตการพยาบาลทั้งหมดนี้ต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในทุกขั้นตอนโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ศิริพร พุทธิรงค์, 2546) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด (Peroperative Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ทำเมื่อพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน หรือเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดและอยู่ในระหว่างรอผ่าตัด การประเมินปัญหาและความต้องการนี้แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนย่อย คือ

1.1) การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย สภาพร่างกายและจิตใจของป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกจากประวัติต่างๆ ของผู้ป่วย รายงาน

การประเมินผลที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือแพทย์ได้ทำไว้ ร่วมกับการสัมภาษณ์และการตรวจร่างกายผู้ป่วยเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนสำหรับนำมาใช้วางแผนการพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมได้จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

1.2) การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย นำข้อมูลมาวิเคราะห์และกำหนดปัญหาทางการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดจุดมุ่งหมายของการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัดต้องอาศัยความรู้ทางทฤษฎี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดและปัญหาของผู้ป่วยที่พบบ่อยในห้องผ่าตัด มากำหนดเป็นปัญหาทางการพยาบาล ที่บ่งบอกสถานะของผู้ป่วย (Kneedler and Dodge, 1991)

2) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การวางแผนการพยาบาลในห้องผ่าตัดประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

2.1) กำหนดจุดมุ่งหมายของการแก้ปัญหาผู้ป่วย จุดมุ่งหมายของการพยาบาลเป็นข้อความเชิงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตอบสนองภายหลังที่ได้รับการพยาบาลที่คาดหวังว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางบวก ปัญหาหนึ่งอาจกำหนดจุดมุ่งหมาย เพื่อแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างครอบคลุมตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย กำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อใช้เป็นหลักหรือแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้

2.2) กำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องทำตามลำดับก่อนหลัง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติจริง

3) การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Implementation) ขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากพยาบาลในห้องผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนพยาบาลอย่างครบถ้วน โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้ (Kneedler and Dodge, 1991)

3.1) การปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ พยาบาลห้องผ่าตัดอาศัยความรู้ทางทฤษฎี ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และทักษะในการพยาบาลในห้องผ่าตัดในการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละกิจกรรม ต้องตรงตามแผนที่กำหนดไว้

3.2) การจดบันทึกกิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลกระทำทำให้ผู้ป่วยและปฏิกิริยาสะท้อนกลับของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ

4) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและมีการเปลี่ยนแปลงตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ในแต่ละจุดมุ่งหมายจะต้องมีเกณฑ์การประเมินซึ่งเขียนในรูปพฤติกรรม อาการ ตลอดจนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี พยาบาลห้องผ่าตัดต้องติดตามปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยตามเกณฑ์ประเมินที่ตั้งไว้ การประเมินผลการพยาบาลในห้องผ่าตัด สามารถแบ่งประเมินได้ 2 ระยะ คือ

4.1) การประเมินผลการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดและขณะผ่าตัด เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยและการตอบสนองต่อการพยาบาลที่ได้รับในระยะก่อนผ่าตัดและขณะผ่าตัด ซึ่งประเมินได้จากสภาพของผู้ป่วยในขณะที่ทำผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด การประเมินผลในขณะผ่าตัดจะเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งที่ใช้ในการตั้งปัญหา จุดมุ่งหมายและการพยาบาลในระยะหลังการผ่าตัดด้วย

4.2) การประเมินผลการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยและการตอบสนองต่อการพยาบาลที่ได้รับในห้องพักฟื้น การประเมินผลในห้องพักฟื้นนี้ต้องทำเป็นระยะๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลใหม่ในการตั้งปัญหาเพิ่มเติมในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้น จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการประเมินผลขั้นสุดท้ายว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการดมยาสลบแบบทั่วไปและการผ่าตัด จึงส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยได้

2.1.3 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด

งานการพยาบาลในห้องผ่าตัดมีลักษณะที่แตกต่างไปจากการพยาบาลในหอผู้ป่วยทั่วไป พยาบาลห้องผ่าตัดต้องรับผิดชอบในการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ทีมผ่าตัดสามารถทำงานได้และได้รับผลดีที่สุดเท่าที่ทำได้สำหรับผู้ป่วย งานของพยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ความรู้ความสามารถและทักษะในการเตรียมเครื่องมือ การส่งเครื่องมือผ่าตัด ตลอดจนการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระหว่างและภายหลังการผ่าตัด ซึ่งสมาคมพยาบาลแห่งชาติอเมริกันเน้นกระบวนการทำงาน ซึ่งเป็นแบบแผนในการวัดกิจกรรมพยาบาลโดยผ่านการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วย การให้การพยาบาลระยะผ่าตัดและการประเมินผลภายหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (รุ่งกมลกิจวิจิตร, 2546) พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากการส่งเครื่องมือและการดูแลให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย เป็นการพยาบาลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) คือ พยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ซึ่งได้แบ่งการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ คือ

1) การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด (Perioperative Nursing) หมายถึง การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่แรกรับจากหอผู้ป่วยจนกระทั่งส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับการผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาลคือ การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลในระยะผ่าตัด

2) การพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด (Intra- operative Nursing) หมายถึง การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด จนกระทั่งย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล คือ การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยขณะผ่าตัด การเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

3) การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด (Post- operative Nursing) หมายถึง การให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการดมยาสลบแบบทั่วไป ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินสภาพและสังเกตอาการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับการดมยาสลบและการผ่าตัด จึงส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล คือ การเย็บหลังผ่าตัด การประเมินภาวะแทรกซ้อน การสอนการปฏิบัติเรื่องการดูแลตนเอง

2.1.4 ประเภทของการผ่าตัด

การผ่าตัดเป็นหัตถการที่ศัลแพทย์ต้องใช้เครื่องมือหรือมีดผ่าตัดกรีดผ่านชั้นผิวหนัง เนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ อวัยวะต่างๆ ในร่างกาย โดยมีวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดแตกต่างกันตามแต่พยาธิสภาพของผู้ป่วย เช่น เพื่อการวินิจฉัยโรค เพื่อการรักษาหรือเพื่อบรรเทาอาการ โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจะมีพยาธิสภาพหรือปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ มีความพิการแต่กำเนิด ได้รับอุบัติเหตุ เป็นเนื้องอกหรือมะเร็ง มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นๆ เช่น มีแผลในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารทะลุ มีเลือดออกหรือมีการอุดตันของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินปัสสาวะหรือ การผ่าตัดตกแต่งเพื่อความสวยงาม (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2534; นันทา เล็กสวัสดิ์, สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม, นฤมล วงศ์มณีโรจน์ และพิชานี แสนมโนวงศ์, 2542)

1) การผ่าตัดแบ่งตามความรุนแรง (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2534) ได้ 2 ประเภทดังนี้

- 1.1) การผ่าตัดใหญ่ หมายถึง การผ่าตัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะบางส่วน ของร่างกาย ใช้ระยะเวลาในการทำผ่าตัดนานแลใช้ยาดมสลบแบบทั่วไป
- 1.2) การผ่าตัดเล็ก หมายถึง การผ่าตัดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายน้อย ใช้เวลาสั้นและมักให้ยาชาเฉพาะที่

2) การผ่าตัดแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการผ่าตัด (Taylor, Lillis, & Le Mone, 1993) ดังนี้

- 2.1) การผ่าตัดเพื่อตรวจวินิจฉัย (Diagnostic surgery) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อตรวจวินิจฉัยหรือเพื่อยืนยันคำวินิจฉัยโรค
- 2.2) การผ่าตัดเพื่อการรักษา (Ablative Surgery) หมายถึง การผ่าตัดนำส่วนที่มีพยาธิสภาพออกจากร่างกาย ทำให้สภาพพยาธิของโรคหายไป
- 2.3) การผ่าตัดเพื่อประคับประคอง (Paliative surgery) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการของโรค หรือเพื่อลดความรุนแรงของโรคลง แต่ไม่ได้ทำให้พยาธิสภาพหายไป
- 2.4) การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของโรคที่มีมาแต่กำเนิด (Constructive surgery) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติเชิงโครงสร้างและหน้าที่ที่เป็นมาแต่กำเนิด

2.5) การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติโรคที่มีได้เป็นมาแต่กำเนิด (Reconstructive surgery) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติเชิงโครงสร้างและหน้าที่ที่มีได้เป็นมาแต่กำเนิด เช่น อาจเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุ

2.6) การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ (Transplant) หมายถึง การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ อาจเป็น การผ่าตัดปลูกถ่ายไต ตับ หัวใจ เปลี่ยนกระเพาะ

3) การผ่าตัดแบ่งตามความรีบด่วนโดยใช้เวลาเป็นเกณฑ์ตัดสิน แบ่งได้ดังนี้

3.1) การผ่าตัดฉุกเฉิน หมายถึง การผ่าตัดที่ต้องรีบทำทันทีเพื่อรักษาชีวิต ห้ามเลือด หรือเอาอวัยวะที่ถูกทำลายออก

3.2) การผ่าตัดด่วน หมายถึง การผ่าตัดที่ต้องทำผ่าตัดภายใน 24-48 ชั่วโมง

3.3) การผ่าตัดที่เลือกเวลาได้ หมายถึง การผ่าตัดที่สามารถรอได้ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด

3.4) การผ่าตัดที่มีการจัดตารางไว้ล่วงหน้า หมายถึง การผ่าตัดที่มีการจัดตารางไว้ล่วงหน้าเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน

2.1.5 ขั้นตอนการพยาบาลในห้องผ่าตัด

1) การพยาบาลในระหว่างการผ่าตัด

การดูแลมุ่งไปที่การดูแลสภาพอารมณ์ที่ตื่นเต้นของผู้ป่วยซึ่งมีองค์ประกอบด้านร่างกาย ได้แก่ ความปลอดภัยจากการจัดทำในการผ่าตัดปลอดภัยจากการติดเชื้อ ควบคุมสภาพแวดล้อมในการผ่าตัด การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด นำมาวางแผนการพยาบาลในระบายนี้นี้ต้องสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในความสงบโดยมีพยาบาลที่ช่วยรอบนอก (Circulation nurse) รับผิดชอบกิจกรรมทั้งหมดในห้องผ่าตัด

2) การจัดทำผู้ป่วยในการผ่าตัด

เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลผ่าตัดร่วมกับศัลแพทย์และวิสัญญีพยาบาล โดยคำนึงถึง อายุ ขนาด สภาพผิวหนังและข้อจำกัดทางร่างกายผู้ป่วย ชนิดการผ่าตัด การดมยาสลบที่ได้รับระยะเวลาในการผ่าตัด ความต้องการของแพทย์ มีการวางแผนในการจัดเตรียมอุปกรณ์ ในการจัดทำให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายก่อนเริ่มจัดทำ เพื่อป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เส้นประสาทและหลอดเลือด จากแรงกดทับ เลือดสี การดึงรั้งจากการผ่าตัด โดยใช้หมอนหรือผ้านุ่มๆ รองรับแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกและตรวจเช็คท่าก่อนการผ่าตัดอีกครั้งเพื่อให้แพทย์ พยาบาล ส่งเครื่องมือและวิสัญญีพยาบาลทำงานได้สะดวกขึ้น

4) การดูแลผู้ป่วยในระยะทำผ่าตัด

พยาบาลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดรวมถึงวิสัญญีพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาทำผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอก จะต้องจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการทำผ่าตัดให้ครบถ้วน พร้อมผ่าตัด ตรวจสอบเช็อย่างถี่ถ้วนป้องกันการตกค้างของเครื่องมือและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในขณะผ่าตัด ตลอดจนปฏิบัติตามเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัดและเก็บสิ่งส่งตรวจที่ออกจากผู้ป่วยให้ถูกต้องครบถ้วน

5) การเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วย

มาตรฐานอุณหภูมิในห้องผ่าตัดอยู่ในระหว่าง 18-22 องศา ความชื้น 50-60% ซึ่งเหมาะสมกับทีมผ่าตัดที่ใส่เสื้อหลายชั้นและป้องกันการเจริญของแบคทีเรีย ในผู้ป่วยควรห่มผ้าให้ความอบอุ่นทันทีเมื่อนำผู้ป่วยขึ้นเตียง ป้องกันการสูญเสียความร้อนทางผิวหนัง รวมถึงแผลผ่าตัดและการขยายตัวของหลอดเลือด อาจมีการสวมถุงเท้าตามความเหมาะสม มีการรายงานอุณหภูมิต่ำสุดของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัดให้พยาบาลดูแลหลังผ่าตัดทราบ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด (เรณู อาจสาธิต, 2553)

1) ระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operation Phase) เริ่มต้นจากการที่ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะรับการรักษาด้วยการผ่าตัดจนกระทั่งย้ายเข้าห้องผ่าตัดเป็นระยะที่พยาบาลผู้รับผิดชอบต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย โดยศึกษาจากรายการผ่าตัดว่ามีการผ่าตัดจำนวนกี่ราย อะไรบ้างและไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด (Pre-operation Visit) เพื่อประเมินสภาพผู้รับบริการผ่าตัดและดูแลด้านจิตใจด้วยการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเข้าใจง่าย เช่น การปฏิบัติตนในวันผ่าตัด เป็นต้น ตลอดจนรวบรวมข้อมูล แยกแยะความต้องการของผู้รับบริการผ่าตัด เช่น พบว่าผู้รับบริการผ่าตัดมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวมีแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง พยาบาลก็นำข้อมูลที่ได้นำมาวางแผนในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเตรียมบุคลากรระหว่างรถเข็นกับเตียงผ่าตัด หรือพบว่าผู้รับบริการผ่าตัดอ้วนมาก พยาบาลก็วางแผนในการเตรียมอุปกรณ์ในการรองรับเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น นอกจากนี้มีกิจกรรมที่จำเป็นในระยะก่อนผ่าตัดที่พยาบาลสามารถประเมินผู้รับบริการผ่าตัดได้อีก คือ ขณะดูแลผู้รับบริการผ่าตัดเข้าห้องผ่าตัดที่บริเวณห้องรับส่งผู้รับบริการผ่าตัด โดยเน้นการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการผ่าตัดอีกครั้ง และตรวจสอบอุปกรณ์ของใช้จำเป็น ที่นำมาพร้อมผู้รับบริการผ่าตัด ประเมินผู้รับบริการผ่าตัดก่อนการผ่าตัดในทุกขั้นตอน พยาบาลจะต้องบันทึกในเอกสารของห้องผ่าตัดให้ครบถ้วน

2) ระยะผ่าตัด (Intra-operation Phase) ระยะนี้เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ามาในห้องผ่าตัด ขณะผ่าตัด จนกระทั่งเสร็จสิ้นการผ่าตัด จากการที่ผู้รับบริการผ่าตัดนอนอยู่บนเตียงผ่าตัดจนกระทั่งเสร็จ

การผ่าตัดและนำผู้ป่วยผ่าตัดไปห้องพักฟื้น ระยะนี้พยาบาลต้องนำแผนการไปปฏิบัติและประสานกิจกรรมต่างๆ ให้เรียบร้อย เพื่อให้ผู้รับบริการผ่าตัดปลอดภัย และได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ พยาบาลห้องผ่าตัดที่ได้รับมอบหมายจะเป็นผู้รับผิดชอบและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะผ่าตัดเช่น การป้องกันผู้รับบริการผ่าตัดบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า พยาบาลต้องดูแลจัดทำไม่ให้ผิวหนังผู้รับบริการผ่าตัดสัมผัสกับโลหะของเตียงผ่าตัด ดูแลการติดแผ่นนำไฟฟ้าในตำแหน่งที่เหมาะสม จัดเตรียมและดูแลเครื่องจี้ตัดด้วยไฟฟ้าให้อยู่ในสภาพใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือป้องกันผู้รับบริการผ่าตัดไม่ให้เกิดการติดเชื้อจากการผ่าตัด พยาบาลต้องดูแลจัดเตรียมเครื่องมือที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค เพื่อระวังการเกิดการปนเปื้อนขณะผ่าตัดจากบุคลากรต่างๆ ในทีมผ่าตัด ตลอดจนให้การดูแลจิตใจผู้รับบริการผ่าตัด ทั้งนี้กิจกรรมที่ให้การพยาบาลนั้นพยาบาลต้องทำเสมือนหนึ่งเป็นตัวแทนของผู้รับบริการผ่าตัด ในการปกป้องสิทธิต่างๆ ไม่ว่าผู้รับบริการผ่าตัดจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม

3) ระยะหลังผ่าตัด (Post-operative Phase) เริ่มตั้งแต่การผ่าตัดเสร็จสิ้น นำผู้ป่วยมารับการดูแลต่อในห้องพักฟื้น การส่งผู้รับบริการผ่าตัดเข้ามาในห้องพักฟื้นนั้น เป็นการดูแลในระยะแรกหลัง การผ่าตัด การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้แบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา คือ (อรพินท์ หลักแหลม, 2545)

3.1) การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันทีในห้องสังเกตอาการ หรือห้องพักฟื้น (Immediate Phase) จะเป็นการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานต่างๆ ในร่างกาย ทุก 10-15 นาที นานอย่างน้อย 2 ชั่วโมง หรือจนผู้ป่วยตื่นดี

3.2) การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วย (Ongoing Phase) จะเป็นการส่งเสริมการหายจากโรค ส่งเสริมการหายของบาดแผล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจนเข้าสู่สภาวะปกติในที่สุด

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป

2.2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดมยาสลบแบบทั่วไป

1) ความหมายเกี่ยวกับการดมยาสลบแบบทั่วไป

วรุณี เจริญศิริ (2552) กล่าวว่า การให้ยาสลบจะทำให้คนไข้หมดความรู้สึกหรือหลับไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง โดยอาศัยยาฉีดเข้าทางเส้นเลือดและยาที่ให้ผ่านท่อหายใจคนไข้จะไม่รู้สึกเจ็บปวดเลยแม้แต่น้อยขณะผ่าตัดแพทย์สามารถผ่าตัดได้ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า

อดุลย์ เอ็มเคลไซ (2552) กล่าวว่า การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหรือการดมยาสลบ หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยได้รับยาหมดสติ ยาแก้ปวด ยาหย่อนกล้ามเนื้อและยาลืมความรู้สึก ทำให้สามารถทำผ่าตัดได้ปราศจากการเจ็บปวดและจำเหตุการณ์ไม่ได้ ในขณะที่ได้รับการระงับความรู้สึก

จรีพร เกตananท์ (2550) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะถูกทำให้อยู่ในภาวะหมดสติตลอดเวลาในการผ่าตัด โดยวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลจะใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน โดยทั่วไปจะเริ่มจากการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ เช่น ทางสายน้ำเกลือผ่านทางเข็มพลาสติกเล็กๆ บนมือหรือแขน ซึ่งเรียกว่า การนำสลบ หรือบางโอกาสอาจมีการนำสลบโดยใช้ไอรระเหยให้ผู้ป่วยหายใจผ่านทางหน้ากาก จากนั้นก็รักษาระดับการหมดสติต่อโดยใช้ดมยาสลบร่วมกับออกซิเจน ในการผ่าตัดบางชนิดต้องการให้กล้ามเนื้อของผู้ป่วยหย่อนตัว เช่น การผ่าตัดในช่องท้อง ก็จะใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อร่วมกับการสอดท่อช่วยหายใจลงในลำคอเพื่อช่วยควบคุมการหายใจ เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้นลงวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล จะแก้ฤทธิ์ของยาต่างๆ เหล่านี้ ผู้ป่วยก็จะค่อยๆฟื้นจากยาสลบในห้องรพื่นหรือเมื่อออกจากห้องผ่าตัด

พงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล (2553) กล่าวว่า การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหรือการดมยาสลบ หมายถึง การกระทำทำให้ผู้ป่วยมีภาวะหมดสติ ลืมเหตุการณ์ในขณะที่ได้รับการผ่าตัดประกอบด้วย หลักการ 4 ข้อ คือ ผู้ป่วยปราศจากการเจ็บปวด กล้ามเนื้อหย่อนตัว ลืมความรู้สึก จำเหตุการณ์ไม่ได้ และไม่ตอบสนองต่อการผ่าตัด จะทำให้ศัลยแพทย์สามารถดำเนินการผ่าตัดได้ดี ผู้ป่วยปราศจากการเจ็บปวดและจำเหตุการณ์ไม่ได้ในขณะที่ได้รับการดมยาสลบ ในการดมยาสลบนั้นวิสัญญีพยาบาลอาจจะกระทำครบทั้ง 4 ข้อหรือไม่ก็ได้ แต่การทำให้ผู้ป่วยปราศจากการเจ็บปวดเป็นซึ่งมีความสำคัญมาก ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบซึ่งภาวะนี้จะแปรผันตามภาวะที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการผ่าตัดในขณะที่ได้รับการดมยาสลบ

สรุปได้ว่า การให้ยาสลบ เป็นการทำให้ผู้ป่วยหลับ หมดสติ ไม่รู้สึกตัวไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง โดยการฉีดยาเข้าทางเส้นเลือดดำและยาที่ให้ผ่านทางท่อช่วยหายใจ ใช้ยาหลายชนิดร่วมกันโดยวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บปวดขณะแพทย์ทำการผ่าตัด เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้น วิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล จะเป็นผู้แก้ฤทธิ์ของยาสลบจนผู้ป่วยฟื้นและจำเหตุการณ์ไม่ได้ในขณะที่ได้รับยาสลบ

2) ยาสลบ

วรุฒิ เจริญศิริ (2552) กล่าวว่า ยาสลบมี 2 ชนิด คือ ยาสลบชนิดฉีดและยาดมสลบ

2.1) ยาสลบชนิดฉีด นิยมฉีดเข้าเส้นเลือดดำเนื่องจากออกฤทธิ์เร็วและควบคุมปริมาณยาได้ดี แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1.1) Barbiturate ได้แก่ Phenobarbital, Thiopental ยาในกลุ่มนี้ยังแบ่งย่อยอีกตามระยะเวลาในการออกฤทธิ์ เช่น Thiopental จัดอยู่ในกลุ่มUltrashort acting Barbiturate ซึ่งออกฤทธิ์เร็วและสั้นมาก ผู้ป่วยหมดสติภายในเวลาเพียง 15 วินาทีเท่านั้น จึงใช้กันอย่างแพร่หลายในการนำสลบ

2.1.2) Nonbarbiturate ได้แก่ Ketamine, Propofol และกลุ่มBenzodiazepine เช่น Diazepam, Midazolam มีการใช้นำสลบหรือใช้ในระหว่างผ่าตัด

2.2) ยาดมสลบเป็นยาที่ทำให้ผู้ป่วยสุดคมผ่านทางปอดและมีฤทธิ์ระงับความรู้สึกที่ระบบประสาทขาดมสลบแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.2.1) สารระเหย (Volatile) ยาอยู่ในสภาพของเหลวต้องใช้ผ่าน Vaporizer ระเหยกลายเป็นไอให้ผู้ป่วยสุดคมตัวอย่างขาดมสลบในกลุ่มนี้ คือ Halothane ซึ่งใช้กันแพร่หลายที่สุดในประเทศไทย Enflurane ไม่ค่อยนิยมใช้เนื่องจากผลเสียต่อการหายใจและระบบไหลเวียนเลือด Isoflurane ซึ่งเริ่มใช้กันในประเทศไทยเนื่องจากผลต่อระบบไหลเวียนที่ดีกว่า Halothane และยังไม่มผลเสียต่อตับส่วน Desflurane กับ Sevoflurane กำลังได้ศึกษาทดลองใช้อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่นตามลำดับ

2.2.1) ก๊าซ (Gas) ยาดมสลบในกลุ่มนี้อยู่ในสภาพที่พร้อมจะสุดคมได้เลย ได้แก่ Nitrous oxide เป็นชนิดที่นิยมใช้มากเนื่องจากมีฤทธิ์บรรเทาปวดได้ดีและหมดฤทธิ์เร็ว ส่วน Cyclopropane กับ Ethylene มีคุณสมบัติติดไฟง่ายจึงเลิกใช้ไปแล้ว กลไกการออกฤทธิ์ของขาดมสลบเป็นอย่างไรนั้นมิผู้พยายามหาทฤษฎีมาอธิบายคำถามนี้ อธิบายได้ว่ามีโปรตีนตัวรับของยาอยู่ที่สมองเมื่อยาสลบไปจับกับโปรตีนตัวรับเหล่านี้จะออกฤทธิ์ระงับความรู้สึกคล้ายกับการออกฤทธิ์ของยาพวกฝิ่นหรือการออกฤทธิ์ของยาโคเคซินแอม อย่างไรก็ตามยังไม่มีการค้นพบโปรตีนตัวรับเฉพาะที่แน่นอนสำหรับขาดมสลบและขาดมสลบมีหลายชนิดด้วยกัน ซึ่งมีโครงสร้างของโมเลกุลแตกต่างกันมากจนไม่น่าจะอธิบายได้ด้วยโปรตีนตัวรับชนิดใดชนิดหนึ่ง ยาดมสลบน่าจะออกฤทธิ์ที่สมองส่วนที่เป็นไขมันเนื่องจากขาดมสลบเกือบทุกตัวมีคุณสมบัติละลายในไขมันและยังพบอีกว่าความสามารถละลายในไขมันของขาดมสลบมีความสัมพันธ์กับความแรงของขาดมสลบนั้น ยาดมสลบที่ละลายในไขมันได้ดีจะใช้ยาเพียงเล็กน้อยความเข้มข้นในลมหายใจไม่ต้องมากก็ให้ผลระงับความรู้สึกได้ดี มีการสันนิษฐานว่าขาดมสลบเข้าไปแทรกอยู่บริเวณไขมันของเยื่อหุ้มเซลล์และขยายปริมาตรของเยื่อหุ้มเซลล์จนกระทั่งอุดตันช่องทางผ่านของไอออนที่เยื่อหุ้มเซลล์รอบข้างจนทำให้เซลล์สมองทำงานไม่ได้ อย่างไรก็ตามเมื่อลดอุณหภูมิลงจะทำให้ผู้ป่วยสลบได้ง่ายขึ้นทั้งที่ปริมาตรจะลดลงตามอุณหภูมิ ยาดมสลบมีผลต่อเซลล์ประสาทบริเวณจุดเชื่อมต่อมีหลักฐานว่าขาดมสลบบางตัวลดการหลั่งสารเคมีในสมองชนิดกระตุ้น บางตัวเพิ่มการหลั่งสารเคมีในสมอง บางชนิดยับยั้งจากปลายประสาทก่อนเชื่อมต่อ มีการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของสารกาบา (GABA) ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้ง

การทำงานของสมองในผู้ที่ได้รับยาสลบและสรุปว่ายาสลบนั้นสามารถทำให้ระดับ GABA ในสมองเพิ่มขึ้นและจะส่งผลให้การหลั่งนอร์อีปิเนฟรินในสมองลดลง ยาสลบพวก Barbiturate และ Benzodiazepine จะมีผลเสริมฤทธิ์การทำงานของ GABA นอกจากนี้ยังพบว่ายาคุมสลบบางตัวมีผลต่อเยื่อเซลล์ส่วนหลังเชื่อมต่อทำให้น้ำกระแสประสาทไม่ดี อย่างไรก็ตามยาคุมสลบทุกตัวก็ไม่ได้มีผลต่อจุดเชื่อมต่อกระแสประสาทเซลล์ประสาทเช่นเดียวกันยังมีฤทธิ์อื่นๆ อีกมาก อย่างไรก็ตามโดยสรุปแล้วล้วนแต่เป็นเพียงการสันนิษฐานและไม่สามารถอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ของยาสลบทั้งหมดได้อย่างแน่นอนชัดเจน

2.2.2 การจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป

สมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Society of Anesthesiologist หรือ ASA) ประเมินผู้ป่วยตามการแบ่งระดับสภาพร่างกายของผู้ป่วย เพื่อทราบความแข็งแรงสมบูรณ์และความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการดมยาสลบ สามารถบอกถึงการพยาบาลผู้ป่วยก่อนการดมยาสลบ การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการดมยาสลบและการพยาบาลผู้ป่วยหลังการดมยาสลบ การประเมินผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและทบทวนรายงานผู้ป่วยจากเวชระเบียน โดยแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ (บัณฑิต จินดาปราโมทย์, 2534 และ สมรัตน์ จารุกิตยณานันท์, 2548)

1) ASA class 1 หมายถึง ผู้ป่วยสุขภาพดี ไม่มีความผิดปกติทางสรีรวิทยา สุขภาพจิตดี และโรคที่ได้รับการผ่าตัดไม่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบอื่น เช่น การผ่าตัดไส้เลื่อน ผ่าตัดไส้ติ่ง หรือเนื้องอกไม่ร้ายแรงของเต้านม เป็นต้น

2) ASA class 2 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของร่างกายเล็กน้อย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจหรือความดันเลือดสูงระยะเริ่มแรก โรคเบาหวานที่เริ่มเป็นระยะแรกและควบคุมได้ ผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยอ้วน เป็นต้น

3) ASA class 3 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพขั้นรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งภาวะดังกล่าวจะเป็นปัญหามากในการเลือกใช้ยา ขนาดยาและเทคนิคของการดมยาสลบ รวมทั้งการพยาบาล การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพิ่มขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรคปอดขณะพักยังมีอาการหอบ โรคเบาหวานที่มีผลแทรกซ้อน เช่น โรคไตหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด/ตาย และอาการเจ็บหน้าอกรักษาไม่ดีขึ้น เป็นต้น

4) ASA class 4 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของร่างกายรุนแรงมาก และไม่สามารถรักษาให้กลับมามีภาวะปกติโดยยา หรือการผ่าตัด เช่น โรคของต่อมไร้ท่อที่สูญเสียหน้าที่อย่างมาก โรคไตโรคตับหรือโรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพและสูญเสียหน้าที่มาก เป็นต้น

5) ASA class 5 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้เพียง 24 ชั่วโมงหรือมีโอกาสรอดน้อยมาก ไม่ที่จะได้รับการรักษาด้วยยาหรือผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยที่สมองได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง หรือผู้ป่วยที่ถูกยิง ถูกแทงเข้าหัวใจ เป็นต้น

ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินจะใช้อักษร E กำกับไว้ข้างหลังทุกประเภท เช่น ASA class 2 E เพื่อแจ้งให้ทราบว่าเป็นการผ่าตัดแบบเร่งด่วน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยยังมี ASA class สูงขึ้นไป สภาพร่างกายยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ความสามารถฟื้นจากการดมยาสลับเป็นไปได้ช้า

2.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะได้รับยาดมสลบ

เมื่อผู้ป่วยได้รับยาสลบโดยวิธีสูดดม ยาสลบมีฤทธิ์แทรกซึมผ่านเยื่อบุถุงลมที่ปอดเข้าสู่กระแสโลหิต ส่วนยาสลบที่ให้โดยวิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำก็จะเข้าสู่กระแสโลหิตโดยตรง เมื่อยาสลบไหลเวียนผ่านไปตามกระแสโลหิตก็จะถูกดูดซึมที่อวัยวะต่างๆ ทั่วทั้งร่างกาย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ระบบประสาท ยาสลบมีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางทำให้หมดสติ ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกใดๆ กดศูนย์ควบคุมการหายใจกดการบีบตัวของหัวใจ และทำให้หลอดเลือดขยายตัว ผลของยาสลบที่กดระบบต่างๆ ในร่างกายจะแปรเปลี่ยนตามความเข้มข้นของยาสลบที่ได้รับสูดดม เมื่อความเข้มข้นของยาสลบในกระแสโลหิตเพิ่มมากขึ้นจะกดการทำงานของระบบประสาท ระบบหายใจ ระบบการไหลเวียนเลือด และระบบอื่นๆ มากขึ้น การให้ยาสลบมากเกินไป จะทำให้คนไข้หลับลึกเกินต้องการ หายใจไม่พอหรือหยุดหายใจ และความดันเลือดตก แต่ถ้าให้ยาสลบน้อยเกินไป คนไข้จะรู้สึกตัว และตอบสนองต่อความเจ็บปวด

2.2.4 การปฏิบัติการพยาบาลของวิสัญญีพยาบาล

การปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลเป็นงานที่พยาบาลปฏิบัติกับผู้ป่วยในวันหนึ่งๆ หรือช่วงเวลาหนึ่ง และวิสัญญีพยาบาลมีหน้าที่ความรับผิดชอบดูแลบริการการพยาบาลการดมยาสลบแบบทั่วไป และให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนดมยาสลบ การพยาบาลระหว่างดมยาสลบและการพยาบาลหลังการดมยาสลบตามความรู้ ความชำนาญและการตัดสินใจอย่างถูกต้องเหมาะสม ภายใต้การรับรองสิทธิตามกฎหมายความคุ้มครองวิชาชีพ โดยอยู่กับผู้ป่วยตลอดตั้งแต่เริ่มการดมยาสลบจนถึงสิ้นสุดกระบวนการดมยาสลบ เฝ้าระวังหน้าที่การทำงานของอวัยวะที่สำคัญของร่างกายทุกระบบ และประยุกต์ใช้การดมยาสลบด้วยความมั่นใจสูงสุดในด้านความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้ป่วยตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลด้านวิสัญญี โดยใช้เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยตามการแบ่งระดับสภาพร่างกายของผู้ป่วย ของสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งอเมริกา (American Society of Anesthesiologists) โดยมีการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาลตามระยะของการดมยาสลบ ดังนี้

1) การพยาบาลระยะก่อนการดมยาสลบ วิสัญญีพยาบาลตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วันก่อนทำการผ่าตัด เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนดมยาสลบ ประเมินความเสี่ยง

ตามระดับสภาพร่างกายประเมินการทำหน้าที่ระบบต่างๆ ของร่างกาย ความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม มีการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายก่อนดมยาสลบ โดยการซักประวัติ ตรวจสอบข้อมูล และซักถามปัญหาของผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีวิทยา วัสดุอุปกรณ์พยาบาลซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว การแพ้ยาแพ้สารต่างๆ รายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่หรือพยายามค้นหาอาการของโรคที่อาจก่อให้เกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนขึ้นในระหว่างการให้ยาดมสลบ ประเมินสัญญาณชีพและการประเมินภาวะช็อคจากการตรวจร่างกาย การเจาะเลือดเพื่อทำการตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ หากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดต้องได้รับการตรวจคลื่นหัวใจด้วย (Electrocardiogram; ECG.) ประเมินความสามารถในการทำงานของระบบทางเดินหายใจ โดยการถ่ายภาพรังสีปอด (Chest X-ray) เพื่อประเมินสภาพของปอดและหลอดเลือด ซักประวัติการสูบบุหรี่ การประเมินการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ ดูการทำงานของไต การประเมินความสามารถในการปรับตัวเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความสามารถในการผ่อนคลายความเครียดทางด้านจิตใจ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทราบให้ผู้ป่วย งดน้ำงดอาหารทุกชนิดที่ได้รับทางเดินอาหาร รวมทั้งการอมเม็ดอม การเคี้ยวหมาก การอมเมี่ยง ในระยะก่อนผ่าตัดเป็นเวลาอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และชนิด วัชรพุกก์, 2542) การดูแลเกี่ยวกับอวัยวะปลอม การป้องกันอันตรายจากโลหะที่อาจเกิดกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย การดูแลเกี่ยวกับเครื่องประดับหรือของมีค่าของผู้ป่วย การฝึกการหายใจอย่างถูกวิธีและการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการประสานงานกับแพทย์หรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการผ่าตัด เพื่อนำมาวางแผนการเลือกวิธีการดมยาสลบให้สอดคล้องกับผู้ป่วยและแนวทางการผ่าตัด เนื่องจากการดมยาสลบมีความเหมาะสมกับการผ่าตัดที่ต่างกันไป ขึ้นอยู่กับตำแหน่งผ่าตัด ระยะเวลา ความชำนาญของแพทย์และของผู้ดมยาสลบ สภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดดังนั้นการดมยาสลบที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด

2) การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ วัสดุอุปกรณ์พยาบาลต้องตระหนักถึงและให้ความสำคัญเนื่องจากทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต่างก็มีความวิตกกังวล ความกลัวหรือความรู้สึกไม่สุขสบาย พยาบาลต้องสร้างความมั่นใจและขจัดความกลัวต่างๆ ของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากความกลัวจากความไม่รู้ ความกลัวต่อการดมยาสลบ ความกลัวความตาย ความกลัวความปวด (ดารัสณี โพธารส, 2546) พยาบาลห้องผ่าตัดและวัสดุอุปกรณ์พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ประเมินระดับความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัวประเมินระดับความกลัวก่อนที่พยาบาลจะให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องรับข้อมูลที่มากเกินไปจนกระทั่งทำให้เกิดความกลัวมากขึ้น ให้ข้อมูลตามความเป็นจริงที่ปรากฏและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย อาจใช้สื่อการสื่อในรูปแบบ

แผ่นพับ ภาพพิก เอกสารวิชาการ หนังสือ วารสารและวิทยุทัศน์ก็ได้ นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักกับผู้ป่วยโรคเดียวกันหรือเคยเข้ารับการผ่าตัดเช่นเดียวกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสซักถามข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกว่ายังมีผู้ป่วยอื่นที่มีความเจ็บป่วยและปัญหาใกล้เคียงกับตนเอง ยังมีคนที่เข้าใจความรู้สึกของตน และมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถพึ่งพาได้ พยายามให้คำอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการดมยาสลบที่ผู้ป่วยจะได้รับอย่างคร่าวๆ ตลอดจนถึงวิธีการปฏิบัติตนเมื่อได้รับการระงับความรู้สึกชนิดนั้นๆ ผู้ป่วยและครอบครัวอาจเกิดความกลัวว่าเมื่อทำผ่าตัดหรือดมยาสลบไปแล้วอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หรือเกิดความไม่แน่ใจในอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยและญาติที่ไม่เคยมีประสบการณ์การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมาก่อน พยายามควรตอบปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความเต็มใจและตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น สร้างความเชื่อมั่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายปัญหาและความต้องการของตนให้ทีมผ่าตัดรับทราบ ศัลยแพทย์และทีมผ่าตัดเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อร่วมกันในการวางแผนเป้าหมายและเป้าประสงค์ของการรักษาที่ต้องการ คิดค้นแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขที่ดีที่สุดนำมาปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าประสงค์ที่วางไว้ และมีการประเมินผลว่าแนวทางปฏิบัติดังกล่าวทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ นอกจากนี้ยังมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การประเมินความเจ็บปวด รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดมยาสลบ และในห้องผ่าตัดก่อนการทำผ่าตัดวิสัญญีพยาบาลผู้ดมยาสลบจะตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและประเมินสภาพผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง

3) การพยาบาลระหว่างการดมยาสลบวิสัญญีพยาบาลผู้ดมยาสลบมีหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลให้ตรงกับผู้ป่วย เตรียมยาและอุปกรณ์ให้พร้อม ให้การดูแลเฝ้าระวังรักษาสมดุลของระบบต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วย มีการควบคุมระดับความลึกของการดมยาสลบให้เหมาะสม เฝ้าระวังสัญญาณชีพและลงบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาทีหรือถี่กว่าเมื่อพบความผิดปกติ วัดความดันโลหิต คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง ระดับความเข้มข้นของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ตอนสุดท้ายลมหายใจออก การสังเกตและบันทึกปริมาณสารน้ำ การสูญเสียเลือดและให้ทดแทนในจำนวนที่เหมาะสม การเฝ้าระวังระบบควบคุมอุณหภูมิ การพิจารณาให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาระงับปวดตามขนาดและเวลาของการผ่าตัด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ทั้งนี้ต้องมีความคุ้นเคยและการประสานงานที่ดี ระหว่างแพทย์ ทีมผ่าตัดในการให้บริการ จนการผ่าตัดเสร็จสิ้นลง จากนั้นผู้ดมยาสลบจะปิดยาดมสลบที่ให้แก่ผู้ป่วยทุกชนิด เหลือไว้แต่ออกซิเจน 100% ยาดมสลบจะถูกขับออกทางลมหายใจ ทำการแก้ฤทธิ์ ยาหย่อนกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิดที่ต้องมีการแก้ฤทธิ์ เมื่อผู้ป่วยตื่นและหายใจได้เพียงพอแล้ว ทำการตรวจวัดสัญญาณชีพว่าอยู่ในสภาพที่ปกติ หรืออยู่ในเกณฑ์

ที่ยอมรับได้ ผู้ดมยาสลบจึงทำการถอดท่อช่วยหายใจ (อังกาบ ปราการรัตน์ และวรา สุวรรณจินดา, 2530) และก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับออกซิเจนอีกครั้งหนึ่งเพื่อป้องกันภาวะออกซิเจนในเลือดแดงต่ำในผู้ป่วยที่ยังตื่นไม่เต็มและหายใจเองได้ไม่เพียงพอควรค่าต่อช่วยหายใจไว้ก่อน ผู้ดมยาสลบตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยก่อนย้ายอีกครั้ง แล้วจึงเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น ติดตามดูแลจนกระทั่งส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

4) การพยาบาลระยะหลังการดมยาสลบ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดและการดมยาสลบที่ผู้ป่วยได้รับ นำส่งโดยวิสัญญีพยาบาล ผู้ดมยาสลบ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในห้องพักฟื้นมีพยาบาลวิชาชีพประจำห้องพักฟื้นและวิสัญญีพยาบาลที่ช่วยทั่วไป มีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ การทำงานของระบบหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ความอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง บันทึกรูขนิษและปริมาณ สารน้ำและเลือด ปริมาณปัสสาวะจากท่อที่ต่อออกจากร่างกายผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่สมดุล วิสัญญีพยาบาลส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยอย่างปลอดภัยโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและสุขสบายของผู้ป่วย รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยหนักเข้ารับการดูแลในหออภิบาลโดยมีวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้นำส่ง (เบญจมาศ ปรีชากุล และเบญจวรรณ ชีระเทอดตระกูล, 2546) และการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภายหลังการดมยาสลบ 24-48 ชั่วโมง จัดวิสัญญีพยาบาลตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามประเมินผลการดมยาสลบ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ การหายใจลำบาก อาการเจ็บคอ ภาวะโลหิตจาง อาการคลื่นไส้อาเจียน ความดันโลหิตต่ำหรือสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ การรู้สึกตัวระหว่างดมยาสลบ เป็นต้น และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว สอบถามความพึงพอใจของการรับบริการ

5) การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ การดูแลระยะก่อนผ่าตัด การดูแลระยะระหว่างผ่าตัด และการดูแลระยะหลังผ่าตัด ซึ่งเป้าหมายของการพยาบาล คือ ให้ผู้รับผ่าตัดด้วยการดมยาสลบหายจากโรคและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้รวดเร็ว (พัทธิญา แก้วแพง, 2549) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีความสำคัญต่อผลการผ่าตัดและการรักษาโดยผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและวิญญาณ (Dodge & Parson, 1991 อ้างในสุวรรณ ครอบเทียนชัย, 2554) ดังนั้นต้องให้ความสำคัญต่อการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ เข้าใจถึงการผ่าตัดและโรคที่เป็นอยู่ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการดมยาสลบ ตลอดจนให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ อยู่บนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วย (Oker-Black, 1993) ประกอบด้วย

5.1) การดูแลด้านร่างกาย (Physical caring) โดยให้คำแนะนำการเตรียมความพร้อมในการดมยาสลบ เช่น ในเรื่องการงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัด การถอดฟันปลอมออก ถอดคอนแทกเลนส์ เป็นต้น

5.2) การดูแลด้านการตอบสนองความต้องการ (Sensitive caring) โดยการเอาใจใส่ช่วยเหลือ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมักมีความกลัวและความวิตกกังวลสูง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องคอยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยการรับฟังและให้เวลาผู้ป่วยในการระบายความรู้สึก รวมทั้งให้การยอมรับและปฏิบัติต่อผู้ป่วยเสมือนเป็นบุคคลหนึ่งที่มีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการข้อมูลในการเรียนรู้และแสวงหาคำตอบ เพื่อให้ความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในชีวิต เนื่องจากความไม่เข้าใจเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค กลัวในสิ่งที่จะต้องเผชิญในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด กลัวไม่ฟื้นจากการดมยาสลบ

5.3) การดูแลด้านการเสริมสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วย (Interpretive caring) เป็นการดูแลที่เอาใจใส่ความรู้สึกของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของตนเอง และเข้าใจความเจ็บป่วย การผ่าตัดด้วยการดมยาสลบและผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการผ่าตัดต่อผู้ป่วย ครอบครัวและการดำเนินชีวิต โดยการซักถามความรู้สึกพร้อมให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหา และตอบคำถามตามที่ผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยต้องการตามความเหมาะสม

5.4) การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual caring) เป็นการดูแลโดยการยอมรับในความต้องการทางความเชื่อและจิตวิญญาณของผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยมีการผสมผสานของกาย จิต วิญญาณ และสังคม ซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ บางครั้งการปฏิบัติงานของการพยาบาลอาจละเลยภาวะทางจิตวิญญาณของป่วยไป หรือกระทำไปโดยไม่เจตนา เช่น การตัดสายสิญจ์จากข้อมือผู้ป่วยออกก่อนทำหัตถการทางวิสัญญี เช่น การเจาะเลือด การให้สายน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น โดยไม่ได้คำนึงถึงความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย จากการวิจัยการใส่ใจดูแลสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย คือ (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2549)

(1) การประเมินทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยในด้านวัฒนธรรม ความเชื่อเฉพาะบุคคล และการปฏิบัติตามศาสนา เป็นต้น

(2) การทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่า พยาบาลสามารถเป็นที่พึ่งได้ยามที่ต้องการ และแสดงถึงความเอื้ออาทร ร่วมทุกข์ ร่วมสุขกับผู้ป่วย

(3) ควรถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อ และยอมให้พูดถึงความเชื่อของตนอย่างอิสระ โดยมีท่าทีของการยอมรับและให้เกียรติ (respect and honored)

(4) การเปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลต่างๆ หรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจสำหรับผู้ป่วย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ในการแสดงออกถึงความเชื่อทางศาสนา หรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคล

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ได้รับการดมยาสลบ มีความสำคัญต่อผู้ป่วยกล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และวิญญาณจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพและกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติเร็วขึ้น ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและได้รับการระบับความรู้สึก ให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตสังคมและวิญญาณ ให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ เข้าใจถึงการผ่าตัด มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการได้รับยาดมสลบ ตลอดจนมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของร่างกาย จิตสังคม และวิญญาณ เกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองและผ่านประสบการณ์ในการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบ มีความรู้สึกมั่นใจ รวมทั้งเกิดความรู้สึกที่ดี มีความพึงพอใจต่อการบริการของวิสัญญีพยาบาล ดังนั้นบทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1) ระยะก่อนการให้ยาดมสลบ (ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดหนึ่งวันจนถึงห้องผ่าตัด)

ก่อนการผ่าตัดหนึ่งวันวิสัญญีพยาบาลจะไปเยี่ยมผู้ป่วย โดยจุดมุ่งหมายของการเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อตรวจดูสภาพของร่างกายว่าพร้อมที่จะได้รับยาดมสลบและผ่าตัดหรือไม่ การพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่ออธิบายและให้ความมั่นใจต่อการผ่าตัดและอธิบายถึงเทคนิคบางอย่าง จะทำให้ผู้ป่วยลดความกังวล ตื่นเต้น ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัด และลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาดมสลบได้ และเมื่อผู้ป่วยเข้าถึงห้องผ่าตัดจะเตรียมผู้ป่วยโดยจัดทำผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการดมยาสลบ พร้อมติดตั้งเครื่องเฝ้าระวัง (Monitoring) ด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือช่วยแสดงความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เพื่อประเมินผลการรักษาโดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนติดอุปกรณ์ที่ตัวผู้ป่วย และอธิบายวิธีปฏิบัติตัวหลังจากฟื้นจากการดมยาสลบอีกครั้งให้ผู้ป่วยเข้าใจและเพื่อลดความวิตกกังวล

2) ระยะให้ยาดมสลบขณะผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยสลบลึกพอที่จะเริ่มผ่าตัดทันที โดยวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลก็จะเฝ้าระวัง โดยการสังเกตสัญญาณชีพ (Vital signs) ของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งให้ยาสลบให้ลึกพอตลอดระหว่างผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือตื่นระหว่างผ่าตัด และทดแทนสารน้ำหรือเลือดให้เพียงพอระหว่างผ่าตัด (พรทิพย์ ตันมุษกุล, 2541) และคอยดูแลมิให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดหรือเกิดการกดทับตามส่วนต่างๆ ของร่างกายซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อกล้ามเนื้อและกระดูกได้

3) ระยะหลังการให้ยาดมสลบเมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด

เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดก็จะให้ผู้ป่วยฟื้นจากการดมยาสลบ โดยให้ผู้ป่วยตื่นดีและได้รับความปลอดภัยจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปยังห้องพักฟื้น โดยก่อนย้ายไปวิสัญญีแพทย์และพยาบาลก็จะประเมินอาการ ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยบริเวณที่ปนเปื้อนน้ำลายและน้ำยาที่ใบหน้า และแขนผู้ป่วยที่เป็นเนื้อเลือดหรือสารน้ำที่ไหลทางหลอดเลือด และดูแลความอบอุ่นของร่างกายจนพร้อม

เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปห้องพักฟื้น พร้อมทั้งประสานงานกับพยาบาลที่หน่วยห้องพักฟื้น เพื่อสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยเพื่อเตรียมการช่วยเหลือล่วงหน้าและช่วยเหลือนำส่งผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988)

Mishel (1988) ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอน การเผชิญปัญหาของ Lazarus & Folkman (1984) และผลงานการวิจัยต่างๆ มาอธิบายกับความเจ็บป่วยให้เฉพาะเจาะจงและพัฒนาเป็น ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งเป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle-Range Theory) อธิบายถึงการใช้กระบวนการของความคิด (Cognitive Process) เพื่อแปลความหมายของสิ่งเร้า คือ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้นคือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคล ไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Scheme) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองอันเนื่องมาจากความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยความซับซ้อนของวิธีการและการดูแลเฉพาะด้านด้านการได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และด้านการทำนายผลความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเนื่องจากขาดข้อมูลและคำแนะนำที่เพียงพอ

Mishel (1988) ได้ให้ความหมาย ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่า เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ให้สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่บุคคลไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้เนื่องจากขาดตัวชี้แนะที่เพียงพอ ภาวะนี้บุคคลจะรับรู้อย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะมีเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจความหมายของความเจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นๆ รวมทั้งไม่สามารถจำแนกประเภทความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้เนื่องจากขาดคำแนะนำ ขาดข้อมูล การอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยที่ไม่ครบถ้วน ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้นหรือความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) ด้านความซับซ้อนของวิธีการและการดูแลเฉพาะด้าน (Complexity) ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวข้องไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ (Lack of Information) และด้านการทำนายผลความเจ็บป่วย ((Unpredictability)

1) สิ่งกระตุ้น (Stimuli Frame) หมายถึง รูปแบบ ส่วนประกอบและโครงสร้างของสิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้ โดยสิ่งเร้านี้หมายถึง ความเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งภายในกรอบของสิ่งเร้าที่ชัดเจนจะช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อ

เหตุการณ์ความเจ็บป่วยโดยตรง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นลดลง สิ่งเร้ามีองค์ประกอบ 3 ส่วนคือ

1.1) แบบแผนของอาการแสดง (Symptom Pattern) เป็นรูปแบบหรือขั้นตอนการเกิดลักษณะอาการที่แสดงออกมาให้รับรู้ ถ้าแบบแผนอาการแสดงมีรูปแบบหรือขั้นตอนที่ชัดเจน และเกิดขึ้นสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถระบุความหมายของอาการแสดง และสามารถทำนายอาการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ แต่ถ้ามีรูปแบบไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยเช่น คุณลักษณะของสิ่งกระตุ้น ความถูกต้องของการประเมินอาการแสดง เมื่ออาการแสดงมีลักษณะของความไม่สม่ำเสมอในความรุนแรง ความถี่ จำนวนครั้ง ตำแหน่งหรือระยะเวลา

1.2) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event Familiarity) เป็นเหตุการณ์ที่เป็นปกติวิสัยเกิดขึ้นบ่อยๆ จนเกิดความเคยชินและสามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ใหม่กับเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในอดีต ทำให้สามารถสร้างความชัดเจนและระบุความหมายในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ช่วยป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อนจะรู้สึกคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมของระบบบริการสุขภาพและแบบแผนของอาการได้มากกว่า รวมทั้งเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับประสบการณ์เดิม สามารถตัดสินใจความหมายของเหตุการณ์ในการเจ็บป่วย จากการศึกษาของมุกดา เดชประพนธ์ (2550) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอพบว่า ประสบการณ์การเกิดอาการมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอน และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตผ่านความไม่แน่นอน ความรู้สึกไม่แน่นอนมีผลโดยตรงทางบวกต่อความซึมเศร้าและมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อคุณภาพชีวิต

1.3) ความสอดคล้องของเหตุการณ์ (Event Congruence) เป็นความสอดคล้องระหว่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากความเจ็บป่วยและการรักษาและกำลังประสบอยู่ กับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ถ้ามีความสอดคล้องกันจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแปลความหมายและเข้าใจเหตุการณ์ของความเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ได้มากขึ้น

2) ความสามารถเชิงสติปัญญา (Cognitive Capacity) เป็นความสามารถของบุคคลในการใช้สติปัญญาและความรู้ที่มีอยู่ในประเมินเหตุการณ์ แปลข้อมูลที่ได้รับและตัดสินใจความสามารถในการใช้สติปัญญานี้จะเป็นผลมาจากกรอบของสิ่งเร้า โดยที่จะช่วยบุคคลระบุแบบแผนอาการแสดงสร้างความคุ้นเคยกับเหตุการณ์และมีความคาดหวังใกล้เคียงหรือสอดคล้องกับเหตุการณ์จริงจากผลการวิจัยของวิฑูดา เผื่อนสุข (2553) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งประกอบด้วยการผ่าตัด การรับเคมีบำบัด การรับรู้ดังกล่าวเกิดขึ้นได้เนื่องจาก ความสามารถทางสติปัญญาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงสนับสนุนทางสังคม และใช้วิธีการเผชิญ

ปัญหา กระบวนการที่เกิดขึ้นทุกขั้นตอนทั้งหมดนำไปสู่ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และผู้ป่วยได้ให้ความหมายความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นการไม่สามารถคาดเดาสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่รู้ว่าสิ่งใดเกิดขึ้นกับตัวเอง อีกทั้งการรักษาต่างๆ ยังขึ้นอยู่กับผลการตรวจเลือดและอาการแสดงทางกาย และการเจ็บป่วยอาจมีโอกาสดูแลและกลับเป็นซ้ำจนถึงขั้นเสียชีวิตได้

3) โครงสร้างของผู้ให้การสนับสนุน (Structure Provider) ซึ่งเป็นแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ที่จะช่วยเหลือบุคคลในการแปลความหมายของกรอบของสิ่งเร้าได้ง่าย ซึ่งโครงสร้างของการสนับสนุนมี 3 องค์ประกอบ คือ

3.1) ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ (Credible Authority) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่น ไว้วางใจและความศรัทธาของบุคคลที่มีต่อเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ที่มีการรักษา การได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ ทำให้ยอมรับและเชื่อฟังคำแนะนำต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัว ทั้งยังช่วยแปลความหมายอาการแสดงต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล สามารถเพิ่มความชัดเจนของกรอบสิ่งกระตุ้น ด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และอาการที่จะเกิดตามมาแก่ผู้รับบริการผ่าตัด รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแล ภาวะเจ็บป่วย วิธีการรับบริการหรือขั้นตอนจะช่วยทำให้ลดความคลุมเครือและความซับซ้อนของการรักษาที่ได้รับลง ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในแบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย ช่วยทำให้มองเห็นสถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้นสามารถค้นหาข้อมูลเพื่อการแปลความหมายได้อย่างเต็มที่ มองประสบการณ์ที่ผ่านมาอย่างถูกต้องไม่บิดเบือนและสามารถควบคุมตนเองได้ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลตนเองของผู้ป่วยช่วยให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mishel and Braden (1988) ศึกษาในผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อใจและเชื่อถือในบุคลากรทางสุขภาพ มีผลทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง

3.2) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การรับรู้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทำให้บุคคลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น ส่งผลให้เกิดความชัดเจนในแบบแผนของอาการแสดงมากขึ้น เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งข้อมูลที่ได้รับช่วยให้ความหมายของเหตุการณ์การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผลของอิทธิพลโดยตรงคือ การแก้ไข ปรับปรุงความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย 3 ชนิด ได้แก่ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความซับซ้อนในการรักษาและการไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์อนาคตได้ อิทธิพลโดยการสนับสนุนทางสังคม คือ ทำให้แบบแผนของอาการชัดเจนมากขึ้น การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ ที่มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างเดียวกัน หรือได้รับการรักษาเหมือนกันนำไปสู่การให้การสนับสนุน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคยโดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความคลุมเครือของเหตุการณ์ การสนับสนุนทางสังคมในที่นี้ ได้แก่ ครอบครัว ญาติ บุคคลสำคัญ เพื่อน ผู้ป่วยผัดผ่อนด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป

3.3) การศึกษา (Education) มีผลให้บุคคลแปลความหมายของแบบแผนสิ่งเร้าได้ง่าย การศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะเข้าใจข้อมูลและรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่และสื่อต่างๆ ได้ดี ผู้ที่มีการศึกษาน้อยจากข้อมูลที่ได้รับรู้จะช่วยขยายความรู้เดิมหรือพื้นฐานความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยให้ชัดเจนเพิ่มขึ้น จะช่วยให้สามารถทำนายแบบแผนของอาการแสดง มีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่ประสบอยู่และความคาดหวังมีความสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง

4) ความรู้สึกไม่แน่นอนและการประเมิน (Uncertainty and Appraisal) ในขณะที่เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) กล่าวว่า บุคคลจะประเมินเหตุการณ์แต่ละสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ที่มีต่อเหตุการณ์ โดยการประเมินเหตุการณ์เป็นกระบวนการที่ประกอบไปด้วย

4.1) การลงความเห็น (Inference) หรือมีความเชื่อว่าผลลัพธ์ของเหตุการณ์จะเกิดผลดีกับตนเองจะประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาส ทำให้เกิดความหวัง เช่น การมองโลกในแง่ดี การไม่รับเอาข้อมูลที่ทำให้เพิ่มความรู้สึกคุกคาม หรือเลือกรับข้อมูลเฉพาะที่ทำให้เกิดผลดีเท่านั้น

4.2) การสร้างภาพลวง (Illusion) การลงความเห็นเป็นการประเมินโดยอาศัยเหตุการณ์ที่ผ่านมาและการกำหนดของแต่และบุคคล โดยอาศัยประสบการณ์ทั่วไป ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและคำอธิบายเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ได้รับ ส่วนการสร้างภาพลวงเป็นการสร้างภาพลวงจากความรู้สึกไม่แน่นอนให้เป็นไปในทางบวก ปรับแนวคิดให้เป็นไปตามที่ตนปรารถนาโดยเชื่อว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด การสร้างภาพลวงถูกมองว่าเป็นการปฏิเสธความจริง จึงถูกมองว่าเป็นการปรับที่ไม่เหมาะสม แต่ในปัจจุบันได้สะท้อนให้เห็นคุณค่าของการสร้างภาพลวง คือ การหลีกเลี่ยงและการปฏิเสธความจริงจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะคุกคามได้ หรือเมื่อบุคคลยังไม่พร้อมที่จะรับข้อมูลที่เป็นจริง

5) การปรับตัวในความรู้สึกว่าเป็นอันตราย (Uncertainty Danger Coping) เมื่อบุคคลประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ว่าเป็นอันตราย ซึ่งจะเกิดเมื่อบุคคลไม่สามารถทำนายและไม่ทราบผลลัพธ์ได้ชัดเจน หรือเป็นผลลัพธ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายทำให้ผู้ป่วยประเมินการตัดสินใจเหตุการณ์ว่าเป็นอันตรายและมองโลกในแง่ร้าย ทำให้เกิดความวิตกกังวล มีอารมณ์ซึมเศร้าและเกิดความทุกข์ เหตุที่ส่งเสริมให้บุคคลประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ว่าเป็นอันตรายคือความไม่คุ้นเคยต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ ไม่มีความเชื่อถือในการวินิจฉัยโรคและการรักษา และขาด

ความเข้าใจในแบบแผนการดำเนินของโรค การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ว่าเป็นอันตรายส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียดและหาวิธีการเผชิญความเครียดเมื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยตรง และการจัดการกับอารมณ์

6) การปรับตัวในความรู้สึกว่าเป็นโอกาส (Uncertainty Opportunity Coping) เมื่อบุคคลประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็นโอกาสอาจเนื่องมาจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางบวก เกิดจากการลงความเห็นที่สามารถควบคุมสถานการณ์ความเจ็บป่วยได้ หรือเกิดจากการสร้างความภาพลวงเป็นทางเลือกที่ทำให้เกิดผลดี บุคคลจะเกิดความพึงพอใจจึงมีการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้วยวิธีการคงที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้นไว้

2.3.1 การปรับตัวในการเผชิญปัญหา

เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นว่าเป็นอันตราย จะพยายามหาวิธีหลายอย่างในการเผชิญปัญหาหรือในสถานการณ์นั้นๆ เพื่อให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของร่างกาย (Mishel, 1988) มีวิธีการปรับตัวโดยตรงกับความไม่แน่นอน คือ การจัดการด้านอารมณ์ สามารถทำได้ 2 ทาง คือ

1) วิธีการแก้ไขปัญห (Coping Mobilizing Strategies) ซึ่งประกอบด้วย

1.1) การจัดการแก้ปัญหาโดยตรง (Direct action) ซึ่งกระทำได้โดยบุคคลมีความศรัทธา ความเชื่อถือ (Faith) มีความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นและได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ความเข้าใจ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน

1.2) การเผชิญกับปัญหาอย่างระมัดระวัง (Vigilance) ด้วยการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยหรือโรคที่กำลังเผชิญ โดยใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาลดความรู้สึกไม่แน่นอน

1.3) แสวงหาข้อมูล (Information seeking) การแสวงหาข้อมูลเพื่อสนับสนุน แก้ไขความรู้สึกไม่แน่นอนโดยข้อมูลจะถูกใช้ในกำหนดตารางเวลาและความเป็นไปได้ รูปแบบ กรอบการทำงานและลำดับประสบการณ์ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ข้อมูลนั้นอาจหาได้จากแพทย์ พยาบาล ผู้ให้บริการดูแลด้านสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญ หรือจากการพูดคุยกับคนบุคคลที่มีประสบการณ์ เช่น เดียวกัน หรือปัญหาคล้ายกันซึ่งการแสวงหาข้อมูลนั้นเป็นโครงสร้างเพื่อทำหน้าที่ป้องกันก่อนเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และแหล่งที่มาของข้อมูลทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง เพราะการได้ข้อมูลเพิ่มเติม

2) วิธีการควบคุมสิ่งที่ก่อให้เกิดผลกระทบ (Affect Control Strategies) เมื่อใช้วิธีการแก้ไขปัญหาลดความรู้สึกไม่แน่นอนไม่ได้ผล บุคคลจะใช้วิธีการจัดการกับปัญหาโดยตรง คือ

การจัดการตอบสนองทางอารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลเชื่อว่าไม่มีอะไรที่สามารถแก้ไขความรู้สึกไม่แน่นอนได้เรียบร้อยวิธีการควบคุมความรู้สึกจากสิ่งที่เกิดขึ้น ยังไม่ได้รับการแก้ไขบุคคลจะใช้วิธีการควบคุมความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นวิธีของแต่ละคนเพื่อจัดการความรู้สึกไม่แน่นอนการพยายามที่จะตอบสนองด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในทางลบ โดยให้ตัวเองพูดถึงความห้าวหาญ การคิดอย่างอิสระความพยายามจำกัดสถานการณ์ใหม่และคิดด้วยเหตุผลตามที่ตนปรารถนา (Mishel, 1988)

เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นว่าเป็นโอกาส ซึ่งเป็นผลจากการประเมินลงความเห็น (Inference) หรือการสร้างภาพลวง (Illusion) ซึ่งมีความเป็นไปได้มากกว่า การประเมินนั้นจะส่งผ่านจากกระบวนการเกี่ยวกับการสร้างภาพลวงมีวิธีการผ่อนคลาใช้ในการรองรับความรู้สึกไม่แน่นอน (Mishel, 1988) ดังนี้

2.3.2 การปรับตัวโดยใช้กลยุทธ์กันชน (Coping Buffering Strategies)

จุดมุ่งหมายเพื่อปิดกั้นการป้อนข้อมูลของสิ่งเร้าใหม่สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองของความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาสเช่น วิธีการหลีกเลี่ยงไม่สนใจ สนใจสิ่งใหม่มากกว่าและทำเป็นกลาง รูปแบบการจัดการกับปัญหาได้รับการสนับสนุนเพิ่มขึ้น หน้าที่การปรับตัวการจัดการกับปัญหาได้รับการฟื้นฟูสภาพซึ่งมีวิธีดังนี้คือ

- 1) การละเว้นหรือการคัดเลือก ที่แตกต่างกัน ระหว่างผู้ป่วยและบุคคลอื่นๆ และผู้ที่มีความเครียดเหมือนกันเท่านั้นเป็นการหักเหความสนใจ
- 2) การลดข้อมูลใหม่ ในการแก้ไข เนื้อหาที่เป็นอันตราย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าสามารถลดปริมาณช่วงจากการปฏิเสธเต็มถึงการเลือกเข้าใจผิดๆการเปรียบเทียบทางสังคมลดลง
- 3) ใช้ข้อมูลในการต่อต้าน ทำให้การคุกคามเป็นกลาง โดยการระบุลักษณะที่มีอยู่ในผู้ป่วยที่เป็นความล้มเหลวไม่มีอยู่ในตัวเอง
- 4) การจัดลำดับความสำคัญได้แก่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเลือกที่ทำเป็นไม่สนใจ มองข้ามความรู้สึกไม่แน่นอน โดยเน้นเฉพาะการคาดการณ์ด้านบวกการยอมรับความคิดเห็นคนอื่น หรือการที่ยินยอมให้ความรู้สึกไม่แน่นอนยังคงมีอยู่ แต่มีความตั้งใจที่จะปรับค่าในสถานการณ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนที่จะช่วยให้บุคคลแปลความหมายของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในแง่บวก

เมื่อประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่า เป็นโอกาส ทำให้ มีความหวังและมีความสามารถในการสถานการณ์การสนับสนุน จากการศึกษาครอบครัวผู้ปลูกถ่ายหัวใจพบว่าการประเมินความไม่แน่นอนในอนาคตว่า เป็นโอกาสครั้งที่สองที่เปลี่ยนชีวิตเมื่อเทียบกับการตายที่คู่สมรสรอคอย โดยใช้ความหวัง ความมุ่งมั่น วิธีการรักษาในการหันเหความสนใจ สะท้อนคุกคามต่อ การรับรู้เกี่ยวกับความเป็นจริงซึ่งการระบุบุคคลและสถานการณ์ ภาวะผูกพันมีอิทธิพลต่อการประเมินว่าเป็นโอกาส (Mishel, 1988)

2.3.3 ความรู้สึกไม่แน่นอนและการปรับตัว (Uncertainty and Adaptation)

หากวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพสำหรับเหตุการณ์ที่มีความไม่แน่นอนถูกประเมินว่าเป็นอันตรายหรือเป็นโอกาสการปรับตัวจะเกิดขึ้นการปรับตัวเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเนื่องจาก ภาย จิต สังคมอยู่ในช่วงที่กำหนดไว้เป็นรายบุคคลของพฤติกรรมคนปกติเป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญแต่ไม่เพียงพอเปิดใช้งานได้มากและเป้าหมายเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินการต่อไปมีความยากลำบากในการปรับพฤติกรรมที่มาจากภายนอก ตามปกติในช่วงระดับที่มีการกระตุ้นสูงหรือต่ำกว่าบรรทัดฐานของแต่ละคน

มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอน ในด้านการปรับตัวและการเผชิญปัญหา การปรับตัวเป็นการสำรวจการปรับเปลี่ยนทางจิตสังคมการชดเชยความเครียด การสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนและการปรับตัวได้ไม่ดีในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ความไม่พอใจกับระบบการดูแลสุขภาพสัมพันธ์กับความเครียดด้านอารมณ์ รวมถึงเรื่องเพศสัมพันธ์และปัญหาเรื่องงานมีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตลดลงและในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า การออกกำลังในระดับที่ต่ำทำให้การฟื้นตัวไม่ดีไม่ได้รับการสนับสนุนโดยการประเมินของแพทย์และในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การยับยั้งเหตุการณ์เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ที่มีฐานะยากจนที่มีคุณภาพการใช้ชีวิตต่ำและการปรับตัวทางจิตสังคมไม่ดีพอ แสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวข้องกับความเครียด ผลกระทบของความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญเกี่ยวกับการปรับตัว เมื่อประเมินว่าเป็นอันตรายจะส่งผลกระทบต่อวิธีการควบคุมความคิดที่มีความปรารถนา และมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดด้านอารมณ์การสนับสนุนการศึกษาเป็นรูปแบบหนึ่งที่จะทำให้บุคคลประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน การเผชิญปัญหา การปรับตัว โดยสามารถประเมินได้ว่าเป็นอันตรายหรือเป็นโอกาส (Mishel, 1988)

2.4 แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987)

การดูแลเป็นสิ่งสำคัญหรือเป็นเอกลักษณ์ของการพยาบาลซึ่งความหมายของการดูแลตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2535 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538) หมายถึง การเอาใจใส่ ปกป้อง รักษาปกครองความหมายโดยทั่วไปของการดูแลเป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล เป็นคำที่ใช้ความหมายด้านบวกที่ใช้เพื่อความรู้สึกที่ดีซึ่งเกิดจากการมีสัมพันธ์ภาพความรักความเอาใจใส่ต่อกันเน้นความรู้สึกด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคล (Watson, 1988) การดูแลเป็นสิ่งที่ควรอยู่ในความสามารถของมนุษย์ทุกคนหรือเป็นวิถีของความเป็นมนุษย์จำเป็นในการพัฒนาและนำไปสู่การบรรลุตามความต้องการของมนุษย์ทั้งบุคคลเป็นการแสดงการกระทำทั้งหมดที่ถูกกำหนด

ไว้ตามความรู้สึกของบุคคลเชื่อว่า “การดูแลเป็นการดูแลจากใจ” ร่วมกันเป็นการแสดงความสามารถในการดูแลมนุษย์โดยใช้ความรู้และทักษะความชำนาญที่กำหนดบทบาทของผู้ให้การดูแลเชิงวิชาชีพ การดูแลเป็นส่วนสำคัญภายนอกที่รวมเข้าไว้ในทุกๆ กิจกรรมการพยาบาลและการรักษาที่ไม่สามารถแยกจากกันได้และอธิบายวิชาชีพพยาบาลได้อย่างชัดเจน (Roach, 1987)

การแสดงถึงพฤติกรรมในการดูแลเอื้ออาทร เป็นการแสดงออกต่อมนุษย์ ให้คุณค่าและความสำคัญ โดยผ่านการคิดอย่างไตร่ตรองกับความรู้สึก Roach (1987) กล่าวว่า การดูแลคือวิถีความเป็นอยู่ของมนุษย์ (Human mode of being) และกล่าวถึงพฤติกรรมในการดูแลว่าเป็นการกระทำหรือการแสดงออกของมนุษย์ต่อมนุษย์ในสิ่งต่างๆ รวมทั้งการให้คุณค่าและความสำคัญในสิ่งนั้น โดยผ่านการคิดไตร่ตรอง ประกอบกับมีความรู้สึกหรือพลังอำนาจแห่งจิตใจต่อการกระทำเป็นสิ่งที่ดีมีคุณค่าและมีความหมายต่อชีวิตมนุษย์ซึ่งผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจสุขใจที่ได้ปฏิบัติประกอบด้วยรูปแบบการดูแลที่แสดงออกใน 5 ด้าน ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจความรู้ความสามารถความไว้วางใจการมีสำนึกทางจริยธรรมและความยึดมั่นผูกพัน มีรายละเอียดดังนี้

1) การเอาใจใส่ดูแลด้านความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) คือ การแสดงออกในการปฏิบัติงานที่ตระหนักถึงสัมพันธภาพระหว่างกันประกอบด้วยความห่วงใยและตั้งใจจริงในการช่วยเหลือผู้อื่น และยอมร่วมแบ่งปันความสุขความทุกข์ความเจ็บปวดความวิตกกังวลความยินดีและความสำเร็จร่วมกันผู้อื่น

2) การเอาใจใส่ดูแลด้านความรู้ความสามารถ (Competence) คือ การแสดงออกถึงการปฏิบัติงานที่ใช้ความรู้ทักษะความชำนาญที่มีอยู่ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการและเทคนิควิธีปฏิบัติด้วยความมั่นใจ มีการตัดสินใจที่ดีสามารถแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม

3) การเอาใจใส่ดูแลด้านความไว้วางใจ (Confidence) คือ การแสดงออกถึงความเชื่อมั่นและเชื่อถือซึ่งกันและกันซึ่งจะสนับสนุนความไว้วางใจการพึ่งพาซึ่งกันและกันและการแสดงถึงความเคารพในความเป็นบุคคลทำให้เกิดการติดต่อสื่อสารที่จริงใจกันซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพของสัมพันธภาพการเอาใจใส่ดูแล

4) การเอาใจใส่ดูแลด้านการมีจิตสำนึกทางจริยธรรม (Conscience) คือ การแสดงออกที่คำนึงถึงศีลธรรมสิทธิมนุษยชนและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้อื่นเป็นการปฏิบัติงานที่ดำเนินตามสายกลางมีสติในการปฏิบัติงานสามารถเลือกตัดสินใจอย่างสมเหตุสมผลในการกระทำหรือไม่กระทำภายใต้ความตระหนักถึงความถูกต้องคล่องตามความเป็นจริงและมีความยุติธรรม รวมทั้งการเข้าถึงความเชื่อของผู้อื่น

5) การเอาใจใส่ดูแลด้านความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) คือ การแสดงออกถึงความตั้งใจจริงในการปฏิบัติงานกระตือรือร้นกระทำอย่างต่อเนื่องไม่เลิกสัมงานนั้นง่ายๆเต็มใจต่อการปฏิบัติงานยอมรับในคุณค่าและปฏิบัติในคุณค่านั้นไม่คิดว่าเป็นภาระหนักและมีความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายเพื่อให้งานนั้นสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลดีต่อผู้อื่นหน่วยงานและวิชาชีพ

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

การวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งเน้นที่การหาความหมายของพฤติกรรมของการกระทำของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล สืบเนื่องจากแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลหรือการกระทำของบุคคลทั่วไปทุกอย่างไม่ได้จับอยู่แค่นั้น แต่พฤติกรรมหรือการกระทำทุกอย่างที่บุคคลแสดงออกมีจุดมุ่งหมาย มีความหมายเฉพาะ (อลิสรา ชูชาติ, 2538) ดังนั้น การวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นการศึกษาโดยมีเป้าหมายเพื่อหาความจริงโดยการพิจารณาปรากฏการณ์จากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น วิธีการนี้ให้ความสนใจในข้อมูลด้านประวัติชีวิต ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลนอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีการศึกษาโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการเป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเน้นการวิเคราะห์โดยการตีความ (ศิริพร จิรวัดนกุล, 2548) และเป็นกระบวนการหาความรู้ ค้นหาข้อเท็จจริงเพื่อตอบคำถามหรือตอบปัญหาที่ตั้งไว้ เป็นการแสวงหาความรู้อย่างเป็นระบบระเบียบ เพื่อให้คำตอบที่เชื่อถือได้ (นิศา ชูโต, 2551)

แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา เป็นปรากฏการณ์ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เข้าใจธรรมชาติ หรือความหมายของประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง และแสวงหาข้อมูลเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่น่าสนใจเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในการให้ความหมายของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต โดยเน้นประสบการณ์ของบุคคล ในการวิจัยนี้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดด้วยวิธีการดมยาสลบแบบทั่วไปโดยการศึกษาถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่เผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในห้องผ่าตัดอันเป็นประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยผ่าตัดรู้ดีในเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์ มีการรับรู้และเข้าใจความหมายในขณะที่มีสติอยู่มาวิเคราะห์ความรู้สึกนึกคิด หาความสัมพันธ์ของคนกับสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ขณะนั้น โดยเชื่อว่าสังคมมนุษย์มีความเป็นพลวัตรหรือมีความเคลื่อนไหวตลอดเวลา เพราะมนุษย์มีการรับรู้ ให้ความหมาย และแสดงพฤติกรรมตามที่เห็นว่าเหมาะสมกับบริบทที่อาศัยอยู่ ณ เวลานั้นๆ การแสวงหาความรู้ภายใต้แนวคิดมุ่งที่การทำความเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ และข้อเท็จจริงทางสังคม โดยผู้รู้ข้อเท็จจริงนั้นๆ ดีที่สุดในการวิจัยนี้คือ ผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป ดังนั้นการแสวงหาความรู้ภายในแนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญต่อความคิด

ความรู้สึกและอิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานของการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำให้ปรากฏการณ์เหล่านั้นแสดงตัวของมันออกมาเองโดยปราศจากการชี้นำ (สุภาภรณ์ จันทวานิช, 2554)

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นไม่มีการควบคุมตัวแปรใดๆ ทั้งสิ้น แต่จะศึกษาเรื่องสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ ดังนั้นนักวิจัยเชิงคุณภาพจึงต้องมีคุณสมบัติดังนี้ เช่น การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ช่างสังเกต ใจกว้าง พร้อมจะพิจารณาแนวคิดและความเชื่อใหม่ๆ หรือสิ่งที่ขัดกับความรู้ความเข้าใจเดิมของตนเอง มีความยืดหยุ่น มีความสามารถในการวิเคราะห์ สังเคราะห์สิ่งที่เป็นนามธรรมได้ดี สามารถมองเห็นแตกต่างไปจากคนอื่นๆ และสามารถถ่ายทอดความหมาย ระบบความคิดและเรื่องราวที่ศึกษาได้อย่างลึกซึ้ง เทียบตรงและมีชีวิตชีวา

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมและบันทึกข้อมูลวันต่อวัน เป็นการสนทนาซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนในภาคสนาม หรือชุมชนที่นักวิจัยเลือกมา เนื่องจากบุคคลผู้นั้นมีคุณสมบัติพิเศษที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่นักวิจัยต้องการได้ หรือมีประสบการณ์พิเศษที่แตกต่างไปจากคนอื่น คือ สามารถให้ข้อมูลครอบคลุมประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาได้มากที่สุด การสัมภาษณ์ทุกครั้งต้องมีจุดมุ่งหมายและที่สำคัญนักวิจัยและผู้สัมภาษณ์จะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีจึงจะคาดหวังได้ว่าจะได้คำตอบที่เป็นข้อเท็จจริงมากที่สุด ดังนั้นขั้นตอนการสัมภาษณ์จึงประกอบด้วยการเตรียมความพร้อม เกี่ยวกับตัวผู้วิจัยเอง อุปกรณ์ช่วยในการวิจัย เพื่อยืนยันข้อมูลและผลการศึกษา เช่น เทปบันทึกเสียง การจดบันทึกภาคสนาม แนวข้อคำถามในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) ที่เน้นประเด็นสำคัญๆ และเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อมุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายให้ความเห็น หรือเล่าถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ

การสัมภาษณ์ที่ดีนั้น นักวิจัยต้องเป็นผู้ฟังที่ดี ใช้ความเงียบให้เป็นประโยชน์ เป็นผู้ฟังที่ดี คือ การเอาใจใส่ ตั้งใจ (Active listening) มีพฤติกรรมตอบสนองต่อคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลักในเชิงที่กระตุ้นให้พูดต่อ และแสดงว่าสิ่งที่กำลังพูดนั้นมีความสำคัญเป็นประโยชน์ต่อนักวิจัย นักวิจัยต้องแสดงความเป็นกลางอย่างเคร่งครัดในการสัมภาษณ์ หลีกเลี่ยงการให้ความเห็นส่วนตัวของนักวิจัยต่อประเด็นต่างๆ ที่กำลังสนทนา ในกรณีที่เรื่องที่กำลังสนทนาเป็นเรื่องละเอียดอ่อนอารมณ์ และผู้ให้ข้อมูลแสดงอารมณ์เช่น ร้องไห้ เกรี้ยวกราด นักวิจัยควรประคับประคองอารมณ์ด้วยการแสดงความเข้าใจ และปลอบโยน การสัมภาษณ์ที่ได้รับความร่วมมืออย่างดีนั้น ผู้ให้ข้อมูลต้องยินดีสนทนาคำด้วย และรู้ว่าข้อมูลที่ให้นั้นมีประโยชน์ขณะเดียวกันก็ไม่ส่งผลร้ายต่อผู้ให้ข้อมูลเอง นักวิจัยต้องยืนยันในการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลด้วยการแจ้งข้อมูลเป้าหมายของการวิจัย การเก็บเป็นความลับ และให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันถึงความยินดีในการให้ข้อมูลและเทปบันทึกเสียง ด้วยการแสดงการยินยอมอาจจะด้วยวาจา (Verbal consent) หรือด้วยเอกสาร (Inform consent) แล้วแต่ความเหมาะสม ขั้นตอนการสัมภาษณ์

ที่สำคัญคือ การแนะนำตัวผู้วิจัย การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูล การบันทึกคำตอบ การใช้ภาษา ตลอดจนเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์

2.5.1 กระบวนการการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยที่มีรากฐานมาจากหลักปรัชญา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่ง Streuber & Carpenter (1995; อ้างใน ศิริมา มณีโรจน์, 2549) อธิบายกระบวนการที่สำคัญต่างๆ ดังนี้

1) จรรยาบรรณของนักวิจัย นักวิจัยต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณ โดยการแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งต้องมีการยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งอาจยินยอมด้วยวาจาหรือยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิก็ได้ โดยผู้ให้ข้อมูลจะปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ ส่วนบรรยากาศหรือสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องมีความเป็นส่วนตัว และข้อมูลที่เก็บมาได้ต้องเป็นความลับและ ผู้วิจัยต้องวางแผนว่าจะนำข้อมูลไปเสนออย่างไร ไม่ให้มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล เช่นการนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและใช้นามสมมุติ

2) การทบทวนวรรณกรรม ในงานวิจัยเชิงปริมาณจะต้องหาวรรณกรรมมาก่อน แต่การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจะขึ้นอยู่กับข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมต้องสัมพันธ์กับเป้าหมาย นักวิจัยจะต้องทบทวนวรรณกรรมตามเนื้อหาที่ค้นพบในปรากฏการณ์เพื่อที่จะได้ความรู้ในเรื่องนั้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างคร่าว ๆ อาจจะช่วยพิสูจน์ข้อเท็จจริงในสิ่งที่ศึกษาได้ เพราะวรรณกรรมสามารถให้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์สำหรับการตีความ แต่มีข้อระวัง คือ อย่าใช้วรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดที่ตายตัวเพราะอาจจะทำให้การตีความไม่เป็นอย่างที่เห็นและได้ขึ้น (สุภางค์ จันทวานิช, 2554)

3) การเก็บรวบรวมข้อมูล มักใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงและมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเริ่มต้นด้วยการสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกเสียงและการสังเกต ซึ่งช่วยเพิ่มความถูกต้องของข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อนำไปใช้ยืนยันความตรงของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์จะใช้ลักษณะการเจาะลึกแบบกึ่งโครงสร้างไม่เป็นทางการ และใช้คำถามปลายเปิด ทำให้สามารถสร้างคำถามเพื่อหาข้อมูลที่เห็นว่าเกี่ยวข้องได้ต่อไปเรื่อยๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถขยายความหรือซักถามได้ตลอดเวลา โดยในการสัมภาษณ์จะเริ่มต้นด้วยการพูดคุยถึงเรื่องราวต่างๆ ไปก่อน ไม่สร้างความอึดอัดใจ ไม่รีบร้อนในคำถามที่จะลึก พยายามสร้างความไว้วางใจ มีท่าที่เป็นมิตร ให้เกียรติ พูดอย่างเป็นกันเองด้วยภาษาเดียวกัน ยิ้มและแสดงความเอาใจใส่ในคำพูดของผู้ให้ข้อมูลตลอดเวลา เพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยน การสนทนาและสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น จากนั้นก็ค่อยถามให้ได้ข้อมูลอย่างลึกซึ้งที่สุดเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องออกมาให้มากที่สุด

ดังนั้นในการสัมภาษณ์ นักวิจัยต้องมีจุดมุ่งหมายว่าต้องการรู้เรื่องอะไร ซึ่งต้องศึกษาค้นคว้าในเรื่องประเภทเดียวกันและเตรียมคำถามเป็นแนวทางไว้บ้าง ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงออกเชิงความคิดความรู้สึกอย่างอิสระมากที่สุด และควรเลือกเวลาและสถานที่ที่เหมาะสมกับการสัมภาษณ์ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45-90 นาที ส่วนจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล ได้แก่ 1) ไม่มีข้อมูลใหม่หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นอีก 2) การจัดหมวดหมู่ได้รับการพัฒนาอย่างหนาแน่นและทุกองค์ประกอบได้รับการอธิบายและ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลได้รับการตรวจสอบแล้วเป็นอย่างดี ซึ่งมักใช้ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ ด้วยการตั้งข้อสังเกตเมื่อเปรียบเทียบกับประสบการณ์และความรู้ทางวิชาการของผู้ทรงคุณวุฒิ และหากข้อมูลไม่อึดตัวก็ต้องติดตามเพื่อที่จะสัมภาษณ์เพิ่มเติมในช่วงเวลาต่อไป จนกว่าจะได้รับข้อมูลที่ตอบคำถามการวิจัยได้ครอบคลุมและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ดังนั้นภายหลังจากการสัมภาษณ์ควรพึงพอใจให้เร็วที่สุดเพื่อจะได้ทราบว่าได้ข้อมูลอะไรมาบ้างแล้วและประเด็นใดที่ต้องการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไป

4) ความน่าเชื่อถือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณค่าของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาอยู่ที่ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่การเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลต้องหลากหลายและเป็นกลุ่มที่สามารถให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เพียงพอในการอธิบายหรือเห็นภาพของสิ่งที่ศึกษาได้ชัดเจน นอกจากนี้คำถามที่นำไปใช้ต้องมีความเฉพาะเจาะจง มีความชัดเจนของเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้จริงตามปรากฏการณ์ที่พบ ส่วนในการวิเคราะห์ข้อมูลควรเป็นข้อมูลที่บริสุทธิ์โดยไม่ใส่ประสบการณ์เดิมหรือทฤษฎีของผู้วิจัยเข้าไป แต่จะถ่ายทอดเรื่องราวจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลอย่างเป็นกลาง ตามข้อมูลที่ปรากฏเท่านั้นและเข้าถึงความจริงโดยไม่ใช้ความคิดเห็นของตนเองเข้าไปครอบงำในการตีความหมายของปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษา หรือกล่าวง่ายๆ ว่า “เห็นอะไรก็เขียนเท่าที่เห็น” หรือ “เห็นอย่างไรก็เขียนอย่างนั้น” และหากมีคำอธิบายเชิงลบหรือข้อมูลตรงข้ามกับผลที่ได้ จะช่วยให้ข้อมูลมีความเด่นชัดมากขึ้นและน่าเชื่อถือมากขึ้น

5) การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยควรทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลและหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยสถิติ แต่เป็นการวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เป็นกุญแจสำคัญเพื่อโยงไปถึงการให้ความหมายของข้อมูลที่ได้มาและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ทั้งหมด ตลอดจนสังเคราะห์โครงสร้างของเหตุการณ์นั้นไปประยุกต์อธิบายโครงสร้างของปรากฏการณ์ ประเด็นสำคัญคือไม่ควรด่วนสรุปข้อมูล แต่ควรอธิบายปรากฏการณ์ให้ครบถ้วน จึงจะถือว่าสิ้นสุดกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

2.5.2 วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยไม่ว่าจะใช้กระบวนการขั้นใดๆ ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ที่เอาใจใส่ จริงจัง ทำงานเป็นระบบในการแสวงหาความรู้ ความจริงทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ความรู้สึก โลกทัศน์ ความหมาย การตีความ การเรียนรู้ของมนุษย์ในบริบทวัฒนธรรม ที่มีความสลับซับซ้อนและเป็นพลวัต (Dynamics) ซึ่งมนุษย์เท่านั้นที่จะเข้าใจกันเองได้และเรียนรู้เข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆ ได้ด้วยวิธีการสังเกต สัมภาษณ์ สันทนาโต้ตอบ ค้นหาความจริงจากบุคคลและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นวิธีการวิจัยที่ประกอบด้วยยุทธวิธีต่างๆ ดังนี้ (นิศา ชูโต, 2551)

- 1) เป็นการทำวิจัยในสภาพธรรมชาติ ของปัญหาที่เกิดขึ้นจริง โดยไม่มีการจัดกระทำควบคุมหรือปรับเปลี่ยนสภาพการณ์ให้ผิดแปลกแตกต่างไปอย่างที่เคยเป็นอยู่ (วิธีการวิธีแบบนี้จึงได้อีกชื่อหนึ่งว่า การวิจัยเชิงธรรมชาติ)
- 2) ผู้วิจัยใช้วิธีค้นหา สรุปข้อความจริงด้วยตรรกะแบบอุปนัย (Induction) คือ ไม่มีข้อตกลงเบื้องต้นมาก่อนเกี่ยวกับสภาพการณ์ที่เข้าไปศึกษา แต่จะเข้าไปสังเกต เผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง แล้วจึงสร้างรูปแบบสรุปความเข้าใจจากข้อมูล
- 3) มองภาพรวมรอบด้าน (Holistic Perspective) เน้นความเข้าใจภาพรวมทั้งหมดโดยไม่มองเป็นส่วนๆ แยกออกจากกัน แต่จะศึกษาดูแต่ละส่วนในภาพรวมทั้งหมดของบุคคล ชุมชน องค์กร วัฒนธรรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจหน้าที่ของแต่ละส่วนในภาพรวม
- 4) เน้นข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ มีข้อมูลรายละเอียดครอบคลุม ครบถ้วน ซึ่งมีการพรรณนาเกี่ยวกับข้อมูลด้านคุณภาพ (เจ้านับไม่ได้) ข้อมูลเจาะลึก มีมุมมองต่างๆ ของบุคคล การอ้างคำ ภาษาพูดตรง และประสบการณ์ตรงของบุคคลต่างๆ ที่ให้ข้อมูล เป็นการใช้ข้อมูลทุกด้าน ทุกแง่มุม รวมถึงข้อมูลที่เจ้านับได้ด้วยเช่นกัน
- 5) เน้นกระบวนการพลวัต (Dynamics) เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของส่วนบุคคลและวัฒนธรรมส่วนรวม หรือจากกรณีศึกษาเฉพาะ เพื่อให้เข้าใจ “สภาพการณ์” หรือ “กรณีศึกษา” อย่างลึกซึ้ง
- 6) เน้นเกี่ยวกับบริบท (Contextual) จาก สถานที่ เวลา และการตีความเกี่ยวกับความจริง
- 7) วิธีการวิจัยมีความยืดหยุ่นสูง หมายถึง มีการวางแผน กำหนดยุทธวิธีในการเข้าสนามวิจัย สัมภาษณ์เมื่อไร สังเกตเวลาใด เมื่อเข้าไปจริงๆ พบปัญหาต้องมีปฏิภาณฉับไว รับผิดชอบต่อปรับแผน หาข้อมูลหลายๆวิธี จนกว่าจะได้ข้อมูลที่มีความหมาย
- 8) เน้นเรื่องความรู้สึกร่วมและความเข้าใจ (Empathy and Insight) ความรู้สึกร่วม คือ การที่ผู้วิจัย สร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งเกิดความรู้ความเข้าใจ (Insight) เกี่ยวกับ

สภาพ ความรู้ ประสบการณ์และมุมมองของผู้ให้ข้อมูล โดยยึดหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณต่อผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ

9) คุณภาพผู้วิจัย คือ ต้องมีความสามารถ ความชำนาญในการเก็บข้อมูลและการเขียน มีประสบการณ์และมุมมองที่ปราศจากอคติ รวมทั้งการสร้างความรู้สึกร่วม จนสามารถเกิดการเรียนรู้ระหว่างทำการวิจัย มีความละเอียดอ่อนในการวิเคราะห์ บรูณาการ ผสมผสานแนวคิดทฤษฎีและจินตนาการ ที่ก้าวไกลมากกว่าโลกส่วนตัวของผู้วิจัย เพราะผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในคุณภาพดังนั้นคุณภาพของการวิจัยย่อมขึ้นกับคุณภาพของนักวิจัยโดยตรง

2.6 รูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัดที่บูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) และแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987)

รูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัดที่บูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนและแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) หมายถึง ชุดของกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาประสบการณ์ตรงผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบ มาเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลที่แสดงออกใน 5 ด้าน ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจ ความรู้ความสามารถ ความไว้วางใจ การมีสำนึกทางจริยธรรม และความยึดมั่นผูกพันมาสร้างเป็นรูปแบบการบริการพยาบาลในห้องผ่าตัดให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด คือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเอาใจใส่ดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด

ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนวันผ่าตัด

ระยะที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยบริเวณห้องรับส่งผู้ป่วย

ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนผ่าตัด

เริ่มต้นจากการที่ผู้ป่วยตัดสินใจผ่าตัดโดยการพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้แบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา คือ

1.1) ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน พยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพด้านร่างกายและดูแลด้านจิตใจให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการผ่าตัดโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย รวบรวมข้อมูล แยกแยะความต้องการของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล

1.2) การพยาบาลผู้ป่วยบริเวณห้องรับส่งผู้ป่วยโดยการ

1.2.1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยโดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล ความคับข้องใจ ตลอดจนยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก

1.2.2) การลดสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าด้วยการจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ รบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด พยาบาลต้องมีท่าทีสงบ สุขุม

1.2.3) ให้กำลังใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยด้วยการสัมผัส ปลอบโยน

1.2.4) แนะนำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้วิธีที่จะเผชิญกับความวิตกกังวล เช่น การมีจินตนาการในเชิงบวก การทำสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

1.2.5) การให้ข้อมูลและคำอธิบายแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและสบายใจขึ้น พร้อมทั้งยังทำให้ผู้ป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอีกด้วย

1.2.6) การกระตุ้นให้มีกิจกรรมอื่นๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจออกจากตนเองหรือคลายความเครียด

กิจกรรมที่ 2 การเอาใจใส่ดูแลโดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในระยะผ่าตัด

(1) การพยาบาลขณะอยู่ในห้องผ่าตัดจนผ่าตัดเสร็จสิ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย การดูแลจิตใจของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลต้องทำเสมือนหนึ่งเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการปกป้องสิทธิต่างๆ ไม่ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม

(2) การดูแลขณะอยู่ในห้องพักฟื้น

ระยะที่ 2 การพยาบาลขณะผ่าตัด

เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ามาในห้องผ่าตัดจนถึงการดูแลในห้องพักฟื้น ผ่าตัดเสร็จสิ้นและย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดโดยการพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้แบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา คือ

2.1) การพยาบาลขณะอยู่ในห้องผ่าตัดจนผ่าตัดเสร็จสิ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย การดูแลจิตใจของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลต้องทำเสมือนหนึ่งเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการปกป้องสิทธิต่างๆ ไม่ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม

2.2) การดูแลขณะอยู่ในห้องพักฟื้น

กิจกรรมที่ 3 การเอาใจใส่ดูแลอย่างต่อเนื่องให้เกิดผลดีในระยะหลังการผ่าตัด

(1) การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันทีในห้องพักฟื้น อย่างน้อย 2 ชั่วโมงหรือจนผู้ป่วยตื่นดี

(2) การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยจนกลับบ้านและต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดการนัดของแพทย์

ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังผ่าตัด

โดยการพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้แบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา คือ

3.1) การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันที ในห้องพักฟื้น เป็นการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานต่างๆ ร่างกายทุก 10-15 นาที นานอย่างน้อย 2 ชั่วโมงหรือจนผู้ป่วยตื่นดี

3.2) การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยจนกลับบ้านและต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดการนัดของแพทย์โดยการให้ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยขณะผ่าตัด ผลการประเมินจากการผ่าตัดและความต้องการของผู้ป่วยกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมการหายของโรค ส่งเสริมการหายของบาดแผล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนตลอดจนการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจนเข้าสู่ภาวะปกติในที่สุด



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ เสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยในห้องผ่าตัดด้วยการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากประสบการณ์ตรงในชีวิตจริงของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 สถานที่ทำการวิจัย (Setting)

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปที่เผชิญภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนขณะอยู่ในห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดแล้วผู้ป่วยกลับไปนอนพักรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลอรัญประเทศ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 180 เตียง ซึ่งใช้เป็นสถานที่ในการค้นหาข้อมูลและสถานที่สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

3.2 ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้คือผู้ป่วยใน ที่มีประสบการณ์ผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์เผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ผู้ให้ข้อมูล กำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลดังนี้

- 1) ผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์ตรงผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป
- 2) ผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2-3 วัน เป็นผู้ป่วยใน ที่ผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปครั้งแรก
- 3) มีอายุ 30-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง มารับบริการผ่าตัดที่โรงพยาบาลอรัญประเทศ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
- 4) สามารถพูด ฟัง สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาถิ่นเช่น ภาษาไทยอีสาน ภาษาไทยญ้อ
- 5) มีความพร้อม ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและเป็นผู้ให้ข้อมูลในวันนัดหมายหลังการผ่าตัดแล้ว

2-3 วัน

3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งศึกษาประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและการตีความอธิบายในสิ่งที่ไม่รู้มาก่อนเพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์นั้นๆ (นิสา ชูโต, 2551) เครื่องมือที่สำคัญที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ ตัวผู้วิจัยเองที่สามารถใช้ภาษาถิ่นในการสัมภาษณ์คือ ภาษาไทยอีสาน ภาษาไทยเหนือ และภาษาไทย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อมูลที่เป็นประสบการณ์และความรู้สึกนึกคิดขณะเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในห้องผ่าตัด ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรม ซึ่งต้องมีการเตรียมพร้อมในการดำเนินการวิจัยและจัดทำ จัดหาเครื่องมือประกอบอื่นๆ เพื่อช่วยในการเก็บวิเคราะห์และบันทึกข้อมูลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

3.3.1 ขั้นตอนการ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อมผู้วิจัย ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่สำคัญที่สุด คือ “ตัวนักวิจัย” ซึ่งมีคุณสมบัติสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ ช่างสังเกต ช่างสงสัย มีทักษะการสัมภาษณ์ และจดบันทึกอยู่เสมอ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2553) ซึ่งผู้วิจัยได้มีการเตรียมตัว ดังนี้

1.1) เตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองและการได้รับคำแนะนำชี้แนะจากอาจารย์ที่ปรึกษานอกจากนี้ ยังได้ศึกษาปรัชญา เป้าหมาย จรรยาบรรณของนักวิจัยก่อนที่จะดำเนินการศึกษาเพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจได้ว่ามีองค์ความรู้ ความเข้าใจ สามารถเก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพได้อย่างสมบูรณ์ และเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย เชิงคุณภาพ 1 ครั้ง คือ วันที่ 6-10 ธันวาคม 2554 จำนวน 5 วัน จำนวน 45 ชั่วโมง ตลอดจนได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจลึกซึ้งยิ่งขึ้น

1.2) ด้านเนื้อหาวิชาการ ผู้วิจัยได้ทบทวนความรู้ในด้านเนื้อหาและเอกสารที่เกี่ยวข้องเป็นการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของโรช (Roach, 1987) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจนเกิดความเข้าใจเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นคำถาม ให้มีความครอบคลุมลึกซึ้งรวมทั้งเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ผ่าตัดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 เตรียมแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบแนวคำถามการสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล ตามแนวคิดทฤษฎีความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ Mishel (1988) เพื่อเสนอรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วย ซึ่งครอบคลุมรายละเอียด ดังนี้ วันที่สัมภาษณ์ ชื่อผู้ให้ข้อมูล ภูมิลำเนา เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ศาสนา ระดับการศึกษา สิทธิค่าใช้จ่าย ลักษณะงานอาชีพ รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การวินิจฉัยโรค วันที่ผ่าตัด ระยะเวลาที่ผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์จากประสบการณ์ผู้ป่วยที่เผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนขณะอยู่ในห้องผ่าตัดที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป เป็นแนวคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปในห้องผ่าตัดที่ได้ประสบขณะอยู่ในห้องผ่าตัด เป็นคำถามกว้างๆ โดยมีขั้นตอนการสร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์ ดังนี้

2.1) ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป พร้อมทั้งศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่เผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนขณะอยู่ในห้องผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป ทั้งในและต่างประเทศ

2.2) พุดคุยกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อหาข้อมูลในการสร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์

2.3) รวบรวมแนวคิดทฤษฎี ประเด็นสำคัญที่ค้นพบ จากผลการศึกษาวิจัยต่างๆ และข้อมูลที่ได้จากการพุดคุยกับผู้ป่วย มาสร้างเป็นคำถามในการสัมภาษณ์

2.4) นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นจากวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการวิจัยที่ได้รับการพิจารณาความเหมาะสมจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อช่วยตรวจสอบข้อมูลแนวคำถามให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมประเด็นที่ทำการศึกษาก่อนนำไปใช้ในการสัมภาษณ์

2.5) จากนั้นนำแนวคำถามไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยตนเอง จำนวนอย่างน้อย 1 ราย แล้วทอตอบในการสัมภาษณ์มาพบอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2.6) นำแนวคำถามที่ปรับปรุงแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมอีกครั้งหนึ่ง

2.7) เสนอแนวคำถามที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถามและครอบคลุมในประเด็นที่ทำการศึกษา

2.8) ผู้ศึกษานำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบพร้อมข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขครั้งสุดท้าย เพื่อใช้ประกอบการขอพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ตารางที่ 1 ตัวอย่างคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก

แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก	ทฤษฎีของ Mishel, 1988
1. มีข้อมูลอะไรบ้างก่อนการผ่าตัดที่ท่านได้รับ 1.1 เมื่อท่านรับทราบข้อมูลแล้วท่านคิดอย่างไร และท่านรู้สึกอย่างไร 1.2 ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นพยาบาลปฏิบัติอย่างไรกับท่าน 1.3 มีการปฏิบัติอย่างไรที่พยาบาลทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกสบายใจ 2. ช่วยเล่าเหตุการณ์ที่ท่านเผชิญอยู่ขณะอยู่ในห้องผ่าตัดให้ฟังด้วยค่ะ 2.1 จากเหตุการณ์ดังกล่าวท่านคิดและรู้สึกอย่างไรกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัดขณะนั้น 2.2 จากเหตุการณ์นี้จะอะไรเป็นสิ่งที่ทำให้ท่านรู้สึกดี และเรื่องใดเป็นเรื่องที่ท่านรู้สึกดีมากที่สุด เรื่องที่ท่านรู้สึกไม่ดีมากที่สุดคือเรื่องอะไร 2.3 ขณะที่อยู่ในเหตุการณ์ท่านได้แสดงอะไรออกมาบ้าง เช่น สีหน้า หรือคำพูด อยากรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2.4 ในขณะนั้นท่านช่วยเหลือตัวเองอย่างไร และท่านต้องการความช่วยเหลือจากใครมากที่สุด 2.5 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นี้เป็นอย่างไร คุณได้เรียนรู้อะไรจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น	1. รูปแบบการแสดง/ ข้อมูลที่ได้รับเป็นอย่างเพียงพอ ทำให้ยอมรับและเชื่อฟังคำสั่งเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวแปลความหมายอาการแสดงที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจแบบแผนการผ่าตัด มองเห็นเหตุการณ์ได้ชัดเจน สามารถควบคุมตัวเองได้ 2. วิธีการเผชิญความเครียดขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับบุคคลที่ไม่คุ้นเคย สถานที่ การผ่าตัดที่มีความเฉพาะและซับซ้อน เครื่องมือผ่าตัดพร้อมกับชุดอุปกรณ์ เครื่องดมยาสลบ ชุดแต่งกายเจ้าหน้าที่ผ่าตัด อณูภูมิห้องผ่าตัดที่เย็นกว่าหอผู้ป่วย การได้รับการช่วยเหลือด้านการพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดหลายคนอาจทำให้ผู้ป่วยสับสนเพราะอาจทำให้ข้อมูลที่ได้รับไม่ชัดเจนไปทางเดียวกันทำให้ไม่สามารถคาดเดาเรื่องผลการรักษาได้ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการรักษาที่กำลังจะเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 เตรียมการสัมภาษณ์

1) ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และการอนุมัติให้ทำการเก็บข้อมูลวิจัย จากสำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเสนอ รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ โดยทำบันทึกผ่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรัฐ

ประเทศ สถานที่ทำวิจัยและผู้เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

2) ประสานงานกับหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยนอนพักรักษา ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการศึกษาอิสระเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

3) เตรียมเครื่องบันทึกเสียงระบบดิจิทัล แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ต่างๆ ไว้ให้พร้อม เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูล

4) ทำการทดลองฝึกการสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 1 ราย จากนั้นถอดเทปการสัมภาษณ์นำปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับปรุงแนวคำถามก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง รวมทั้งเป็นการฝึกทักษะ เทคนิคต่างๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล

5) ประสานกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาอยู่ เพื่อชี้แจงพร้อมกับอธิบาย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนขั้นตอนการเก็บข้อมูล

6) ขออนุญาตใช้ห้องให้คำปรึกษาคณะเป็นสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่นัดผู้ให้ข้อมูลไว้ ซึ่งอาจเป็นวันหยุดหรือนอกเวลาราชการของผู้วิจัย

3.4 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์/สารานิพนธ์ แบบยกเว้น (Exception category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการทำวิทยานิพนธ์/ การศึกษาอิสระ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2554 (หน้า 2-3) มีขั้นตอนการเตรียมจริยธรรมในการวิจัย ขั้นตอนในการขออนุมัติและวิธีการเตรียมดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์/สารานิพนธ์ แบบยกเว้น (Exception category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการทำวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2554

2) นำหนังสือรับรองการอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ระดับมหาวิทยาลัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารประกอบการขออนุมัติ มีดังนี้

2.1) ประวัติส่วนตัวของผู้วิจัย

2.2) แบบเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน

2.3) โครงร่างการวิจัยที่ผ่านการสอบปกป้องแล้ว

2.4) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.5) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

3.5 ขั้นตอนการ

1) ดำเนินการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเพื่อเข้าร่วมวิจัย ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการดมยาสลบแบบทั่วไป

2) ผู้วิจัยเข้าไปพบพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูล สร้างสัมพันธภาพเพื่อทบทวนให้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยแนะนำชื่อ นามสกุล บอกกล่าวว่าเป็นพยาบาลที่ห้องผ่าตัด ที่ผู้ป่วยเคยเข้ารับการผ่าตัด ขณะนี้กำลังทำวิจัยเพื่อประกอบการศึกษาระดับปริญญาโท เรื่อง“การศึกษาประสบการณ์การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเพื่อการเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด” พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ แนวทางของการศึกษาวิจัย ขอความร่วมมือและขออนุญาตเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยและอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลต่อจากนั้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องจนเกิดความไว้วางใจและความพร้อมที่จะให้ข้อมูล

3) การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ บอกให้ผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับเกณฑ์การเลือกตัวอย่าง ในการทำการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ให้รายละเอียดเกี่ยวกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสนทนา แจ้งระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ว่าจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ร่วมกับการจดบันทึกในขณะสัมภาษณ์ด้วย การจดบันทึกจะจดสั้นๆ เฉพาะข้อความสำคัญเท่านั้น ส่วนรายละเอียดจะถูกบันทึกเสียงไว้ ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้งผู้วิจัยจะทำการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและมีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ จะถือเป็นความลับและไม่เปิดเผยชื่อผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ให้ผู้อื่นทราบและผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล จากนั้นให้โอกาสผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัยจนกระจ่างและตัดสินใจอีกครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงขอความร่วมมือในการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยตามแนวทางในแบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลและนัดหมายวัน เวลา สถานที่ที่จะสัมภาษณ์โดยขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลว่าจะเป็นเมื่อใด

4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมกับการสังเกต และการจดบันทึก

4.1) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) การวิจัยครั้งนี้มีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยจะพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการโดยอาศัยแนวคำถามที่สร้างขึ้น อาจจะตั้งคำถามเพิ่มเติม สอดคล้องกับที่ผู้ให้ข้อมูลเล่ามาในขณะที่สัมภาษณ์และใช้เทคนิคการสะท้อนเพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลตามความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการจะสื่อ บันทึกเสียงและจดบันทึกสั้นๆ เฉพาะบางประเด็น ที่ต้องการถามซ้ำในภายหลังเพื่อเกิดความชัดเจนโดยไม่ขัดจังหวะในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลพูด ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนละ 1 ครั้ง และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1	ใช้เวลา 45 นาที	วันที่สัมภาษณ์	18 กรกฎาคม พ.ศ. 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2	ใช้เวลา 50 นาที	วันที่สัมภาษณ์	26 กรกฎาคม พ.ศ. 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3	ใช้เวลา 40 นาที	วันที่สัมภาษณ์	31 กรกฎาคม พ.ศ. 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4	ใช้เวลา 52 นาที	วันที่สัมภาษณ์	2 สิงหาคม พ.ศ. 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5	ใช้เวลา 48 นาที	วันที่สัมภาษณ์	14 สิงหาคม พ.ศ. 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6	ใช้เวลา 55 นาที	วันที่สัมภาษณ์	22 สิงหาคม พ.ศ. 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7	ใช้เวลา 42 นาที	วันที่สัมภาษณ์	30 สิงหาคม พ.ศ. 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8	ใช้เวลา 53 นาที	วันที่สัมภาษณ์	4 กันยายน พ.ศ. 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9	ใช้เวลา 47 นาที	วันที่สัมภาษณ์	6 กันยายน พ.ศ. 2556
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10	ใช้เวลา 45 นาที	วันที่สัมภาษณ์	9 กันยายน พ.ศ. 2556

4.2) บันทึกเสียงขณะให้สัมภาษณ์ (Audio tape record) เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้งนี้ก่อนจะบันทึกเสียงผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมจึงจะทำการบันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียงขนาดพกพา ไม่ใช่ใช้ไฟฟ้า และไม่ใช้อุปกรณ์เสริม เช่น ไมโครโฟน

4.3) ผู้วิจัยไปพบผู้ให้ข้อมูลตามวัน เวลา สถานที่ที่นัดหมาย โดยยึดหลักการเป็นผู้มีจริยธรรมจรรยาบรรณในการวิจัย เช่น มีความตรงต่อเวลานัดหมาย ไม่ผิดคำพูด ในกรณีที่ไปพบผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ควรแจ้งผู้ให้ข้อมูลทราบล่วงหน้าทางโทรศัพท์หรือหนังสือ แจ้งสาเหตุการไปพบผู้ให้ข้อมูลตามนัดหมายไว้ไม่ได้ เมื่อไปสัมภาษณ์ที่บ้านหรือถ้าสัมภาษณ์ในโรงพยาบาลผู้วิจัยนำผู้ให้ข้อมูลไปยังห้องให้คำปรึกษาที่เตรียมไว้เพื่อทำการสัมภาษณ์ และขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ห้ามรบกวน เพื่อป้องกันการรบกวนสมาธิในขณะการสนทนา

4.4) เมื่อสร้างสัมพันธภาพด้วยการเริ่มพูดคุยในเรื่องทั่วไปจนเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจแล้ว ผู้วิจัยจะเริ่มถามคำถามง่ายๆ แบบกว้างๆ ก่อน เช่น “วันนี้สบายดีหรือเปล่า” เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ชีวิตของตนเองออกมาเกี่ยวกับประสบการณ์ต่อการเผชิญภาวะความไม่แน่นอนในห้องผ่าตัดว่าผู้ให้ข้อมูลเคยเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลไหม มาด้วยเรื่องอะไร เคยเห็นห้องผ่าตัดมาก่อน หรือไม่ จากนั้นก็จะใช้คำถามที่เป็นวิธีการเจาะลึกมากขึ้นโดยถามว่า

“ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อทราบว่าท่านได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด” “มีใครเคยบอกเหตุผลในการผ่าตัดในครั้งนี้หรือเปล่า บอกอย่างไร” โดยผู้วิจัยได้ใช้แนวคำถามที่ได้จัดเตรียมขึ้นมาเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ และใช้เทคนิคการฟังที่ดีซึ่งเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นของนักวิจัย

4.5) เมื่อเริ่มมีสัมพันธภาพกันแล้ว ผู้วิจัยได้ชักชวนให้ผู้ให้ข้อมูลสนทนาพูดคุย ด้วยวิธีการง่ายๆ คือ ชวนคุยเรื่องอื่นก่อนโดยใช้ภาษาท่าทาง เช่น การมองหน้า สบตา ยิ้ม การพยักหน้าเป็นการรับรู้หรือใช้คำว่า “ค่ะ” ขานรับเป็นระยะหรือการทวนซ้ำคำท้ายของผู้ตอบหลายๆ แล้วหยุดรอฟังคำตอบ ไปอย่างธรรมชาติ เมื่อผู้วิจัยถามจะต้องคอยฟังคำตอบอย่างตั้งใจและจริงจังด้วยความกระตือรือร้น แต่มิใช่สอดรู้สอดเห็น เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความสบายใจ มั่นใจและเชื่อใจว่าเราจะไม่นำความลับไปทำความลำบากใจให้แก่เขาในภายหลัง (นิศา ชูโต, 2551)

4.6) การยุติการสนทนา เมื่อผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และตรวจสอบว่าข้อมูลได้ครบถ้วนในประเด็นที่ต้องการทราบแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ผู้วิจัยไม่ได้ถามและผู้ให้ข้อมูลปรารถนาจะเล่าให้ผู้วิจัยทราบ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายประสบการณ์ที่ค้าง ความคิด และพูดคุยในเรื่องทั่วไป หรือสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการทราบเกี่ยวกับห้องผ่าตัดจนหมดข้อสงสัย ผู้วิจัยจึงกล่าวขอบคุณและนำออกจากห้องให้คำปรึกษาส่งที่หน้าห้องของผู้ป่วยพร้อม กล่าวคำขอบคุณอีกครั้ง

5) การวิเคราะห์ข้อมูลจากการบันทึกเสียงจะถูกถอดความคำต่อคำเพื่อนำมาวิเคราะห์แจกแจงหาประสบการณ์ตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลจากการบันทึกภาคสนามและการสังเกตจะนำมาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ภาพตามประสบการณ์จริง ดังนี้

5.1) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงไว้มาถอดความเป็นภาษาเขียนชนิด คำต่อคำ โดยเริ่มทำอย่างรวดเร็วที่สุดหลังจากการสัมภาษณ์

5.2) อ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดความซ้ำหลายๆ ครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมของข้อมูลที่ได้และปรากฏการณ์ที่สำคัญ (Acquired or feeling for theme)

5.3) กลับมาอ่านข้อความอีกครั้ง แล้วทำการดึงข้อความหรือประโยคสำคัญที่เกี่ยวข้อง (Extracting significant phrases or statements) กับความต้องการช่วยเหลือเมื่อต้องเผชิญภาวะความไม่แน่นอนในห้องผ่าตัด การพบเห็นสภาพแวดล้อมที่มีเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ และความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลโดยการขีดเส้นใต้ข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดข้างต้น

5.4) พยายามให้ความหมายในแต่ละข้อความที่ค้นพบ ภายใต้คำบอกเล่าที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล (Formulating meaning) ซึ่งในแต่ละประโยค อาจมีความหมายได้มากกว่าหนึ่งประเด็น หลังจากนั้นก็นำข้อความสำคัญเหล่านั้นไปแยกบันทึกไว้ในแฟ้มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่จัดไว้ คือ แฟ้ม

ประสบการณ์ เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยผ่าตัด เมื่อต้องเผชิญกับภาวะความไม่แน่นอนในห้องผ่าตัด การพบเห็นสภาพแวดล้อมที่มีเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆและความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาล

5.5) อ่านข้อความเดิมซ้ำ แล้วนำข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษา มาจัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะที่มีความหมายไปในทำนองเดียวกัน (Clusters of themes) โดยการใช้แนวคิดที่พิจารณาว่า สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้อาจจริงจากการสัมภาษณ์เช่น ผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

รายชื่อ 1 “รู้สึกว้าวุ่นหวีๆ” “รู้สึกว้าวุ่นหนัก” (ผู้ป่วยใช้มือขวาทาบกซ้าย)

“รู้สึกว่าผ่าตัดก็กลัวแล้วยังต้องดมยาสลบอีกที่เนี่ย กลัวยกกำลังสองเลย พอหมอบอกว่าโรคที่พี่เป็นอยู่เนี่ย ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดพี่ก็กลัวแล้วเนาะที่นี้ยังต้องมาดมยาสลบอีกเราก็คิดว่าเป็นเรื่องใหญ่แน่เลยใจตอนนั้นนะ.... เราไม่เคยรู้ไม่เคยเห็น² แล้วก็ยังไม่เคยผ่าตัดแบบดมยาสลบเลยด้วย”

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าเป็นอาการแสดงออกของร่างกายของผู้ป่วยที่เกิดจากความรู้สึกกลัวการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบ อาจเนื่องจากไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบและผู้ป่วยไม่เคยผ่าตัดใดๆมาก่อนทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของตนเอง(Symptom pattern)อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจัดอยู่ในสิ่งเร้า (Stimuli Frame)

รายชื่อ 7 “ก็เครียดละนะ ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน” ในครอบครัวหมู่นี้ก็ไม่มีใครผ่าตัดอะไรมาก่อนเลย ไม่รู้ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง ญาติพี่น้องก็ไม่เคยมีใครผ่าตัดห้องผ่าตัดก็ไม่เคยเห็นมาก่อน “รู้สึกเป็นกังวล” “วนวายในใจ” “จิตใจไม่สงบ” ถึงจะบอกว่าสลบ หลับ ไม่เจ็บแต่ก็อดที่จะกลัวไม่ได้แล้วถ้าไม่หลับละหรือว่าหลับเลยไม่ตื่นละ จะทำอย่างไรญาติก็ไม่มีมีแต่ พยาบาลห้องผ่าตัด”

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่แปลกใหม่ ไม่คุ้นเคยจึงอาจทำให้ไม่สามารถทำนายหรือคาดการณ์สิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นว่าเป็นอันตราย (Unpredictability)

รายชื่อ 3 “แบบว่าอย่างไรละ มันเป็นเรื่องความเป็นความตาย” ถ้าดมยาแล้วฟื้นตื่นก็รอดไป ถ้าไม่รอดก็ไปวัด รู้สึกแบบนั้นจริงๆมันนึกตัวเองอันนี้พระท่านว่าเรามีความหวังเราต้องฟื้นแน่นอน”

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าความรู้สึกไม่แน่นอนได้รับการประเมินว่าเป็นสถานการณ์อันตราย(Danger Appraisal)ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ชัดเจน

รายชื่อ 8 “ตอนแรกๆ ก็กลัว วิตกกังวลว่าจะเป็นยังไงอะไรอย่างนี้แล้วจะมีคนมากอยู่กับเรามั้ย” ตอนเรากำลังอยู่ในห้องผ่าตัด จะมีคนมากอยู่กับเรา จะมีคนมา

ปลอดภัยเรามีชัย ก็คิดตอนที่เค้าให้เราเปลี่ยนเสื้อผ้า ก็มีผู้ช่วยเค้าก็บอกว่าไม่ต้องกลัวนะ ไม่เป็นไร แป็บเดียว ไม่ต้องกลัวตอนนั้นก็มีผู้ช่วยคนเดียวที่ปลอดภัยเรา”

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าประเมินว่าเป็นอันตราย (Danger Appraisal) ส่งผลให้เกิดความเครียด ที่มาจากการลงความเห็น (inference) จะเป็นไปได้ในทางบวกหรือลบ โดยมีบริบทของเหตุการณ์ที่มากระตุ้นเกี่ยวข้องกับ ลักษณะเฉพาะของเหตุการณ์ ความคุ้นเคย ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ โดยมีปัจจัยส่งเสริมในการลงความเห็น คือ การให้ความเชื่อมั่น ไว้วางใจและความศรัทธาของบุคคลที่มีต่อเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (Credible Authority)

รายที่ 5 “ปกติผมเป็นคนชอบทำบุญอยู่แล้ว ทุกเช้าก็ใส่บาตรพระประจำอยู่แล้ว เมื่อรู้ว่าต้องผ่าตัดแน่แล้ว ผมก็จุดธูป 9 ดอกภาวนาไหว้พระภูมิเจ้าที่ ไหว้พระที่ผมเคารพนับถือ ภาวนาให้ผมปลอดภัย ผ่าตัดแล้วให้หายจากโรคนี้นะที มั่นธมานจริงๆ”

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าผู้ป่วยจึงได้เลือกกระทำตามความเชื่อและศรัทธาของตนเอง เป็นการจัดการแก้ปัญหาโดยตรง (direct action) เป็นการกระทำตามความเชื่อ ความศรัทธา (Faith) เป็นการระดมกำลัง (Coping Mobilizing Strategies) เพื่อเป็นกำลังใจทำให้ตนรู้สึกปลอดภัย

รายที่ 6 “ผมคิดถึงพ่อแม่ผม อธิษฐานให้ท่านช่วยเหลือผม² ท่านจากผมไปแล้ว ทั้งสองคน (ผู้ป่วยหลบตาต่ำไม่สบตา) ระหว่างการผ่าตัดให้ราบรื่น ให้ผมปลอดภัย ให้ผมตื่นมาด้วยดี อีกอย่างผมคิดถึงความดีที่ผมได้กระทำความ⁴ ผมไม่เคยคิดร้ายใคร ก็ขอให้ผลบุญนั้นช่วยเหลือผมด้วย (ผู้ป่วยยกมือท่วมหัว)”

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าผู้ป่วยจึงได้เลือกกระทำตามความเชื่อและศรัทธาของตนเอง (Faith) เป็นการระดมกำลัง (Coping Mobilizing Strategies) เพื่อเป็นกำลังใจทำให้ตนรู้สึกปลอดภัย

จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูล เช่น 1) ข้อความสำคัญ “รู้สึกว้าวมั่นหวีๆ รู้สึกว้าวมั่นสนั่น” “รู้สึกเป็นกังวล” วุ่นวายในใจ จิตใจไม่สงบ” ได้เป็นข้อสรุปย่อย (Sub-themes) ว่า “การเกิดอาการแสดงออกทางร่างกายที่มาจากความรู้สึกกลัว” 2) “มันเป็นเรื่องความเป็นความตาย” ได้เป็นข้อสรุปย่อย (Sub-themes) ว่า “การเผชิญอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน” 3) “จะมีคนมาคุยกับเรามีชัย” “จะมีคนมาปลอดภัยเรามีชัย” ได้เป็นข้อสรุปย่อย (Sub-themes) ว่า “ความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลด้านจิตใจขณะอยู่ในห้องผ่าตัด” 4) “ทุกเช้าก็ใส่บาตรพระประจำจุดธูป 9 ดอกภาวนาไหว้พระภูมิเจ้าที่ ไหว้พระที่ผมเคารพนับถือ ภาวนาให้ผม

ปลอดภัย” “ผมคิดถึงพ่อแม่ผม'อธิฐานให้ท่านช่วยเหลือ ผมคิดถึงความดีที่ผมได้กระทำความ”ได้เป็น
ข้อสรุปย่อย (Sub- themes)ว่า “การปรับตัวด้านการกระทำตามความเชื่อและความศรัทธาของตนเอง”

จากนั้นนำข้อสรุปย่อยทั้ง 4 มาสรุปความหมายในภาพรวมจึงได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่ (Theme)
ที่อยู่ภายใต้ความหมายเดียวกันกับข้อสรุปกลุ่มย่อยว่า “เผชิญหน้ากับความไม่แน่นอนระหว่างจะฟื้น
หรือไม่ฟื้นหลังผ่าตัด” เมื่อได้ข้อมูลในประเด็นที่ต้องการชัดเจนแล้ว โดยประเมินจากการที่ข้อมูลใน
ประเด็นที่ศึกษามีข้อมูลซ้ำๆ กับข้อมูลเดิม และไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมในประเด็นเหล่านั้น ถือเป็นการ
สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.6) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเสร็จ 1 คนได้ปฏิบัติตามข้อ 5.1- 5.5 แล้วนำมาปรึกษากับ
อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติโดยได้ปรับปรุงวิธีการและในกระบวนการสัมภาษณ์
ทุกๆ 3 รายได้นำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างต่อเนื่องจนถึงการปฏิบัติในข้อที่ 5.5 ที่จะต้องมี
ความเห็นตรงกันกับอาจารย์ที่ปรึกษาในการยุติการสัมภาษณ์ ด้วยเหตุผลความอึดตัวของข้อมูลที่ได้
จากผู้ให้ข้อมูล

จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำมาสรุปเป็นประเด็นสำคัญ เพื่อเสนอรูปแบบการ
บริการการพยาบาลแก่ ผู้ป่วยในห้องผ่าตัด โดยบูรณาการแนวทางการดูแลเอื้ออาทรของโรช (Roach,
1987)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป และเพื่อเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยนำระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล ดังผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้

4.1 ประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การได้มาซึ่งข้อสรุปประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป

ส่วนที่ 3 ข้อสรุปประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป

4.2 การเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แสดงความสอดคล้องของข้อสรุปกับแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) และแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของโรช (Roach, 1987)

ส่วนที่ 2 รูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัดโดยบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนและแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของโรช (Roach, 1987)

4.1 ประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นครั้งนี้คือผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปในโรงพยาบาลรัฐประเทศจำนวน 10 ราย เป็นเพศหญิง 8 ราย เพศชาย 2 ราย มีอายุน้อยที่สุด 30 ปี และอายุสูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 38.5 ปี มีสถานภาพสมรสอยู่ 7 ราย สถานภาพโสด 2 ราย ในจำนวนมีสถานภาพหม้าย 1 ราย ผู้สมรสไม่มีบุตร 1 ราย ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 5 ราย สูงกว่าระดับปริญญาตรี 1 ราย จบระดับประถมศึกษา 3 ราย จบระดับมัธยม 1 ราย ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ที่ผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปโดยส่วนใหญ่ของผู้ให้ข้อมูลประกอบอาชีพรับราชการ 6 ราย

ค้าขาย 2 ราย เป็นพนักงานบริษัท 2 ราย ทำนา 1 ราย สำหรับรายได้ ผู้ให้ข้อมูลมีรายได้โดยเฉลี่ย 14,050 บาท มีความเพียงพอของรายได้ขณะเจ็บป่วย (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 10)

ลักษณะ	ข้อมูล	จำนวน (ราย)
เพศ	หญิง	8
	ชาย	2
อายุ (ปี)	30 – 60	10
สถานภาพสมรส	โสด	2
	หม้าย	1
จำนวนบุตร	ไม่มีบุตร	3
	มีบุตร	7
ศาสนา	พุทธ	10
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	3
	มัธยมศึกษา	1
	ปริญญาตรี	5
	สูงกว่าปริญญาตรี	1
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	โสด	2
	สามี	2
	ภรรยา	6
ลักษณะงานอาชีพ	พนักงานบริษัท	2
	ข้าราชการ	3

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 10)

ลักษณะ	ข้อมูล	จำนวน (ราย)
ลักษณะงานอาชีพ (ต่อ)	ค้าขาย	2
	ทำนา	3
รายได้โดยเฉลี่ย (บาท /เดือน)		
	3,000 - 5,000	1
	5,001 - 10,000	4
	10,001 - 20,000	2
	20,001 - 30,000	3
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ	9
	ไม่เพียงพอ	1

ส่วนที่ 2 การได้มาซึ่งข้อสรุปประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล และหลังจากเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปย่อยและข้อสรุปใหญ่เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปต่อการบริการการพยาบาลผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด โดยใช้เทคนิคของ Colaizzi เนื่องจากเป็นวิธีที่มีความชัดเจนเข้าใจง่ายและเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยทางการแพทย์ มีขั้นตอนดังนี้

2.1) การได้มาซึ่งข้อสรุปจากประสบการณ์ ข้อสรุปที่ 1

(1) จับกลุ่มคำ ข้อความหรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปขณะอยู่ในห้องผ่าตัดในแต่ละบุคคลดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“รู้สึกวุ่นวาย หิว ‘รู้สึกวุ่นวาย’ (ผู้ป่วยใช้มือขวาทาปากซ้าย) แล้วรู้ว่าผ่าตัดก็แล้ว แต่ยังต้องดมยาสลบอีกที่เนี่ย กลัวกกำลังสองเลย พอหมอบอกว่าโรคที่เป็นอยู่เนี่ย ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด พี่ก็กลัวแล้วเนาะ ที่นี้ยังต้องดมยาสลบอีกเราก็คิดว่าเป็นเรื่องใหญ่แน่เลยใจตอนนั้นนะ.... เราไม่เคยรู้ไม่เคยเห็นแล้วก็ไม่เคยผ่าตัดแบบดมยาสลบเลยด้วย” รายที่ 1

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า เป็นอาการแสดงออกของร่างกายของผู้ป่วยที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วยของตนเอง (Symptom pattern) เมื่อทราบเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ว่า จะผ่าตัดด้วยการดมยาสลบ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่แปลกใหม่ ไม่คุ้นเคยและไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่มากระทบทางด้านจิตใจผู้ป่วย จัดอยู่ในสิ่งเร้า (Stimuli Frame)

“ก็เครียดละนะ ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน² ในครอบครัวหมูป็น้องก็ไม่มีใครผ่าตัดอะไรมาก่อนเลย ไม่รู้ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง³ญาติพี่น้องก็ไม่เคยมีใครผ่าตัด ห้องผ่าตัดก็ไม่เคยเห็นมาก่อน⁴รู้สึกเป็นกังวล⁵ วนเวียนในใจ⁶ จิตใจไม่สงบ⁷ ถึงจะบอกว่าสลบ หลับ ไม่เจ็บแต่ก็อดที่จะกลัวไม่ได้⁸แล้วถ้าไม่หลับล่ะหรือว่าหลับเลยไม่ตื่นล่ะ จะทำอะไรญาติก็ไม่มียาแก้ปวดในห้องผ่าตัด” **รายชื่อ 7**

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่แปลกใหม่ ไม่คุ้นเคยจึงอาจทำให้ไม่สามารถทำนายหรือคาดการณ์ (Unpredictability) สิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นว่าเป็นอันตราย อันเนื่องมาจากไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน เป็นความซับซ้อนของวิธีการรักษาและการดูแลเฉพาะด้าน

“แบบว่าอย่างไรล่ะ มันเป็นเรื่องความเป็นความตาย¹ ถ้าดมยาแล้วฟื้นตื่นก็รอดไป ถ้าไม่รอดก็ไปวัด รู้สึกแบบนั้นจริงๆ มันนึกเดียวเองอันนี้พระท่านว่าเรามีความหวังเราต้องฟื้นแน่นอน” **รายชื่อ 3**

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า สิ่งที่มากระทบความรู้สึกผู้ป่วย คือกลัวไม่ฟื้นจากการดมยาสลบและกลัวตาย ทำให้ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสถานการณ์อันตราย (Danger Appraisal) ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ชัดเจนว่าจะฟื้นหรือไม่ฟื้นจากการดมยาสลบ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความทุกข์จัดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนและการประเมิน (Uncertainty and Appraisal)

“ตอนแรกๆก็กลัว วิตกกังวลว่าจะเป็นยังไงอะไรอย่างนี้แล้วจะมีคนมาคุยกับเรามั้ย¹ ตอนเรากำลังอยู่ในห้องผ่าตัดจะมีคนมาคุยกับเรา จะมีคนมาปลอบใจเรามั้ย² ก็คิด ตอนที่เค้าให้เราเปลี่ยนเสื้อผ้าก็มีผู้ช่วยเค้าก็บอกว่าไม่ต้องกลัวนะไม่เป็นไร เบ๊ปเดียว ไม่ต้องกลัวตอนนั้นก็มีผู้ช่วยคนเดียวที่ปลอบใจเรา” **รายชื่อ 8**

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า ประเมินว่าเป็นอันตราย (Danger Appraisal) ส่งผลให้เกิดความเครียด ที่มาจากการลงความเห็น (inference) จะเป็นไปได้ในทางบวกหรือลบ โดยมีบริบทของเหตุการณ์ที่มากระตุ้นเกี่ยวข้องกับ ลักษณะเฉพาะของเหตุการณ์ ความคุ้นเคย ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ โดยมีปัจจัยส่งเสริมในการลงความเห็น

คือ การให้ความเชื่อมั่น ไว้วางใจและความศรัทธาของบุคคลที่มีต่อเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ (Credible Authority)

“ปกติผมเป็นคนชอบทำบุญอยู่แล้ว ทุกเช้าก็ใส่บาตรพระประจำอยู่แล้ว เมื่อรู้ว่าต้องผ่าตัดแน่แล้ว ผมก็จุดธูป 9 ดอกถวายให้พระภิกษุเจ้าที่¹ ให้พระที่ผมเคารพนับถือถวาย² ถวายแล้วให้หายจากโรคนี้อะนะที่ มันธรรมดาจริงๆ” รายที่ 5

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า ผู้ป่วยจึงได้เลือกกระทำตามความเชื่อและศรัทธาของตนเอง โดยการไหว้พระที่ตนเองเคารพนับถือใส่บาตรพระเป็นการบรรเทาความรู้สึกกลัวและกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด (Coping Buffering Strategies) เพื่อเป็นกำลังใจทำให้ตนรู้สึกปลอดภัย

“ผมคิดถึงพ่อแม่ผม'อธิษฐานให้ท่านช่วยเหลือผม'ท่านจากผมไปแล้ว ทั้งสองคน (ผู้ป่วยหลบตาต่ำไม่สบตา) ระหว่างการผ่าตัดให้ราบรื่นให้ผมปลอดภัย ให้ผมตื่นมาด้วยดี อีกอย่างผมคิดถึงความดีที่ผมได้กระทำมา⁴ ผมไม่เคยคิดร้ายใครก็ขอให้ผลบุญนั้นช่วยเหลือผมด้วย (ผู้ป่วยยกมือท่วมหัว)” รายที่ 6

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า ผู้ป่วยได้เลือกกระทำตามความเชื่อและศรัทธาของตนเอง คือ คิดถึงพระคุณพ่อแม่ คิดถึงความดีที่ได้กระทำ เป็นการบรรเทาความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวลเพื่อขอกำลังใจทำให้รู้สึกปลอดภัยจากพ่อแม่และกุศลผลบุญที่เคยได้กระทำ (Coping Buffering Strategies)

(2) จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ให้ความหมายและสรุปเป็นข้อสรุปย่อยได้

ข้อสรุปย่อยที่ 1 ข้อความสำคัญ “รู้สึกวุ่นวาย หวียๆ รู้สึกวุ่นวาย” “รู้สึกเป็นกังวล” “วุ่นวายในใจ จิตใจไม่สงบ” ให้ความหมายว่า ผู้ให้ข้อมูลกลัวการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบเพราะไม่เคยผ่าตัด ไม่เคยเห็นห้องผ่าตัด จึงไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าว จึงได้ความหมายเป็นข้อสรุปย่อย (Sub Theme) “การเกิดอาการแสดงออกทางร่างกายที่มาจากความรู้สึกกลัว”

ข้อสรุปย่อยที่ 2 ข้อความสำคัญ “มันเป็นเรื่องความเป็นความตาย” ให้ความหมายว่า ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การผ่าตัดด้วยการดมยาสลบอาจทำให้รอดชีวิตหรือเสียชีวิตได้ โดยไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ถ้าฟื้นตื่นขึ้นมาแสดงว่ารอดชีวิต จึงได้ความหมายเป็นข้อสรุปย่อย (Sub Theme) ว่า “การเผชิญอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน”

ข้อสรุปย่อยที่ 3 ข้อความสำคัญ “จะมีคนมาคุยกับเรามั้ย” “จะมีคนมาปลอบใจเรามั้ย” ให้ความหมายว่า ผู้ให้ข้อมูลวิตกกังวล กลัวว่าจะไม่มีใครมาพูดคุยด้วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ต้องการคนมาปลอบใจในขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนด้านสังคม จึงได้ความหมายเป็นข้อสรุปย่อย (Sub Theme) ว่า “ความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลด้านจิตใจขณะอยู่ในห้องผ่าตัด”

ข้อสรุปย่อยที่ 4 ข้อความสำคัญ “ทุกเช้าก็ใส่บาตรพระประจำจุดรูป 9 ดอกภานาให้ไว้ พระภูมิเจ้าที่¹ ให้อาหารที่ผมเคารพนับถือ² ภานาให้ผมปลอดภัย³” “ผมคิดถึงพ่อแม่ผม⁴ อธิษฐานให้ท่านช่วยเหลือ ผมคิดถึงความดีที่ผมได้กระทำความ” ให้ความหมายว่า ผู้ให้ข้อมูลเมื่อทราบว่าตนเองต้องผ่าตัดด้วยการดมยาสลบก็ไหว้บูชาสิ่งที่ตนเองเคารพนับถือ ระลึกถึงผู้มีพระคุณและคุณความดีจึงได้ความหมายเป็นข้อสรุปย่อย (Sub Theme) ว่า “การปรับตัวด้านการกระทำตามความเชื่อและความศรัทธาของตนเอง”

(3) จากข้อสรุปย่อยทั้ง 4 สรุปความหมายในภาพรวมได้ว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเองที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปขณะอยู่ในห้องผ่าตัด จากข้อสรุปย่อยๆ เหล่านี้จึงได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่ (Theme) ว่า “เผชิญหน้ากับความไม่แน่นอนระหว่างจะฟื้นหรือไม่ฟื้นหลังผ่าตัด”

2.2) การได้มาซึ่งข้อสรุปจากประสบการณ์ ข้อสรุปที่ 2 วิธีการได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่

(1) จับกลุ่มคำ ข้อความหรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปขณะอยู่ในห้องผ่าตัดในแต่ละบุคคลดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“จากตอนแรกว่าไม่คิดอะไร ตอนนี้อยู่แล้ว มันหวาดหวั่นบอกไม่ถูกเหมือนกัน เริ่มคิดว่าจะเป็นอย่างไรบ้างหนอ จะตื่นมัยหนอ¹ ชักพริกถึงคำบอกเล่าที่บอกว่าหลับไม่ตื่น ก็ไม่เคยเห็นห้องผ่าตัด² ไม่เคยมานะ³” รายที่ 6

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าเป็นความแปลกใหม่ของเหตุการณ์เนื่องจากผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบครั้งแรก จึงไม่เคยเห็นห้องผ่าตัดมาก่อนและไม่คุ้นเคย ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่นกลัวหลับไม่ตื่นจากการดมยาสลบ (Stimuli Frame) จัดอยู่ใน (Symptom Pattern)

“ก็เครียดละนะไม่เคยผ่าตัดมาก่อน² ในครอบครัวหมูป็น้องก็ไม่มีใครผ่าตัดอะไรมาก่อนเลย ไม่รู้ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง³ ญาติพี่น้องก็ไม่เคยมีใครผ่าตัด ห้องผ่าตัดก็ไม่เคยเห็นมาก่อน⁴ รู้สึกเป็นกังวล⁵ วุ่นวายในใจ⁶ จิตใจไม่สงบ⁷ ถึงจะบอกว่าสลบ หลับ ไม่เจ็บแต่ก็อดที่จะกลัวไม่ได้⁸ แล้วถ้าไม่หลับละหรือว่าหลับเลยไม่ตื่นละ⁹ จะทำอย่างไรญาติก็ไม่มียี่แม่ พยาบาลห้องผ่าตัด” รายที่ 7

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า ผู้ป่วยเป็นอาการแสดงออกของร่างกายของผู้ป่วยที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนในอาการเจ็บป่วยของตนเอง (Symptom pattern) ไม่คุ้นเคยกับห้องผ่าตัดเนื่องจาก ไม่มีประสบการณ์ในการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบมาก่อนทำให้ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ จัดอยู่ในสิ่งเร้า (Stimuli Frame)

“พอเข้าไปในห้องผ่าตัดก็แปลกตา¹ เพราะไม่เคยเห็น² และไม่มีญาติเข้าไปด้วย ตอนเพื่อนผ่าตัดก็ไปเยี่ยมที่ห้องเขา ตอนนั้นก็อยากให้ญาติเข้ามาด้วยแต่เขาไม่ให้เข้า ในห้องผ่าตัดไม่มีใครเลยไม่มีคนไข่นอนเลย ผ่าตัดแล้วก็ออกไปนอนตึกเท่าที่เห็นเพราะวันที่หนูผ่าคลอดมีคนผ่าคลอดหลายคน” รายที่ 8

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า ผู้ป่วยไม่เคยชินกับห้องผ่าตัดเนื่องจากไม่เคยเห็นมาก่อน เป็นเหตุการณ์แปลกใหม่ที่ยังไม่เคยเกิดกับตนเองยังไม่คุ้นเคย จัดอยู่ในสิ่งเร้า (Stimuli Frame) และผู้ป่วยยังต้องการการสนับสนุนด้านสังคม คือ ต้องการญาติ (Social Support)

“อารมณ์ความรู้สึกตอนนั้นมันบอกไม่ถูกจริงๆ นะมีทั้งกลัว ทั้งกังวล ทั้งเครียด เห็นเครื่องมือผ่าตัดมันเยอะ² ได้ยินเสียงบั้งอะไรบ้าง ตอนเขาจัดเครื่องมือก็คิดไปต่างๆ นานา เขาจะลึบไว้ในท้องเราหรือเปล่า³ แต่บางช่วง บางตอนก็นิ่ง ไม่คิดอะไรสงบได้ ช่วงที่มีพยาบาลเข้ามาคุยมาให้กำลังใจก็คลายไปบ้าง” รายที่ 9

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าผู้ป่วยไม่เคยชิน เป็นเหตุการณ์แปลกใหม่ที่ยังไม่เคยเกิดกับตนเอง เมื่อเข้ามาในห้องผ่าตัดเห็นเครื่องมือผ่าตัด ได้ยินเสียง เป็นสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นทำให้เกิดความรู้สึกกลัวและกังวล จัดอยู่ในสิ่งเร้า (Stimuli Frame)

“ตอนที่มาถึงห้องผ่าตัดความรู้สึกก็ว่าแปลกตาดี¹ คนเยอะ² มีหลายห้องแต่ไม่มีคนไข่นอนในนั้นหรอก² ตอนนั้นคิดถึงพ่อแม่ภรรยาให้ท่านช่วยเหลือเป็นกำลังใจให้ลูกด้วย (สบตาผู้สัมภาษณ์)” รายที่ 1

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อมในการรักษาที่เกิดขึ้นใหม่ในห้องผ่าตัดเป็นความแปลกใหม่ เนื่องจากมีหลายห้องและไม่มีผู้ป่วยนอนรักษาอยู่ในห้องผ่าตัดเลย จัดอยู่ในสิ่งเร้า (Stimuli Frame) และผู้ป่วยได้ใช้วิธีการบรรเทาความกังวลด้วยการคิดถึงพ่อแม่ (Coping Buffering Strategies)

“ผมว่าความรู้สึกทั่วไปมันมีความวิตกกังวล เพราะผมไม่เคยเข้าห้องผ่าตัด² ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน² แต่พอได้สัมผัสกับเจ้าหน้าที่ที่ห้องผ่าตัดแล้ว ก็รู้สึกว่ามันไม่น่ากลัวด้วยการพูดคุยเป็นกันเอง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน” รายที่ 9

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า เป็นเหตุการณ์แปลกใหม่ครั้งแรก ยังไม่เคยเกิดกับตนเอง จึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (Stimuli Frame) เมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทำให้บุคคลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่นส่งผลให้เกิดความชัดเจน เกิดความคุ้นเคย จัดอยู่ในการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จัดอยู่ในโครงสร้างของผู้ให้การสนับสนุน (Structure Provider)

“ตอนเข้าไปอยู่ในห้องผ่าตัดแล้ว ครั้งแรกเห็นเขาเอาสายขามาวางแต่ก็ยังไม่รู้หรอกว่าต้องดมยาสลบ⁷ ไม่รู้ว่าเป็นแบบไหน ไม่มีใครเขาพูดอะไรเห็นพยาบาลเขาเตรียมอะไรกันก็ไม่รู้⁷ คิดว่าคงเกี่ยวกับการผ่าตัด หนูนี้จะได้ยินเขาบอกกันว่าเอาถุงมือเบอร์ 7 ด้วยนะ สายยางที่หนูเห็นมันเหมือนกับสายพ่นยาที่คนเป็นหืดหอบหนูก็เลยคิดเองว่าอันนี้หรือเปล่าที่จะใช้กับหนู (ใช้นิ้วชี้มือซ้ายชี้ที่ขมับซ้ายหนูๆ)” รายที่ 4

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า สายยางที่ผู้ป่วยเห็นในห้องผ่าตัดนั้นผู้ป่วยเคยเห็นมาก่อน จึงเกิดความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event Familiarity) สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ใหม่กับเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในอดีต เป็นความสอดคล้องระหว่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากความเจ็บป่วยและการรักษา และกำลังประสบอยู่กับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต (Event Congruence) ผู้ป่วยจึงประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาส (Opportunity Appraisal) เกิดจากการลงความเห็นที่สามารถควบคุมสถานการณ์ความเจ็บป่วยได้ หรือเกิดจากการสร้างภาพลวงว่า เป็นทางเลือกที่ทำให้เกิดผลดี

“ในเรื่องการบริการขอการพูดคุยเขา अच्छา ศักดิ์ ความพร้อมในการช่วยเหลือผ่าตัด⁷ เห็นเขาเตรียมเครื่องมือ ใส่เสื้อชุดแขนยาวๆ ใส่ถุงมือหลายชั้น ใส่หมวกกันผมรุ่มร่ามีผ้าปิดปากด้วย” รายที่ 8

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นโอกาส (Opportunity Appraisal) จากเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยประสบด้วยตนเองในเรื่องการบริการและการเตรียมความพร้อมในห้องผ่าตัด และการรักษาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและเข้าใจเหตุการณ์ที่กำลังประสบอยู่ จัดอยู่ในความสอดคล้องของเหตุการณ์ (Event Congruence)

(2) จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ให้ความหมายและสรุปเป็นข้อสรุปย่อได้ ดังนี้

ข้อสรุปย่อที่ 1 ข้อความสำคัญ “ไม่เคยเห็นห้องผ่าตัด” “ไม่เคยมาห้องผ่าตัด” “ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน” “แปลกตา” “คนเยอะ” “มันหลายห้อง” “ไม่มีคนไขนอน” ให้ความหมายว่า

ผู้ให้ข้อมูลไม่เคยผ่าตัด ไม่เคยเห็นห้องผ่าตัดมาก่อน พอมาเห็นจึงแปลกตา มีห้องผ่าตัดหลายห้องแต่ไม่มีผู้ป่วยนอนพักรักษา จึงได้ความหมายเป็นข้อสรุปย่อย (Sub Theme) ว่า “ไม่คุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด”

ข้อสรุปย่อยที่ 2 ข้อความสำคัญ “ไม่รู้ว่าจะต้องดมยาสลบ” “ไม่รู้ว่าเป็นแบบไหนไม่มีใครพูดอะไร” “เครื่องมือผ่าตัดเยอะ” “เขาเตรียมอะไรไม่รู้” ให้ความหมายว่า ผู้ให้ข้อมูลไม่ทราบว่าตนเองต้องผ่าตัดด้วยการดมยาสลบไม่มีข้อมูล พอเข้ามาในห้องผ่าตัด เห็นเครื่องมือผ่าตัดแต่ไม่ทราบว่าคืออะไร จึงได้ความหมายเป็นข้อสรุปย่อย (Sub Theme) ว่า “การเผชิญเหตุการณ์ที่ท้าทายจากการผ่าตัดและดมยาสลบ”

(3) จากข้อสรุปย่อยทั้ง 2 สรุปความหมายในภาพรวมได้ว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้จาประสบการณ์ของตนเองที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปขณะอยู่ในห้องผ่าตัดจากข้อสรุปย่อยๆเหล่านี้จึงได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่ (Theme) ว่า “เผชิญหน้ากับความซับซ้อนของขั้นตอนการผ่าตัด”

2.3) การได้มาซึ่งข้อสรุปจากประสบการณ์ ข้อสรุปที่ 3 วิธีการได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่

(1) จับกลุ่มคำ ข้อความหรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปขณะอยู่ในห้องผ่าตัดในแต่ละบุคคล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อารมณ์ความรู้สึกตอนนั้นมันบอกไม่ถูกจริงๆ นะมีทั้งกลัว ทั้งกังวลทั้งเครียด เห็นเครื่องมือผ่าตัดมันเยอะ ได้ยินเสียงบ้างอะไรบ้างตอนเขาจัดเครื่องมือก็คิดไปต่างๆ นานา เขาจะลืมนี่ไว้ในท้องเราหรือเปล่านะ แต่บางช่วงบางตอนก็นิ่ง ไม่คิดอะไรสงบได้ ช่วงที่มีพยาบาลเข้ามาคุยมาให้กำลังใจก็คลายไปบ้าง”

รายชื่อ 9

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์ที่มองเห็นในห้องผ่าตัดว่าเป็นอันตราย (Danger Appraisal) จัดเป็นสิ่งเร้า (Stimuli Frame) ที่กระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกกลัวและเครียด แต่เมื่อมีการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย โดยแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จึงมีไว้วางใจและความศรัทธาของบุคคลที่มีต่อเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (Credible Authority) จัดอยู่ในโครงสร้างของผู้ให้การสนับสนุน (Structure Provider)

“ผมว่าความรู้สึกทั่วไปมันมีความวิตกกังวล เพราะผมไม่เคยเข้าห้องผ่าตัด ไม่เคยผ่าตัดมาก่อนแต่พอได้สัมผัสกับเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดแล้ว ก็รู้สึกว่ามันไม่น่ากลัวด้วยการพูดคุยเป็นกันเอง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน” รายชื่อ 9

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า เป็นเหตุการณ์แปลกใหม่ครั้งแรก ยังไม่เคยเกิดกับตนเอง จึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (Stimuli Frame) แต่เมื่อมีการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย ที่เพิ่มความชัดเจนของกรอบสิ่งกระตุ้น ถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จึงมีไว้วางใจ และความศรัทธาของบุคคลที่มีต่อเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (Credible Authority) โดยที่ประเมินว่าเป็นโอกาส (Opportunity Appraisal)

“สิ่งที่ผมชอบ คือ พยาบาลได้พูดคุยแนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด และให้ลูกเดินลงน้ํ้า คือ ให้ช่วยเหลือตัวเองโดยเร็วเมื่อพ้นจากยาสลบ ความรู้สึกตอนนั้นรู้สึกดีนะ มีคนห่วงใยเรา (ผู้ป่วยอื่นๆ)” รายที่ 7

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารส่งผลให้เกิดความชัดเจนในแบบแผนการปฏิบัติตนหลังการผ่าตัด (Social Support) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยลง

“ก่อนผ่าตัดผมก็หาข้อมูลทั้งจากคนที่ผ่าตัดด้วยการดมยาสลบ และจากอินเทอร์เน็ต เขาบอกว่าใช้ระยะเวลาผ่าตัดไม่นานหรือประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง แล้วผลก็ออกมาตามนั้นทุกคนล้วนปลอดภัยทั้งนั้น” รายที่ 10

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ป่วยอื่นที่ได้รับการรักษาแบบเดียวกัน หรือแหล่งสนับสนุนอื่นที่เป็นวัตถุและสิ่งของ (social support) จัดอยู่ใน Structure Provider เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ Stimuli Frame และเรื่องการศึกษาผู้ที่มีการศึกษาสูง รู้จักวิธีหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยชัดเจนขึ้น มีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่ประสบอยู่และความคาดหวัง มีความสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (Education) เป็นวิธีการแก้ไขปัญห (Coping Mobilizing Strategies)

“ลูกสาวผมสองคนเขาผ่าคลอดลูก เขาก็ดมยาสลบเหมือนกัน ลูกเขาบอกว่าพ่อไม่ต้องกลัว หมอบอกจะให้หลับแล้วก็ไม่เจ็บไม่รู้สึกตัวหรือผมคิดว่าเออจริงอย่างที่ลูกว่าจริงๆ ไม่รู้สึกอะไรเลย” รายที่ 9

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (social support) จัดอยู่ใน Structure Provider เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ Stimuli Frame นอกจากนี้ คำบอกเล่าที่ลูกสาวผู้ป่วยเล่าให้ฟังเป็นการสร้างความคุ้นเคยที่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง สร้างความชัดเจนช่วยป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (Event Familiarity)

“ขณะนั้นเป็นเสี้ยววินาทีในความรู้สึกผมนะ มันเป็นเวลาสั้นๆ พอถึงห้องผ่าตัดหมอในห้องผ่าตัดก็ถามชื่อว่า ลุงชื่ออะไร เป็นไส้เลื่อนข้างไหน ผมก็ตอบ

ไปถามเคยกเพี้ยาหรือเปล่าฮวบหรือมัย ผมก็ตอบว่าฮวบๆ บุห์จัดด้วยมวนต่อมวนเลย ตามไปลุยไป³ ความรู้สึกตอนนั้นก็ว่าเขาเป็นกันเองดี จับแขนให้นอนเตียง⁷ ก็รู้สึกดินะอบอุ่นเหมือนญาติเลยจริงนะ (ผู้ป่วยสบตา พยักหน้ากับผู้สัมภาษณ์)” รายที่ 5

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าเป็นการประเมินด้านโอกาส (Opportunity Appraisal) เกิดจากผู้ป่วยลงความเห็นว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้โดยอาศัยการชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจและความศรัทธาของบุคคลที่มีต่อเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่มีต่อการรักษา (Credible Authority) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทำให้บุคคลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น (Social Support)

“ตอนอยู่ในห้องผ่าตัดผมคิดว่าการพูดคุย³การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหลังจากฟื้นฟูจากยาสลบความรู้สึกคือมันอบอุ่นใจลืมตาขึ้นก็เห็นมีคนอยู่ข้างๆ ตัวเรา⁷ มีคนห่วงใย เอื้ออาทรเรา ผมว่ามันเป็นสิ่งที่ดีนะ” รายที่ 6

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าเป็นการประเมินด้านโอกาส (Opportunity Appraisal) เป็นเหตุการณ์ที่ให้ผลดีเกิดจากผู้ป่วยลงความเห็นว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ โดยอาศัย การชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจและความศรัทธาของบุคคลที่มีต่อเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่มีต่อการรักษา (Credible Authority) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทำให้บุคคลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่นนำไปสู่การให้การสนับสนุนแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย (Social Support)

“ตอนแรกก็นอนนิ่ง นอนฟัง แต่มีคนหนึ่งชวนคุยดีๆ ทำให้หนูอารมณ์ดีขึ้น พยาบาลที่ใส่ชุดเขียวเห็นหน้าไม่ชัด แต่ไม่เห็นหน้าหรือคนนั้นแหละชวนคุย หนูก็เพลินไป เราก็ไม่คิดอะไร” รายที่ 7

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าเป็นการประเมินด้านโอกาส (Opportunity Appraisal) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทำให้บุคคลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่นนำไปสู่การให้การสนับสนุน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย (Social Support) ทำให้เกิดความพึงพอใจ

“ตอนนั้นคิดแต่ว่า กลัวตกเตียงๆ แคมมากเพราะหนูหนักเกือบ 100 โล (หัวเราะ) ไม่รู้สึกอะไรเลยเพราะพยาบาลเขาชวนคุยใจก็มุ้งที่จะตอบคำถามเลย ไม่ได้คิดอะไร³” รายที่ 8

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าเป็นการประเมินด้านโอกาส (Opportunity Appraisal) เกิดจากผู้ป่วยลงความเห็นที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ เป็นเหตุการณ์ที่ให้ผลดี การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทำให้บุคคลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่นนำไปสู่การให้การสนับสนุน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย (Social Support) ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย

“รู้สึกอุ่นใจ เพราะมีคนช่วยหลายคน⁷ ละครไม่คนละมือ มีเจ้าหน้าที่หลายคนมาช่วยกัน⁷ (ให้ลูกจากเปลนอนมาเตียงผ่าตัด) ก็รู้สึกดีมีคนดูแลตอนนั้น คิดถึงแม่มากอยากให้แม่มาอยู่ใกล้ๆ มากที่สุด เพราะคิดมากจนใจหรืออาจเพราะเรากำลังจะเป็นแม่คนมั่ง” รายที่ 10

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าการประเมินด้านโอกาส (Opportunity Appraisal) และใช้แหล่งประโยชน์จากพยาบาลมาใช้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นไว้วางใจและความศรัทธา ของบุคคลที่มีต่อเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ที่มีต่อการรักษา (Credible Authority) รวมถึงต้องการกำลังใจจากครอบครัว (Social Support)

“ก็มีหมอในห้องผ่าตัดนั้นแหละ⁷ บอกเรื่องการดูแลแผลหลังผ่าตัดว่าไม่ให้แผลเปื่อยกน้ำนะ แผลปิดไว้ 7 วันถึงจะเปิดตัดไหม แล้วก็บอกว่าให้รีบลุกเมื่อรู้สึกตัวดี แผลจะได้ติดกันดี แล้วก็บอกให้ดื่มน้ำดื่มน้ำสะอาดอาหารจนกว่าหมอจะบอกให้จิบน้ำได้แล้วค่อยกินได้ แล้วก็บอกว่าหลังจากฟื้นจากยาสลบอาจจะจะมีเจ็บคอบ้าง 2-3 วันก็จะหาย” รายที่ 5

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าประเมินว่าเป็นโอกาส (Opportunity Appraisal) ได้รับการได้รับข้อมูลข่าวสารทำให้ยอมรับและเชื่อฟังคำชี้แนะ จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด (Credible Authority)

“ลูกสาวผม 2 คน เขาผ่าตัดคลอดลูกเขาก็ดมยาสลบเหมือนกัน⁷ ลูกบอกว่าพ่อไม่ต้องกลัวหมอบอกว่าจะให้หลับ แล้วก็ไม่ได้เจ็บไม่รู้สึกลูกตัวหยุก ผิดคิดว่า เองจริงอย่างที่ลูกว่าจริงๆ ไม่รู้สึกละเลย” รายที่ 5

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าประเมินว่าเป็นโอกาส (Opportunity Appraisal) จากประสบการณ์ของคนในครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทำให้บุคคลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่นส่งผลให้เกิดความชัดเจนในแบบแผนของอาการแสดงมากขึ้น เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Social Support)

“ก่อนผ่าตัดก็ได้คุยกับคนป่วยข้างๆ เดี๋ยวก็เห็นเขาปลอดภัยกันทุกคน” มัน
อาจจะเจ็บแผลบ้างแต่เดี๋ยวมันก็หายคนเรามีแผลมันก็ต้องเจ็บบ้างเป็นธรรมดา
(หัวเราะ) เออก็รู้สึกได้ว่าไม่ใช่เราคนเดียวที่รักษาแบบนี้” **รายได้ 4**

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าการลงความเห็น (Inference) จาก
การเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้สัมพันธ์กับตัวอย่างที่ประสบมา และสร้างความเชื่อใหม่โดย
ประเมินตัดสินในด้านโอกาส (Opportunity Appraisal) การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับ
บุคคลอื่นส่งผลให้เกิดความชัดเจนในแบบแผนของอาการแสดงมากขึ้น เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์
และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Social Support)

(2) จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการพยาบาลในผู้ป่วย
ผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ให้ความหมายและสรุปเป็นข้อสรุปย่อยได้
ดังนี้

ข้อสรุปย่อยที่ 1 ข้อความสำคัญ “มีพยาบาลเข้ามาคุยมาให้กำลังใจก็คลายไปบ้าง” “พูดคุย
เป็นกันเอง” “มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน” “ถามไปคุยไป จับแขนให้นอนเตียง” “พยาบาลเขาชวนคุย”
ให้ความหมายว่า ผู้ให้ข้อมูลรับทราบถึงการได้รับบริการที่เป็นมิตรจากพยาบาลห้องผ่าตัด จึงได้
ความหมายเป็นข้อสรุปย่อย (Sub Theme) ว่า “การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลทำให้
เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย”

ข้อสรุปย่อยที่ 2 ข้อความสำคัญ “ลืมตาขึ้นก็เห็นมีคนอยู่ข้างๆ ตัว” “มีคนช่วยหลายคน” “มี
เจ้าหน้าที่หลายคนมาช่วยกัน” “แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด” “เจ้าหน้าที่สุภาพให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ
ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด” ให้ความหมายว่า ผู้ให้ข้อมูลได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดขณะอยู่ในห้อง
ผ่าตัดและได้รับคำชี้แนะเกี่ยวกับการการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัดด้วยความห่วงใย
จากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด จึงได้ความหมายเป็นข้อสรุปย่อย (Sub Theme) ว่า “การได้รับการดูแลอย่าง
ใกล้ชิดและได้รับคำชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ที่สุภาพทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด”

ข้อสรุปย่อยที่ 3 ข้อความสำคัญ “หาข้อมูลจากคนที่ผ่าตัดด้วยการดมยาสลบ หาข้อมูลจาก
อินเทอร์เน็ต” “ลูกสาวผม 2 คน เขาผ่าตัดคลอดลูกเขาก็ดมยาสลบเหมือนกัน” “เห็นเขาปลอดภัยทุก
คน” ให้ความหมายว่า ผู้ให้ข้อมูลหาข้อมูลก่อนการผ่าตัดสร้างความคุ้นเคยให้ตนเอง จึงได้ความหมาย
เป็นข้อสรุปย่อย (Sub Theme) ว่า “การค้นหาข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการรักษา
โดยวิธีผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป”

(3) จากข้อสรุปย่อยทั้ง 3 สรุปความหมายในภาพรวมได้ว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้จาก
ประสบการณ์ของตนเองที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปขณะอยู่ในห้องผ่าตัดจาก

ข้อสรุปย่อยๆ เหล่านี้จึงได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่ (Theme) ว่า “การดูแลและการให้ข้อมูลด้วยความใส่ใจทำให้รู้สึกอบอุ่น”

2.4) การได้มาซึ่งข้อสรุปจากประสบการณ์ ข้อสรุปที่ 4

(1) จับกลุ่มคำ ข้อความหรือประโยคสำคัญ (Coding) ที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาแบบทั่วไปขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ในแต่ละบุคคล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อารมณ์ความรู้สึกตอนนั้นมันบอกไม่ถูกจริงๆ นะมีทั้งกลัวทั้งกังวล ทั้งเครียด เห็นเครื่องมือผ่าตัดมันเยอะ² ได้ยินเสียงบ้างอะไรบ้างตอนเขาจัดเครื่องมือก็คิดไปต่างๆ นานา เขาจะลืมไว้ในห้องเราหรือเปล่านะ³ แต่บางช่วงบางตอนก็นิ่ง ไม่คิดอะไรสงบได้ ช่วงที่มีพยาบาลเข้ามาคุยมาให้กำลังใจก็คลายไปบ้าง” รายที่ 9

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทำให้บุคคลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย จัดว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ทำให้รู้สึกผ่อนคลายเป็นการบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวลและความกลัว (Coping Buffering Strategies)

“ก็ต้องเป็นหมอในห้องนั้นแหละผมมอบความไว้วางใจให้เขาแล้ว ผมเห็นเขาเตรียมอุปกรณ์ในการผ่าตัดด้วยความรวดเร็ว มีหมอยุ่ใกล้ๆ ผมตลอดเวลา ผมคิดว่าเขาช่วยผมให้หายจากความทรมานที่ผมเป็นอยู่ได้” รายที่ 5

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าเป็นการประเมินด้านโอกาส (Opportunity Appraisal) มีความเชื่อมั่นไว้วางใจและศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่มีต่อการรักษา โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล (Credible Authority) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure Provider) ซึ่งอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา

“ตอนนั้น ห้องนั้นมันเงียบ รู้สึกหวิวๆ มันมีอะไรไม่รู้มาให้หนูผมก็หลับไปเลย รู้แต่ว่าเขารักษาเราแล้ว⁴ ตอนแรกนอนเตียงคิดว่าตัวเองจะหาย คิดว่าจะไม่ผ่าแล้วนะ แต่ไม่พูด ไม่พูดบอกใครก็เชื่อมั่นในตัวหมอมาหาเขาแล้วก็เชื่อมั่นในตัวเขา⁴ ผ่าก็ผ่า เรามาหาเขาแล้วจะไปรู้ดีกว่าหมอได้อย่างไร ก่อนหมอจะดมยาหลับคิดว่าตายก็ตายก่อนดมยาสลบ หมอก็บอกว่าจะฉีดยาให้หลับ หนูก็ฟังอย่างเดียวแล้วก็ทำตาม⁴ เช่น ให้สูดลมหายใจหนูก็ทำตาม” รายที่ 4

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าประเมินว่าเป็นโอกาส (Opportunity Appraisal) ว่าจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ อาศัยการชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ทีม

สุขภาพ ที่มีต่อการรักษาเชื่อฟังคำสั่งแนะต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวทำให้เกิดความเข้าใจสามารถควบคุมตนเองได้ (Credible Authority)

“ประทับใจในความรวดเร็ว ทำงานเร็ว ทำให้รู้สึกมั่นใจขึ้นเยอะเขาจริงจังพร้อมให้การช่วยเหลือ⁴” รายที่ 3

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่าประเมินว่าเป็นโอกาส (Opportunity Appraisal) มีความหวังและมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ มีความมั่นใจยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพช่วยทำให้มองเห็นสถานการณ์ได้ชัดเจนสามารถควบคุมตนเองได้ (Credible Authority)

“ตอนนั้นไม่รู้สึกละอะไรหรอก เขาบอกให้ทำอะไรก็ตามให้สุดหายใจเข้าลึกๆ ผมก็ทำตามใจไม่คิดอะไร รู้แต่ว่ามีเพื่อนเยอะ เพื่อนก็ คือ หมอพยาบาลที่อยู่ในห้องผ่าตัดคนที่อยู่ในห้องผ่าตัดนั้นแหละที่จะช่วยเราได้ดีที่สุด⁷” รายที่ 9

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีของ Mishel (1988) ได้ว่า ประเมินว่าเป็นโอกาส (Opportunity Appraisal) ว่าจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมคือเพื่อน (Social Support)

(2) จากคำบอกเล่าที่เป็นข้อความสำคัญ ของผู้ให้ข้อมูลต่อการบริการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ให้ความหมายและสรุปเป็นข้อสรุปย่อยได้ดังนี้

ข้อสรุปย่อยที่ 1 ข้อความสำคัญ “หมอช่วยให้หายจากความทรมานที่เป็นอยู่ได้” “คนที่อยู่ในห้องผ่าตัดนั้นแหละที่จะช่วยเราได้ดีที่สุด” “รู้แต่ว่าเขารักษารเราแล้ว” “เชื่อมั่นในตัวหมอมาหาเขาแล้ว ก็เชื่อมั่นในตัวเขา” “ทำงานเร็ว ทำให้รู้สึกมั่นใจ” “เขาจริงจังพร้อมให้การช่วยเหลือ” ให้ความหมายว่า ผู้ให้ข้อมูลคาดหวังว่า จะได้รับการดูแลจากบุคลากรในห้องผ่าตัด เกี่ยวกับการเตรียมอุปกรณ์ การดูแลใกล้ชิดและการให้การช่วยเหลือขณะอยู่ในห้องผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยหายจากความทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ได้ จึงได้ความหมายเป็นข้อสรุปย่อย (Sub Theme) ว่า “ความคาดหวังในการได้รับการดูแลช่วยเหลือให้ปลอดภัยจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดทำให้เกิดความรู้สึกมีความหวัง”

ข้อสรุปย่อยที่ 2 ข้อความสำคัญ “ไม่คิดอะไรมุ่งว่าจะหาย” “คิดแต่อยากให้ลูกปลอดภัย” ให้ความหมายว่า ผู้ให้ข้อมูลมุ่งไปความคิดไปที่ความปลอดภัยของลูก คิดว่าจะหายจากความเจ็บป่วยจากโรคเป็นอยู่ ทำให้ความกลัวความเจ็บปวดหายไป จึงได้ความหมายเป็นข้อสรุปย่อย (Sub Theme) ว่า “การยอมรับและปฏิบัติตามเพื่อทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง”

(3) จากข้อสรุปย่อยทั้ง 2 สรุปความหมายในภาพรวมได้ว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเองที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปขณะอยู่ในห้องผ่าตัดจาก

ข้อสรุปย่อยๆ เหล่านี้จึงได้มาซึ่งข้อสรุปใหญ่ (Theme) ว่า “ความพร้อมและความเชี่ยวชาญของทีมงานทำให้เชื่อว่าการผ่าตัดจะผ่านไปอย่างดี”

ส่วนที่ 3 ข้อสรุปประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปต่อการบริการการพยาบาลผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด จากข้อสรุปย่อยทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปใหญ่ ได้มาเป็น 4 ข้อสรุป ดังนี้

ข้อสรุปที่ 1 “เผชิญหน้ากับความไม่แน่นอนระหว่างจะฟื้นหรือไม่ฟื้นหลังผ่าตัด” ได้มาจากข้อสรุปย่อย ดังนี้

- 1.1) การเกิดอาการแสดงออกทางร่างกายที่มาจากความรู้สึกกลัว
- 1.2) การเผชิญอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน
- 1.3) ความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลด้านจิตใจขณะอยู่ในห้องผ่าตัด
- 1.4) การปรับตัวด้านการกระทำตามความเชื่อและความศรัทธาของตนเอง

ข้อสรุปที่ 2 “เผชิญหน้ากับความซับซ้อนของขั้นตอนการผ่าตัด” ได้มาจากข้อสรุปย่อยดังนี้

- 2.1) ไม่คุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด
- 2.2) การเผชิญเหตุการณ์ที่ทำนายจากการผ่าตัดและดมยาสลบ
- 2.3) ความซับซ้อนของการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

ข้อสรุปที่ 3 “การดูแลและการให้ข้อมูลด้วยความใส่ใจทำให้รู้สึกอบอุ่น” ได้มาจากข้อสรุปย่อย ดังนี้

- 3.1) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย
- 3.2) การได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและได้รับคำชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด
- 3.3) การค้นหาข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป

ข้อสรุปที่ 4 “ความพร้อมและความเชี่ยวชาญของทีมงานทำให้เชื่อว่าการผ่าตัดจะผ่านไปอย่างดี” ได้มาจากข้อสรุปย่อยดังนี้

- 4.1) ความคาดหวังในการได้รับการดูแลช่วยเหลือให้ปลอดภัยจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดทำให้เกิดความรู้สึกมีความหวัง
- 4.2) การยอมรับและปฏิบัติตามเพื่อทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง

4.2 การเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด

จากข้อสรุปดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยเห็นว่าการที่จะเสนอรูปแบบบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในห้องผ่าตัดได้ตรงกับความต้องการได้มากที่สุด ก็คือการใช้กระบวนการพยาบาลในการค้นหาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ค้นหาแหล่งทรัพยากรที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อลดความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วย ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเพื่อช่วยแปลความหมายของความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นของบุคคล เพื่อรับรู้ความเป็นตัวตนของผู้ป่วย โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลในการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนขณะอยู่ในห้องผ่าตัดดังแสดงให้เห็น ขั้นตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงความสอดคล้องของข้อสรุปกับแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) และแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของโรช (Roach, 1987)

ข้อสรุปที่ 1 “เผชิญหน้ากับความไม่แน่นอนระหว่างจะฟื้นหรือไม่ฟื้นหลังผ่าตัด” จากข้อสรุปใหญ่ที่ว่า “เผชิญหน้ากับความไม่แน่นอนระหว่างจะฟื้นหรือไม่ฟื้นหลังผ่าตัด” ประกอบด้วยข้อสรุปย่อย 4 ข้อ จึงอธิบายได้ดังนี้

1.1) การรับรู้ว่าเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรง เกิดการคาดเดาเหตุการณ์ว่าเป็นอันตรายต่อตนเองได้

อธิบายด้วยแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) ได้ว่า การประเมินว่าเป็นสถานการณ์อันตราย (Danger Appraisal) และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ชัดเจนทำให้เกิดความวิตกกังวล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเข้าใจว่า การผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก เป็นความซับซ้อนในขั้นตอนของการรักษาและวิธีการที่เฉพาะ (Complexity) จากความไม่คุ้นเคยต่อเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ นอกจากนี้แล้วการศึกษาและความเชื่อยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วย ทำให้ไม่เข้าใจวิธีการและขั้นตอนในการรักษาส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและความกลัวซึ่งการเกิดความรู้สึกกลัว อธิบายได้ว่า อาการที่แสดงออกของผู้ป่วยผ่านทางสีหน้าและท่าทาง ที่มาจากความรู้สึกภายในเกี่ยวข้องกับสิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้ ถ้ากรอบของสิ่งเร้าที่ชัดเจนจะช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วยโดยตรง (Stimuli Frame) ถ้าแบบแผนอาการแสดงมีรูปแบบหรือขั้นตอนที่ชัดเจนและเกิดขึ้นสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถระบุความหมายของอาการแสดง และสามารถทำนายอาการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ดี (Symptom pattern) อาการที่แสดงออกที่มาจากความรู้สึกภายในนั้นอาจทำให้ขัดขวางความสามารถในการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารที่บุคลากรทางสุขภาพอธิบาย หรือรับรู้ไม่ครอบคลุม

ทุกเรื่อง การไม่ได้รับคำอธิบายในสิ่งที่ต้องการรับรู้และการใช้ภาษาที่เข้าใจยากของบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถแปลความหมายของการเจ็บป่วยได้ตรงกับความจริง จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนได้

อธิบายด้วยแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) ได้ว่าพยาบาลห้องผ่าตัดทำให้ความเป็นกันเอง คำนึงถึงสิทธิและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งแสดงออกทางคำพูด การสัมผัส กิริยาท่าทาง ตลอดจนสีหน้าแววตาของพยาบาลที่แสดงออกต่อผู้ป่วย การที่พยาบาลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ระหว่างกันทำให้รู้สึกถึงคุณค่าของคนที่เข้าใจจิตใจของผู้ป่วยก่อให้เกิดความปรารถนาดีต่อกันส่งผลให้มีการปฏิบัติในลักษณะเอื้ออาทร คือ มีความอ่อนโยน ห่วงใยและเคารพต่อความเป็นตัวเองของผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคุ้นเคย เป็นกันเองและอบอุ่นใจ เกิดความรู้สึกเข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาได้อย่างมั่นใจ

1.2) การเผชิญอยู่ในสถานการณ์อันตรายที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน

อธิบายด้วยแนวคิดว่าความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) ได้ว่าความเครียดเป็นภาวะที่มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา โดยเฉพาะช่วงระยะเวลาขณะอยู่ในห้องผ่าตัดซึ่งเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีภาวะเครียดขณะอยู่ในห้องผ่าตัดนั้น เป็นอาการแสดงออกของร่างกายที่เกิดจากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประสบอยู่ในขณะนั้นจากความไม่คุ้นเคย ไม่ทราบระยะเวลาผ่าตัดที่แน่นอน ไม่มีประสบการณ์ในการผ่าตัด อีกทั้งไม่เข้าใจวิธีการและขั้นตอนผ่าตัด นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับนั้นอาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินสภาพการผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้นซึ่งเป็นผลมาจากความคลุมเครือ ความซับซ้อนและการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบที่กำลังจะได้รับ ทำให้คาดเดาเหตุการณ์หรือทำนายผลลัพธ์ของการผ่าตัดไม่ได้ (Unpredictability)

อธิบายด้วยแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) ได้ว่า การแสดงออกของพยาบาลที่มีความเข้าใจในชีวิตรู้สึกปรารถนาดีต่อผู้ป่วยและใส่ใจต่อความรู้สึกผู้ป่วย ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเองและอบอุ่นใจ การมีความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลต่อผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคมด้วยความรัก ความเมตตา เอื้ออาทร ความสนใจเอาใจใส่รับรู้ในปัญหาผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้ง มีการติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผยและได้รับการปฏิบัติด้วยความเห็นใจเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เคารพซึ่งกันและกัน เห็นใจและเข้าใจผู้ป่วย เนื่องจากในห้องผ่าตัดนั้นผู้ป่วยมีเพียงพยาบาลที่ต้องคอยดูแลและอยู่ใกล้ชิดที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเข้มแข็งสามารถตัดสินใจและเผชิญปัญหาได้อย่างมั่นใจทำให้ความเครียดผ่อนคลายลงด้วยการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำได้จริงด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความ

เข้าใจเช่น การให้ความรู้ การฝึกสุดลมหายใจเข้าออก ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์และการกระทำซ้ำๆ หลายครั้ง จนเกิดความชำนาญ

1.3) ความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลด้านจิตใจขณะอยู่ในห้องผ่าตัด

อธิบายด้วยแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) ได้ว่าจากความไม่คุ้นเคย เนื่องจากไม่เคยผ่าตัด จึงคาดหวังการดูแลใกล้ชิดจากพยาบาลห้องผ่าตัด ต้องการสนับสนุนแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยทำให้เกิดความคุ้นเคย มีความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และความศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (Credible Authority)

อธิบายด้วยแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) ได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ดูแลและใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นเมื่อบุคคลเจ็บป่วยย่อมต้องการความช่วยเหลือในห้องผ่าตัดมีเพียงพยาบาลเท่านั้นที่จะช่วยเหลือ เข้าใจจิตใจ ใส่ใจต่อความรู้สึกผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเป็นกันเองและอบอุ่นใจ ด้วยการทักทาย ยิ้มแย้มแจ่มใสทำทางเป็นมิตร รับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ แสดงท่าทีเต็มใจและให้การช่วยเหลือทันทีที่ผู้ป่วยร้องขอ สัมผัสให้กำลังใจอย่างนุ่มนวล ให้การพยาบาลโดยเคารพสิทธิของผู้ป่วย ขออนุญาตและอธิบายให้เข้าใจทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล สิ่งเหล่านี้แสดงถึงความห่วงใยอย่างจริงใจและการมีสัมพันธภาพระหว่างกัน เอาใจใส่ดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจและการเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (compassion)

1.4) การปรับตัวด้านการกระทำตามความเชื่อและความศรัทธาของตนเอง

อธิบายด้วยแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) ได้ว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความปรารถนา ความนึกฝันที่แตกต่างกันจึงมีการเลือกแนวทางที่จะนำไปสู่จุดมุ่งหมายของตนเองแตกต่างกันความเป็นตัวตนของผู้ป่วยทำให้มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ทั้งความคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหา โดยมุ่งแก้ที่ตนเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้แล้วความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ป่วยที่แตกต่างกันก็ทำให้ผู้ป่วยกระทำตามความเชื่อความศรัทธาของตนเอง (Faith) เป็นวิธีการบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอน (Buffering methods) เมื่อผู้ป่วยประเมินว่าเป็นโอกาส (Opportunity) ที่ดีเป็นการสร้างภาพลวง (Illusion) ปรับแนวคิดให้เป็นไปตามที่ตนปรารถนาโดยเชื่อว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดทำให้เกิดผลดีเกิดความพึงพอใจ

อธิบายด้วยแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) ได้ว่า การบริการการพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยที่พยาบาลต้องมีความเข้าใจ เคารพในศักดิ์ศรี สิทธิ อารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพศรัทธาและความเป็นตัวเองของผู้ป่วย ยอมรับว่าแต่ละคนมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของตนเองที่แตกต่างจากคนอื่นโดยไม่ตัดสินว่าสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำนั้นถูก

หรือผิดสอดคล้องตามความเป็นจริง มีความยุติธรรมรวมทั้งการเข้าถึงความเชื่อของผู้อื่น (Conscience) จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคุ้นเคยและเป็นกันเองส่งผลให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงความรู้สึกของผู้ป่วย ไม่โกรธเคืองผู้ป่วยที่ขัดขืนหรือไม่ทำตามคำแนะนำ และไม่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย แม้ว่าจะเห็นว่าดีและเหมาะสมแล้ว

ข้อสรุปที่ 2 เฝียหน้ากับความซับซ้อนของขั้นตอนการผ่าตัด

จากข้อสรุปใหญ่ที่ว่า “เฝียหน้ากับความซับซ้อนของขั้นตอนการผ่าตัด” ประกอบด้วยข้อสรุปย่อย 2 ข้อจึงอธิบายได้ดังนี้

2.1) ไม่คุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด

อธิบายด้วยแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) ได้ว่า ความคุ้นเคยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยจนเกิดความเคยชิน และสามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ใหม่กับเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในอดีต ทำให้สามารถสร้างความชัดเจนและระบุความหมายในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Event Familiarity) แต่การที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัด จึงไม่เคยเห็นห้องผ่าตัดมาก่อน เป็นความรู้สึกไม่คุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อมและบุคลากรทีมผ่าตัด เป็นเหตุการณ์แปลกใหม่ครั้งแรกที่ไม่เคยเกิดกับตนเอง จึงจัดเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (Stimuli Frame)

อธิบายด้วยแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) ได้ว่า ไม่คุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดเป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออก ความรู้สึกนี้จะเกิดขึ้นอยู่กับสถานการณ์และเวลา ดังนั้นการที่พยาบาลร่วมรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยทำให้เข้าใจความรู้สึกผู้ป่วย พยาบาลแสดงออกถึงความสนใจ ห่วงใย เอาใจเขามาใส่ใจเรา ช่วยเหลือมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน แสดงออกถึงความตั้งใจจริงและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานเต็มที่ให้การดูแลด้วยความระมัดระวังและรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน มีความอดทน มุ่งมั่นในการช่วยเหลือ มีความเต็มใจและความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา สนใจเอาใจใส่ผู้ป่วยเสมอ (Commitment)

2.2) การเผชิญเหตุการณ์ที่ท้าทายจากการผ่าตัดและดมยาสลบ

อธิบายด้วยแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) ได้ว่า การเผชิญเหตุการณ์ท้าทายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในชีวิตประเมินเป็นอันตราย (Danger) ทำให้เกิดความวิตกกังวล มีอารมณ์ซึมเศร้าและเกิดความทุกข์ สาเหตุอาจมาจากความไม่คุ้นเคยต่อเหตุการณ์ที่เผชิญไม่มีความเชื่อถือว่าะฟื้นหรือไม่ฟื้นจากการดม

อธิบายด้วยแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) ได้ว่า ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ผ่าตัดด้วยการดมยาสลบมาก่อน ดังนั้นจึงเกิดไม่คุ้นเคยต่อเหตุการณ์ความรู้สึกนี้จะเกิดขึ้นอยู่กับสถานการณ์และเวลา ดังนั้นการที่พยาบาลร่วมรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยทำให้เข้าใจความรู้สึกผู้ป่วย พยาบาลแสดงออกถึงความสนใจ ห่วงใย เอาใจเขามาใส่ใจเรา ช่วยเหลือมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

แสดงออกถึงความตั้งใจจริงและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานเต็มใจให้การดูแลด้วยความระมัดระวัง และรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน มีความอดทน มุ่งมั่นในการช่วยเหลือ มีความเต็มใจและความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา สนใจเอาใจใส่ผู้ป่วยเสมอ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงการยอมรับในการแสดงออกของผู้ป่วยทั้งด้านบวกและลบ (commitment)

ข้อสรุปที่ 3 “การดูแลและการให้ข้อมูลด้วยความใส่ใจทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ”

จากข้อสรุปใหญ่ที่ว่า “การดูแลและการให้ข้อมูลด้วยความใส่ใจทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ” ประกอบด้วยข้อสรุปย่อย 3 ข้อ จึงอธิบายได้ดังนี้

3.1) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

อธิบายด้วยแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) ได้ว่าการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยทำให้ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคและอาการที่จะเกิดตามมาแก่ผู้รับบริการผ่าตัด รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแล ภาวะเจ็บ วิธีการรับบริการหรือขั้นตอนการรักษาทำให้เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งข้อมูลที่ได้รับช่วยให้ความหมายของเหตุการณ์ การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ช่วยทำให้ลดความคลุมเครือและความซับซ้อนของการรักษา และเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจและศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ (Credible Authority)

อธิบายด้วยแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) ได้ว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ตามบทบาทหน้าที่และยอมรับผิดชอบทางสังคม เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่คอยให้การดูแลและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดด้วยการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ยิ้มแย้ม ทักทายด้วยกิริยาท่าทางที่อบอุ่น เป็นมิตร ใต้อาสาอย่างเป็นกันเองพูดด้วยคำสุภาพ ไพเราะ รับฟังปัญหาและคำบอกเล่าอย่างตั้งใจรวมถึงการแสดงท่าทีเต็มใจในการตอบคำถามหรือข้อสงสัย ตลอดจนให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้มีความเข้าใจและมั่นใจด้วยความรัก ความเมตตาแสดงความห่วงใยเอาใจใส่ผู้ป่วยสอบถามถึงความรู้สึก ปัญหาและความต้องการ ช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบายด้วยความเต็มใจตามที่ผู้ป่วยร้องขอ ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สัมผัสให้กำลังใจผู้ป่วยแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในความทุกข์ กังวล ไม่แสดงท่าทีรังเกียจผู้ป่วยไม่ว่าจะอยู่ในสภาพใดๆ และอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยตลอดเวลา (Compassion)

3.2) การได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและได้รับคำชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

อธิบายด้วยแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) ได้ว่า การได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและได้รับคำชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพเป็นการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

โดยความเชื่อถือและยอมรับในบุคลาการที่มึสุขภาพ (Credible Authority) การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำชี้แนะต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวทั้งก่อนผ่าตัด ในห้องผ่าตัดและหลังการผ่าตัด

อธิบายด้วยแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) ได้ว่า การเอาใจใส่ดูแลด้านความรู้ความสามารถให้ผู้ป่วยด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด เป็นการแสดงออกถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะทางวิชาชีพ ความชำนาญที่มีอยู่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ ให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งปฏิบัติการพยาบาลอย่างรอบคอบระมัดระวังไม่ให้เกิดความผิดพลาด เกิดผลเสียหรืออันตรายต่อผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความมั่นใจมีการตัดสินใจที่ดีสามารถแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม (competence)

3.3) การค้นหาข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป

อธิบายด้วยแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) ได้ว่า ผู้ป่วยต้องการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ที่สามารถเข้าถึงได้การที่ผู้ป่วยหาข้อมูลเกี่ยวกับการดมยาสลบเพื่อการผ่าตัดผู้ที่มีการศึกษามักจะเข้าใจข้อมูลและรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่และสื่อต่างๆ ข้อมูลที่ได้รับจะช่วยให้ขยายความรู้เดิมหรือพื้นฐานความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยให้ชัดเจนเพิ่มขึ้นมีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ด้วยการแสวงหาข้อมูล (Information Seeking) เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้และเข้าใจปัญหา ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง ดังนั้นการศึกษา (Education) จึงมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยทั้งโดยตรงและโดยอ้อม รวมถึงแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องในการค้นหาข้อมูลก็เป็นการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคล ส่งผลให้เกิดความชัดเจนในแบบแผนของอาการแสดงมากขึ้น เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ ความเชื่อมั่น ไว้วางใจและความศรัทธาของบุคคลที่มีต่อเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ (Credible Authority) การได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ ความสามารถในการค้นหาข้อมูลเพื่อแปลความหมายได้อย่างเต็มที่ มองประสบการณ์ที่ผ่านมาอย่างถูกต้อง

อธิบายด้วยแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) ได้ว่า คำนี้ถึงความต้องการของผู้ป่วย การให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้จริง ประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ถูกต้อง โดยการสังเกตซักถามและตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโดยการยกไม้กั้นเตียงขึ้นในการรับส่งผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลพื้นห้องไม่ให้ลื่น ตามหาญาติรวมถึงการแสดงออกถึงการปฏิบัติงานที่ใช้ความรู้ทักษะความชำนาญที่มีอยู่ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการและ

เทคนิควิธีปฏิบัติด้วยความมั่นใจมีการตัดสินใจที่ดีสามารถแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม (competence)

ข้อสรุปที่ 4 “ความพร้อมและความเชี่ยวชาญของทีมงานทำให้เชื่อว่าการผ่าตัดจะผ่านไปด้วยดี”

จากข้อสรุปใหญ่ที่ว่า “ความพร้อมและความเชี่ยวชาญของทีมงานทำให้เชื่อว่าการผ่าตัดจะผ่านไปด้วยดี” ประกอบด้วยข้อสรุปย่อย 2 ข้อ จึงอธิบายได้ดังนี้

4.1) ความคาดหวังในการได้รับการดูแลช่วยเหลือให้ปลอดภัยจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ทำให้เกิดความรู้สึกมีความหวัง

อธิบายด้วยแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) ได้ว่าผู้ป่วยให้ความเชื่อถือและยอมรับในทีมสุขภาพจึงเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจพยาบาล คาดหวังในการดูแลใกล้ชิดและการได้รับความช่วยเหลือขณะอยู่ในห้องผ่าตัด (Credible Authority) ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในห้องผ่าตัดจึงได้ประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ที่มีต่อเหตุการณ์โดยลงความเห็นว่าเป็นโอกาส (Opportunity) ทำให้เกิดความหวังและเลือกรับข้อมูลเฉพาะที่ทำให้เกิดผลดี

อธิบายด้วยแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) ได้ว่า การแสดงออกถึงความเชื่อมั่นและเชื่อถือซึ่งกันและกัน โดยการสร้างสัมพันธภาพแนะนำเชื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักพร้อม ทำความรู้จักผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ระบายความรู้สึกเข้าใจความรู้สึกผู้ป่วยปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตร เห็นใจ ซึ่งจะทำให้เกิดความไว้วางใจแสดงถึงการพึ่งพาระหว่างกันและความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เกิดการติดต่อสื่อสารที่จริงใจกัน รวมถึงการให้คำปรึกษาชี้แนะ ซึ่งจะนำไปสู่การมีสัมพันธภาพ รับฟัง สัมผัสและเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย (Confidence)

4.2) การยอมรับและปฏิบัติตามเพื่อทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง

อธิบายด้วยแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) ได้ว่า เป็นการปรับตัวของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของเหตุการณ์ที่จะทำให้เกิดผลดีกับตนเอง ผู้ป่วยมองว่าเป็นโอกาส ทำให้เกิดความหวังเลือกรับข้อมูลเฉพาะที่ทำให้เกิดผลดีการยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยหายจากการเจ็บป่วยเป็นความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ (Credible Authority) เชื่อมั่นไว้วางใจและความศรัทธาที่มีต่อเจ้าหน้าที่ต่อการรักษาการได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ ทำให้ยอมรับและเชื่อฟังคำชี้แนะต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยจะประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ที่มีต่อเหตุการณ์โดยอาศัยเหตุการณ์ที่ผ่านมาประเมินให้เป็นไปในทางบวก ปรับแนวคิดให้เป็นไปตามที่ตนปรารถนาโดยเชื่อว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดผู้ป่วยประเมินว่าเป็นโอกาส (Opportunity) จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางบวกหรือเกิดจากการสร้างภาพลวง(Illusion) เป็นทางเลือกที่ทำให้เกิดผลดีผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ

อธิบายด้วยแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) ได้ว่า การแสดงออกถึงความเชื่อมั่น และเชื่อถือซึ่งกันและกันซึ่งจะสนับสนุนความไว้วางใจการพึ่งพาระหว่างกัน และการแสดงถึงความเคารพในความเป็นบุคคล ทำให้เกิดการติดต่อสื่อสารที่จริงใจกันซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพของสัมพันธภาพ การเอาใจใส่ดูแลการแสดงออกของพยาบาลที่มีความเข้าใจในชีวิตรู้สึกปรารถนาดีต่อผู้ป่วยและใส่ใจต่อความรู้สึกผู้ป่วย ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเองและอบอุ่นใจ การมีความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลต่อผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคมด้วยความรัก ความเมตตา เอื้ออาทร ความสนใจเอาใจใส่รับรู้ในปัญหาผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้ง มีการติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผยและได้รับการปฏิบัติด้วยความเห็นใจเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เคารพซึ่งกันและกัน เห็นใจและเข้าใจผู้ป่วย (Confidence)

ส่วนที่ 2 รูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) และแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987)



ตารางที่ 3 แสดงกิจกรรมการบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) และแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987)

กิจกรรมการพยาบาล	แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอน ของ Mishel (1988)	แนวคิดการดูแลเอื้ออาทร ของ Roach (1987)	การบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่ แน่นอนของ Mishel (1988) และแนวคิด การดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987)
กิจกรรมที่ 1 การเอาใจใส่ดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด 1) การพยาบาลก่อนวันผ่าตัด 2) การพยาบาลผู้ป่วยบริเวณห้องรับส่งผู้ป่วย	- การผ่าตัดเป็นหัตถการเฉพาะมีวิธีการที่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นสิ่งกระตุ้น (Stimuli Frame) ให้ผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเกิดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสภาพทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ผ่าตัดด้วยการดมยาสลบมาก่อน (Event Familiarity) จึงทำให้รู้สึกไม่คุ้นเคย มีความเครียด ไม่เข้าใจเหตุการณ์ที่กำลังประสบอยู่ จึงไม่สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้โดยเป็นความรู้สึกที่ถ่ายทอดสู่กันได้ และสามารถสังเกตเห็นได้จากพฤติกรรมที่แสดงออก	- มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ยิ้มแย้ม ทักทายผู้ป่วยด้วยกริยาท่าทางที่อบอุ่น เป็นมิตร ได้ถามอย่างเป็นกันเองด้วยคำสุภาพ ให้เกียรติ เคารพในความเป็นตัวตนผู้ป่วย รับฟังปัญหาและคำบอกเล่าอย่างตั้งใจ รวมถึงการแสดงท่าที่เต็มใจในการตอบคำถามหรือข้อสงสัย ตลอดจนให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้มีความเข้าใจและมั่นใจด้วยความรัก ความเมตตาแสดงความห่วงใยเอาใจใส่ผู้ป่วย สอบถามถึงความรู้สึก ปัญหาและความต้องการ ช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบายด้วยความเต็มใจ ปฏิบัติ การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สัมผัสให้กำลังใจผู้ป่วยแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในความทุกข์กังวลไม่แสดงท่าที่รังเกียจ ผู้ป่วยไม่ว่าจะอยู่ในสภาพใดๆ (Compassion)	- การผ่าตัดเป็นหัตถการเฉพาะมีวิธีการที่ยุ่งยากซับซ้อน ในผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ผ่าตัดด้วยการดมยาสลบมาก่อน จึงทำให้รู้สึกไม่คุ้นเคย มีความเครียดการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยพยาบาลควรแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในความทุกข์ กังวลไม่แสดงท่าที่รังเกียจ ผู้ป่วยไม่ว่าจะอยู่ในสภาพใดๆ สังเกตพฤติกรรม คำพูดที่ผู้ป่วยแสดงออก ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ถ่ายทอดสู่กันได้ - การดูแลขณะมาผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาให้การต้อนรับทักทายผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเองแนะนำตัวเอง

ตารางที่ 3 แสดงกิจกรรมการบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) และแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอน ของ Mishel (1988)	แนวคิดการดูแลเอื้ออาทร ของ Roach (1987)	การบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่ แน่นอนของ Mishel (1988) และแนวคิด การดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987)
	- การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด สามารถทำนายรูปแบบและขั้นตอน อาการแสดงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นขณะอยู่ในห้องผ่าตัดและหลังการผ่าตัด (Symptom Pattern) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลงได้ - การได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาขณะมาถึงห้องผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น รู้สึกว่าเสมือนว่าพยาบาลเป็นญาติคนหนึ่งที่เคยดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อมาถึงห้องผ่าตัด เป็นการสนับสนุนทาง	- การเอาใจใส่ดูแลเพื่อให้เกิดด้านความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Confidence) ด้วยการแสดงออกถึงเชื่อถือซึ่งกันและกันซึ่งจะสนับสนุนความไว้วางใจการพึ่งพาระหว่างกันและการแสดงถึงความเคารพในความเป็นบุคคลทำให้เกิดการติดต่อสื่อสารที่จริงใจกันซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพของสัมพันธภาพการเอาใจใส่ดูแล - สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยได้ตั้งแต่แม้จะเป็นระยะเวลาสั้นๆ ให้ความสนใจผู้ป่วยทันทีที่มาถึงห้องผ่าตัด ให้การต้อนรับทักทายผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเองแนะนำตัวเองและบุคลากรในห้องผ่าตัด แนะนำสถานที่จัดให้อยู่บริเวณที่สงบ เพื่อให้พยาบาลและผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดคุยกันอย่างสะดวก มีความอดทนและเต็มใจในการตอบคำถาม แสดงความเข้าใจในความรู้สึก สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยที่	และบุคลากรในห้องผ่าตัด แนะนำสถานที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่เหมาะสม แสดงความเข้าใจในความรู้สึก สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยที่แสดงถึงความวิตกกังวล พุดคุยซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความในใจ คลายกังวลก่อนเข้าห้องผ่าตัด

ตารางที่ 3 แสดงกิจกรรมการบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) และแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอน ของ Mishel(1988)	แนวคิดการดูแลเอื้ออาทร ของ Roach(1987)	การบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่ แน่นอนของ Mishel(1988) และแนวคิด การดูแลเอื้ออาทรของ Roach(1987)
	สังคม (Social Support)	แสดงถึงความวิตกกังวล พุดคุย ชักถามเพื่อให้ผู้ป่วย ได้ระบายความในใจคลายกังวล (compassion) - แนะนำสถานที่จัดให้อยู่บริเวณที่สงบ เพื่อให้ พยาบาลและผู้ป่วยมีโอกาสดูพุดคุยกันอย่างสะดวก มีความอดทนและเต็มใจในการตอบคำถาม แสดง ความเข้าใจในความรู้สึก สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยที่เส งถึงความวิตกกังวล พุดคุย ชักถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้ ระบายความในใจ คลายกังวล - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องตำแหน่งและขนาดของแผลผ่าตัด ทำ นอนขณะผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการ ได้รับยาตามสลับ (Competence)	

ตารางที่ 3 แสดงกิจกรรมการบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) และแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอน ของ Mishel (1988)	แนวคิดการดูแลเอื้ออาทร ของ Roach (1987)	การบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่ แน่นอนของ Mishel (1988) และแนวคิด การดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987)
กิจกรรมที่ 2 การเอาใจใส่ ดูแลโดยใช้ความรู้ ความสามารถอย่างเต็มที่ใน ระยะผ่าตัด 1) การพยาบาลขณะอยู่ใน ห้องผ่าตัดจนผ่าตัดเสร็จสิ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความ ปลอดภัย การดูแลจิตใจ ของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลต้องทำเสมือนหนึ่ง เป็นตัวแทนผู้ป่วยในการ ปกป้องสิทธิต่างๆ ไม่ว่า ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ ตาม	- อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกที่ ผู้ป่วยจะต้องประสบตลอดระยะ เวลาของการผ่าตัด ที่เกิดจากการ ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลและ สถานการณ์ทั่วไปในทุกๆระยะของ การผ่าตัดประกอบด้วยการรับรู้รส การสัมผัส กลิ่น เสียงและการ มองเห็น เช่น อุณหภูมิความเย็น ภายในห้องผ่าตัด การแต่งกายของ เจ้าหน้าที่ เสียงจากอุปกรณ์ต่างๆ ความรู้สึกที่เกิด ขึ้นขณะวิสัญญี พยาบาลให้ดมยาสลบ ซึ่งจะช่วย ให้ผู้ป่วยควบคุมพฤติกรรม ตอบสนองได้ บอกระยะเวลาที่ใช้ ในการผ่าตัดระยะเวลาที่ต้องนอน	- แสดงออกถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะทางวิชาชีพ ความชำนาญที่มีอยู่ ดูแลช่วยเหลือ (Competence) - แนะนำสถานที่จัดให้อยู่บริเวณที่สงบ เพื่อให้ พยาบาลและผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดคุยกันอย่างสะดวก มีความอดทนและเต็มใจในการตอบคำถาม แสดง ความเข้าใจในความรู้สึก สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยที่แสร ลงถึงความวิตกกังวล พูดคุย ชักถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้ ระบายความในใจ คลายกังวล - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องตำแหน่งและขนาดของแผลผ่าตัด ทำ นอนขณะผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการดม ยาสลบที่ได้รับ (Competence)	- พยาบาลแสดงพฤติกรรมที่สร้างความมั่นใจ ให้กับผู้ป่วย ให้เกียรติเคารพในความเป็น ตัวตนผู้ป่วยและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม ขอบเขตและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ อธิบายและบอกกล่าวทุกครั้งที่เกิดการ พยาบาล ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความ จำเป็น ไม่พูดคุยเรื่องของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้ ยิน อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยตลอดเวลา(conscience) - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดอย่างเหมาะสม กับผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องตำแหน่งและขนาด ของแผลผ่าตัด ทำนอนขณะผ่าตัด การปฏิบัติ ตัวหลังผ่าตัดและการดมยาสลบที่ได้รับทำให้ ผู้ป่วยลดความคลุมเครือและความซับซ้อน ของการรักษา และเกิดความเชื่อมั่นไว้วางใจ และศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เกิดความ

ตารางที่ 3 แสดงกิจกรรมการบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) และแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอน ของ Mishel (1988)	แนวคิดการดูแลเอื้ออาทร ของ Roach(1987)	การบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่ แน่นอนของ Mishel(1988) และแนวคิด การดูแลเอื้ออาทรของ Roach(1987)
2) การดูแลขณะอยู่ใน ห้องผ่าตัด	โรงพยาบาลหลังผ่าตัด ระยะเวลา ที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถ ทำงานได้ปกติการรักษาพยาบาล และคำปรึกษา ซึ่งข้อมูลที่ได้รับช่วย ให้ความหมายของเหตุการณ์ ทำให้ เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์และ สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Event Familiarity) - พยาบาลช่วยทำให้ผู้ป่วยลดความ คลุมเครือและความซับซ้อนของ การรักษาและเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจและศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพ (Credible Authority)	- พยาบาลแสดงพฤติกรรมที่สร้างความมั่นใจให้กับ ผู้ป่วย ให้เกียรติเคารพในความเป็นตัวตนผู้ป่วยและ พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตามขอบเขตและบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ อธิบายและบอกกล่าวทุกครั้ง ที่ปฏิบัติการพยาบาล ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกิน ความจำเป็น ไม่พูดคุยเรื่องของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้ยิน อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยตลอดเวลา (conscience) - แสดงออกด้วยท่าทีที่ห่วงใย จริงใจ สุภาพอ่อนโยน มีการสัมผัสผู้ป่วย อาการแสดงออกของพยาบาล สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจ ไว้วางใจและ ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านประสบการณ์ในห้องผ่าตัดด้วย ความมั่นใจ (confidence)	อบอุ่นใจ ไว้วางใจและช่วยให้ผู้ป่วยผ่าน ประสบการณ์ในห้องผ่าตัดด้วยความมั่นใจ

ตารางที่ 3 แสดงกิจกรรมการบริการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988) และแนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอน ของ Mishel (1988)	แนวคิดการดูแลเอื้ออาทร ของ Roach(1987)	การบูรณาการแนวคิดความรู้สึกไม่ แน่นอนของ Mishel(1988) และแนวคิด การดูแลเอื้ออาทรของ Roach(1987)
กิจกรรมที่ 3 การเอาใจใส่ดูแลอย่างต่อเนื่องให้เกิดผลดีในระยะหลังการผ่าตัด 1) การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันทีในห้องพักฟื้นอย่างน้อย 2 ชั่วโมงหรือจนผู้ป่วยตื่นดี 2) การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยจนกลับบ้านและต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดการนัดของแพทย์	- สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย กระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้กระทำบ่อยๆ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยสามารถคาดเดาผลของการผ่าตัดได้ (Event Familiarity) - พยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด (Credible Authority) เพื่อให้คำแนะนำและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยเร็ว	- ประเมิน แผลหลังผ่าตัด การเสียเลือด จัดทำผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้เหมาะสมในแต่ละราย ดูแลทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนชุดให้ใหม่ และตรวจสอบการทำงานของท่อระบายต่างๆ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด (commitment) ให้แก่ พยาบาลห้องพักฟื้น - การเยี่ยมหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ด้วยการให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย จนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยทุกราย มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อย่างเหมาะสม สามารถปฏิบัติตนที่บ้านได้ด้วยความมั่นใจให้ ความสำคัญของการมาตรวจตามแพทย์นัด (commitment)	- พยาบาลห้องผ่าตัดส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ให้แก่พยาบาลห้องพักฟื้น และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของระบบการทำงานต่างๆ ร่างกายทุก 10-15 นาที ตรวจสอบการทำงานของท่อระบายต่างๆ นานอย่างน้อย 2 ชั่วโมงหรือจนผู้ป่วยตื่นดี จึงส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยในและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก หลังการผ่าตัดด้วยการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้กระทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดให้เหมาะสม เกิดความคุ้นเคยกับกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังการผ่าตัดได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาร่วมกับวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป และเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดโดยบูรณาการดูแลเอื้ออาทรของโรค (Roach, 1987) ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป โดยใช้แนวคิดความรู้สึกลึกซึ้งไม่แน่นอนของ Mishel (1988) ในการสร้างแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำแนวคำถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจากอาจารย์ที่ปรึกษาไปทดลองใช้กับให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยตนเอง จำนวนอย่างน้อย 1 ราย แล้วทบทวนการสัมภาษณ์นำมาพบอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ทบทวนวรรณกรรม และได้รับคำแนะนำชี้แนะจากอาจารย์ที่ปรึกษาได้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ครั้งจำนวน 5 วัน จำนวน 45 ชั่วโมง เป็นการพัฒนาความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย หลังผ่านกระบวนการจริยธรรมในการวิจัยและการเตรียมตัวผู้วิจัยเอง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด คือ ผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป อายุตั้งแต่ 30-60 ปี สามารถมองเห็น พูด ฟัง สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย หรือภาษาถิ่น เช่น ภาษาไทยอีสาน ภาษาไทญ้อ สามารถบอกเล่าประสบการณ์ในชีวิตจริงของตนเองได้เป็นอย่างดี มีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเป็นผู้ให้ข้อมูลในวันนัดหมายหลังการผ่าตัดแล้ว 2-3 วัน โดยลงนามยินยอมในรูปแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายและสัมภาษณ์ให้ข้อมูลด้วยตนเอง ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก มีการบันทึกเทป การจดบันทึกภาคสนามและการสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ทำการตรวจสอบข้อมูลและให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดระยะดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 3 ระยะเขียนรายงานการวิจัย นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงไว้มาดัดความเป็นภาษาเขียน อ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้ อ่านซ้ำๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจข้อมูลที่ได้และปรากฏการณ์ที่สำคัญดึงข้อความหรือประโยคสำคัญที่เกี่ยวข้องให้ความหมายในแต่ละข้อความที่

ค้นพบนำข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษามาจัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะที่มีความหมายไปในการทำงานเดียวกันแล้วนำมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงแก้ไขและครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา เพื่อเสนอรูปแบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด จากผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปมาก่อนเป็นชาย 2 ราย หญิง 8 ราย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปได้บรรยายและอธิบาย ประสบการณ์ตรงต่อการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัดใน 4 ประเด็น ดังนี้

ข้อสรุปที่ 1 เชี้นัยเกี่ยวกับความไม่แน่นอนระหว่างจะฟื้นหรือไม่ฟื้นหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 4 ข้อสรุปย่อย ดังนี้

- 1) การเกิดอาการแสดงออกทางร่างกายที่มาจากความรู้สึกกลัว
- 2) การเผชิญอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้อย่างชัด
- 3) ความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลด้านจิตใจขณะอยู่ในห้องผ่าตัด
- 4) การปรับตัวด้านการกระทำตามความเชื่อและความศรัทธาของตนเอง

ข้อสรุปที่ 2 เชี้นัยเกี่ยวกับความซับซ้อนของขั้นตอนการผ่าตัด ประกอบด้วย 2 ข้อสรุปย่อย ดังนี้

- 1) ไม่คุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด
- 2) การเผชิญเหตุการณ์ที่ทำทายจากการผ่าตัดและดมยาสลบ

ข้อสรุปที่ 3 การดูแลและการให้ข้อมูลด้วยความใส่ใจทำให้รู้สึกอุ่นใจประกอบด้วย 3 ข้อสรุปย่อย ดังนี้

- 1) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย
- 2) การได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและได้รับคำชี้แนะจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพทำให้เกิด
- 3) ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด
- 4) การค้นหาข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป

ข้อสรุปที่ 4 ความพร้อมและความเชี่ยวชาญของทีมงาน ทำให้เชื่อว่าการผ่าตัดจะผ่านไปด้วยดี ประกอบด้วย 3 ข้อสรุปย่อย ดังนี้

- 1) การคาดเดาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการผ่าตัดและการดมยาสลบ

- 2) ความคาดหวังในการได้รับการดูแลช่วยเหลือให้ปลอดภัยจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดทำให้เกิดความรู้สึกมีความหวัง
- 3) การยอมรับและปฏิบัติตามเพื่อทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผู้วิจัยได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยจำนวน 4 ข้อสรุป ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายข้อสรุปแต่ละข้อ ดังนี้

ข้อสรุปที่ 1 เหยี่ยหน้ากับความไม่แน่นอนระหว่างจะฟื้นหรือไม่ฟื้นหลังผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูล เกิดความรู้สึกวิตกกังวลจากการได้รับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป ได้สะท้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง อธิบายได้ดังนี้

สิ่งที่ปรากฏอยู่ในการทำงานจริงเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยด้านจิตใจเพื่อค้นหาสาเหตุของสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในหอผู้ป่วย เป็นการประเมินแบบตรวจสอบรายการ แสดงระดับความวิตกกังวลกังวล คือ น้อย ปานกลาง มาก การค้นหาสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเป็นรายบุคคล ในบันทึกทางการพยาบาลมีการบันทึกค่อนข้างน้อยและยังไม่ชัดเจน เช่น สิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล คือ “กลัวไม่ฟื้น” “กลัวไม่ตื่น” ทำให้ไม่เกิดการวางแผนการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นอิสระที่ใช้ในการการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพรดา ประสิทธิแพทย์ (2550) ที่ศึกษาประสบการณ์ผู้บาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการใส่สายยางระบายทรวงอก พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวตาย และไม่แน่ใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการศึกษาของ ศรีนรา ทองมี (2548) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป อาจคาดการณ์ต่างๆ ไปเอง ซึ่งส่วนใหญ่มักคาดการณ์ไปในทางลบว่าเป็นอันตราย ไม่ปลอดภัย กลัวไม่ฟื้นจากยาสลบ กลัวตาย กลัวไม่ปลอดภัยจากสิ่งแปลกปลอมต่างๆ

พยาบาลในห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลมีการเชื่อมก่อนผ่าตัดทุกรายโดยใช้แบบฟอร์มการเชื่อมก่อนผ่าตัดของพยาบาลผู้ช่วยผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล โดยมีเป้าหมายหนึ่งของการเชื่อม คือ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย มีการเขียนแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลไว้ในแบบฟอร์มการเชื่อมและประเมินผลความวิตกกังวลทันทีหลังสิ้นสุดการเชื่อมในวันเดียวกันยังไม่มีมีการบันทึกรายละเอียด

อื่นที่ค้นพบจากผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จึงยังไม่พบการบันทึกทางการแพทย์ที่แสดงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วย จากการเยี่ยมชมก่อนผ่าตัด

การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัด ยังไม่มีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล มุ่งความสนใจไปที่การปฏิบัติงานตามหน้าที่ของตนเอง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดที่กำลังจะเกิดขึ้น เห็นได้จากความรู้สึกของผู้ป่วย “อารมณ์ความรู้สึกตอนนั้นมันบอกไม่ถูกจริงๆ นะมีทั้งกลัว ทั้งกังวลทั้งเครียด เห็นเครื่องมือผ่าตัดมันเยอะได้ยินเสียงบั้งอะไรบ้างตอนเขาจัดเครื่องมือก็คิดไปต่างๆ นานา” แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลขณะผู้ป่วยอยู่บนเตียงผ่าตัดเกิดขึ้นน้อยมาก อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติงานที่เร่งรีบ พยาบาลให้ความสำคัญกับการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัด จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดนับตั้งแต่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล แสดงการใช้กระบวนการพยาบาลในมิติสังคม จิตอารมณ์ ความเชื่อ จิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้ยังไม่เด่นชัด จึงไม่สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยไปได้ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลต้องมีความตั้งใจในการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบอย่างจริงจัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างครบถ้วน ในการนำไปกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

1) การสร้างความชัดเจนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากความเจ็บป่วยและการรักษาที่ผู้ป่วยประสบอยู่กับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยคาดหวัง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดที่มีนัดหมายไว้ล่วงหน้าต้องเข้ามานอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน การใช้กระบวนการพยาบาลในขั้นตอนของการประเมิน เพื่อสำรวจความเป็นตัวตนของผู้ป่วยแต่ละราย ประเมินเพื่อค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังมีความวิตกกังวล ความต้องการการตอบสนองเพื่อลดความวิตกกังวล โดยการประเมินความวิตกกังวลควรเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนผ่าตัดในหอผู้ป่วยและขณะผ่าตัดในห้องผ่าตัดและหลังผ่าตัด จากพยาบาลหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล

2) การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและญาติ บุคคลสำคัญในครอบครัวของผู้ป่วย การให้การพยาบาลในมิติของจิตอารมณ์ สังคม ความเชื่อ และจิตวิญญาณ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี จึงจะทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะบอกความคิด ความรู้สึก ความคาดหวังที่ต้องการ ทำให้บุคคลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่งผลให้เกิดความชัดเจนในแบบแผนของอาการแสดง เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และในเวลาอันจำกัดพยาบาลอาจไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการลดความวิตกกังวลจนถึงระดับสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความวิตกกังวลด้วยตนเองได้ ดังนั้นญาติหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจึงมีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้

ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลงได้ พยาบาลจึงต้องสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย

3) การสร้างความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ จากการทำงานร่วมกันของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ ครบถ้วน เกี่ยวกับการเจ็บป่วย พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ต้องมีหน้าที่ร่วมกันคือ การช่วยเหลือให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน การให้ข้อมูลที่เหมือนกัน ใส่ใจให้ความสำคัญกับผู้ป่วยด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี มีความตั้งใจจริงในการช่วยเหลือ มองผู้ป่วยด้วยความเข้าใจและยอมรับ ค้นหาปัญหาและให้การช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดความพร้อมในการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถควบคุมความวิตกกังวลได้ด้วยตนเองได้ตั้งแต่อยู่ในหอผู้ป่วย ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ขณะอยู่บนเตียงผ่าตัด หลังผ่าตัด จนถึงผู้ป่วยกลับบ้าน นำความร่วมมือในหอผู้ป่วยด้วยการนำผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านจิตอารมณ์ สังคม ความเชื่อและจิตวิญญาณ ที่สร้างขึ้นในเวอร์ของตนเองมาใช้ในการส่งต่อเเว ระหว่างหอผู้ป่วยมีการ Pre-conference การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยร่วมกันระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล

4) เมื่อผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมวางแผนการพยาบาลเพื่อให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยแม้จะเป็นระยะเวลาสั้นๆ สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยโดยการให้เกียรติ เคารพในสิทธิของผู้ป่วย แสดงออกด้วยท่าทีที่ห่วงใยสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจ ไว้วางใจและช่วยให้ผู้ป่วยผ่านประสบการณ์ในห้องผ่าตัดด้วยความมั่นใจ

ข้อสรุปที่ 2 เเชิฐฐานกับความซับซ้อนของขั้นตอนการผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูล เกิดความรู้สึกวิตกกังวลจากการความซับซ้อนของการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดได้สะท้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง อธิบายได้ดังนี้

จากระบบงานห้องผ่าตัดที่ไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้าดูเเลอย่างใกล้ชิดขณะผ่าตัดได้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ไม่สามารถอธิบายทุกรายละเอียดให้กับผู้ป่วยทราบได้ ข้อมูลที่ควรจะได้รับบางข้อมูลขาดหายไป ซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัดขึ้น (จุฑามาส วงศ์นันดา, 2547) ต้องนอนรออยู่บนเตียงผ่าตัด อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ สถานที่ไม่คุ้นเคย การแต่งกายของบุคลากรที่สวมเสื้อผ้า สวมหมวก มีผ้าปิดปากปิดจมูก ซึ่งแตกต่างจากบุคลากรที่ผู้ป่วยเคยพบที่หอผู้ป่วย อีกทั้งเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ในห้องผ่าตัดเป็นสิ่งที่น่ากลัว (Atkinson, 1992) ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด (Stein-Parbury & McKinley, 2000) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการผ่าตัด

ด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปครั้งแรก ผู้ป่วยจะมีความกลัวการดมยาสลบ กลัวไม่ฟื้นจากยาดมสลบ กลัวการผ่าตัดไม่ประสบผลสำเร็จ (Caldwell, 1991) และการผ่าตัดเป็นหัตถการเฉพาะ อาจทำให้ผู้ป่วยคิดว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด เป็นภาวะคุกคามทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมิน วิเคราะห์ สถานการณ์และผลลัพธ์จากการผ่าตัด ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ (Lam et. al., 2007)

การปฏิบัติการพยาบาลในด้านการสื่อสารข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหน่วยงาน เช่น หอผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด กับผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลในครอบครัวเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์และเรียนรู้ถึงความวิตกกังวลต่างๆ ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อให้การพยาบาลได้ตรงตามความคิดความรู้สึกวิตกกังวลว่าการผ่าตัดมีความซับซ้อนของการรักษา ซึ่งพยาบาลวิชาชีพต้องอธิบายได้ว่า ความซับซ้อนในการรักษาในห้องผ่าตัดเป็นอย่างไร แลกเปลี่ยนความคิด ทศนคติซึ่งกันและกัน เพื่อวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างพยาบาลในหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลาที่จะเข้ามารักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ พุฒิมวงค์ (2541) พบว่าผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา รวมถึงสถานที่ บุคลากรที่ให้บริการ วิธีการรักษาที่ได้รับ ขั้นตอนการรักษาและยังไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีนี้ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการได้รับการสนับสนุนข้อมูลที่แตกต่างกัน จึงปรากฏให้เห็นว่าผู้ป่วยยังรับรู้ข้อมูลที่ยังไม่ตรงตามความต้องการของแต่ละคน ดังความคิดเห็นที่หลากหลาย เช่น “หาข้อมูลจากคนที่ผ่าตัดด้วยการดมยาสลบ” “หาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต”

การพูดคุยอย่างเข้าใจระหว่างผู้ป่วย ญาติหรือบุคคลในครอบครัว ของพยาบาลหอผู้ป่วยในพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล เกิดขึ้นเพียงบางส่วนตามที่มิโนแบบฟอร์มการวางแผนการพยาบาล ทำให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นไม่เป็นรายบุคคล อาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยวิตกกังวลไม่ได้เป็นคนเข้ามาพูดคุยเอง หรือพยาบาลหอผู้ป่วยในเป็นคนพูดคุยกับผู้ป่วย ญาติหรือบุคคลในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจไม่เข้าใจสถานการณ์ ไม่ทราบเหตุการณ์ขั้นตอนในห้องผ่าตัด หรือไม่เคยเข้าห้องผ่าตัดเลย จึงใช้ประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมของตนเองในการพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วย จึงอาจให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนตามความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวล พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความตั้งใจในการปฏิบัติ

ซึ่งสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกันอยู่เป็นเพียงแผนการปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยไม่ได้เขียนรายละเอียดชัดเจนเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลถึงการซับซ้อนของการรักษาได้ ดังนั้น ในความเป็นองค์กรขนาดใหญ่ที่มีพยาบาลหลายหน่วยเข้ามามีบทบาทกับผู้ป่วย มีการปฏิบัติหน้าที่ที่แตกต่างกันของพยาบาลในแต่ละหน่วย อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ว่ามีความซับซ้อนเกิดขึ้น พยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยงานต้องหาวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมความคิด

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ หรือบุคคลในครอบครัว โดยการได้มาซึ่งปัญหา เพื่อนำไปใช้วางแผนการพยาบาล และหาวิธีในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล ดังนี้

- 1) การช่วยให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่เป็นข้อมูลต้นกำเนิดของการลดความรู้สึกไม่แน่นอน
- 2) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับรายละเอียด ก่อนที่จะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน

ข้อสรุปที่ 3 การดูแลและการให้ข้อมูลด้วยความใส่ใจทำให้รู้สึกอบอุ่นใจ

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูล มีความต้องการได้รับข้อมูลจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาได้สะท้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง อธิบายได้ดังนี้

การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทำให้บุคคลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น ส่งผลให้เกิดความชัดเจนในแบบแผนของอาการแสดงมากขึ้น (Mishel, 1988) และการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับความปรารถนาดีเห็นอกเห็นใจดูแลเอาใจใส่และเกิดความไว้วางใจซึ่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ในผู้ป่วยผ่าตัด สามารถกระทำได้โดยจัดเตรียมเครื่องมือไม่ให้มีเสียงดัง พูดคุยถึงปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกออกมา (Stanik, 1990) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและคุ้นเคย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถาม (เนตรทอง ทะยา และคณะ, 2545) โดยใช้คำถามปลายเปิดและใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลในการสื่อสารกับ ผู้ป่วยผ่าตัดร่วมรับรู้อารมณ์ของผู้ป่วยผ่าตัดโดยตั้งใจฟังเป็นผู้ฟังที่ดี (Gottlieb; as cited in House, 1981) ใช้การสัมผัสผู้ป่วยผ่าตัด ขณะพูดคุยตามความเหมาะสม (Stanik, 1990) การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยใช้กลไกการปรับตัวโดยเน้นที่ปัญหาได้ดีขึ้น เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด

การสื่อสารข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ที่แสดงถึงการสนับสนุนข้อมูลที่เป็นในการทำให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลลงได้ ในบันทึกทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดของพยาบาล ไม่ระบุรายละเอียดในการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความวิตกกังวล เช่น การให้ข้อมูลข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของผู้ป่วย การระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัด การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลขณะอยู่ในห้องผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ห้องพักรักษา และคำแนะนำในการช่วยเหลือของญาติในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลมีเวลาจำกัดในการทำกิจกรรมนี้ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติ พยาบาลจึงไม่สามารถจัดสรรเวลาได้อย่างเพียงพอในการให้ข้อมูลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทุกรายได้ ซึ่งผลลัพธ์การให้

ข้อมูลที่สำคัญ คือ การทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ กระบวนการให้ข้อมูลจึงควรเปิดกว้างและยืดหยุ่น ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม ระดับการรู้หนังสือ และความสามารถในการทำ ความเข้าใจที่แตกต่างกันของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัด และวิสัญญี พยาบาล จึงควรใส่ใจในทุกความรู้สึกที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพื่อให้การช่วยเหลือด้านอารมณ์และ จิตใจของผู้ป่วย โดยการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิด การเรียนรู้ ดังนี้

1) การสร้างความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ จากการทำงานร่วมกันของ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ข่าวสารอย่างเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัด และวิสัญญี พยาบาลต้องมีแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลไปแนวทางเดียวกัน คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถ ควบคุมความวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง พยาบาลจึงต้องให้ความร่วมมือกันในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วย ลดความวิตกกังวลลงได้ตั้งแต้อยู่ในหอผู้ป่วย ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ขณะอยู่บนเตียงผ่าตัด หลังผ่าตัด จนถึงผู้ป่วยกลับบ้าน ความร่วมมือในหอผู้ป่วยด้วยการนำผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านจิตอารมณ์ สังคม ความเชื่อ และจิตวิญญาณ ที่สร้างขึ้นในเวอร์ของตนเองมาใช้ในการส่งต่อระหว่างหอผู้ป่วย มีการ Pre-conference การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล

2) การมีสัมพันธภาพของทีมการพยาบาลกับผู้ป่วย ญาติ หรือบุคคลสำคัญในครอบครัวเพื่อ การสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันของพยาบาลวิชาชีพจะทำให้เกิดการร่วมมือกัน ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ร่วมแบ่งปันความรู้ และ ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลตามความรับผิดชอบให้กับผู้ป่วย และญาติ โดยใช้ความรู้เฉพาะที่ตนเอง มีในการค้นหาข้อมูลที่ระบุถึงความต้องการทาง ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย กำหนด แนวทางการปฏิบัติ และเป้าหมายร่วมกันที่ตอบสนองตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละวันตั้งแต่ ก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย ญาติ หรือบุคคลสำคัญในครอบครัว จะทำให้มีการกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ในการให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาที่เหมาะสม ให้มีความพร้อม ด้านอารมณ์และจิตใจ มีความพร้อมในการร่วมเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเองพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมี ทักษะ ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ การทำให้ ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ มีความวิตกกังวลน้อยที่สุดในการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบใน ครั้งนี้ จะสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยจากการให้การดูแล ช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการและ ความคาดหวังด้วยความเข้าใจ และเอาใจใส่

ข้อสรุปที่ 4 ความพร้อมและความเชี่ยวชาญของทีมงานทำให้เชื่อว่าการผ่าตัดจะผ่านไปด้วยดี

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง อธิบายได้ ดังนี้

การที่ผู้ป่วยรับรู้และมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในห้องผ่าตัด ทำให้บุคคลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น ส่งผลให้เกิดความชัดเจนในแบบแผนของอาการแสดงมากขึ้น เกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์และสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และความศรัทธาของบุคคลที่มีต่อเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพที่มีต่อการรักษา การได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ ทำให้ยอมรับและเชื่อฟังคำแนะนำต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัว ทั้งยังช่วยแปลความหมายอาการแสดงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Mishel, 1988)

การจัดสรรเวลาในการพูดคุยอย่างเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ควรให้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยทุกช่วงขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดจนถึงวันนัดติดตามการรักษาหลังผ่าตัด การสื่อสารที่ควรใช้ให้มากขณะอยู่ในห้องผ่าตัด คือ การสัมผัส การแสดงสีหน้า ท่าทางของพยาบาลวิชาชีพ การอยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิดเพื่อคอยให้กำลังใจ ซึ่งแตกต่างจากการทำงานในหน้าที่ของพยาบาลขณะรอผ่าตัด และมีผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัดด้วย

5.3 ข้อเสนอแนะการวิจัย

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัดด้วยการศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป มีข้อเสนอแนะ 3 ประเด็นจากการวิจัย ดังนี้

5.3.1 ด้านการบริหารการพยาบาล

เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป และการเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัดบนพื้นฐานการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อประสิทธิภาพผลลัพธ์ทางการพยาบาล

5.3.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) การนำข้อเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัดไปใช้ประโยชน์ทางการปฏิบัติการพยาบาล

2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดในห้องผ่าตัดและหลังการผ่าตัด เพื่อให้เกิดความพร้อมในการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบ เกิดความเข้าใจในทุกขั้นตอน มีความมั่นใจพร้อมที่จะเผชิญเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นในห้องผ่าตัด

5.3.3 ด้านการวิจัย

- 1) ควรมีการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด ที่ใช้แนวคิดการดูแลเอื้ออาทรของ Roach (1987) ในกลุ่มผู้ป่วยสาขาอื่นๆ
- 2) กระบวนการวิจัยที่อาศัยวิธีเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สามารถทำให้ได้ข้อมูลจากสถานการณ์จริงของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปในหลายแง่มุม จึงควรพัฒนาวิธีการเชิงคุณภาพในการศึกษาทางวิชาชีพ ในตัวแปรอื่นๆ เช่น การศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดที่เป็นเด็ก ผู้สูงอายุ หรือในผู้ป่วยผ่าตัดที่ผิดปกติเฉพาะที่ เป็นต้น



บรรณานุกรม

- กันยา ออประเสริฐ. (2541). กลยุทธ์ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด. วารสารพยาบาล
ห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. 3(1). 1-4.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2553). 10 ขั้วง่ายๆ วิจัยเชิงคุณภาพ: เคล็ดลับจากสามัญสู่ขั้นเทพ. นนทบุรี:
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.).
- จุฑามาส วงศ์นันดา. (2547). การรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรง
สนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑารัตน์ จองแก. (2550). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนใน
ความเจ็บป่วยของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรีพร เกตานนท์. (2546). คำถามที่มักพบเกี่ยวข้องกับ...การระงับความรู้สึก. สืบค้นเมื่อวันที่ 22
พฤษภาคม 2557. จากเว็บไซต์: <http://www.vichai-yuth.co.th/html/journal>.
- ชนิกา เจริญจิตต์กุล. (2549). จิตวิทยา: การดูแล. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2557. จากเว็บไซต์:
<http://www.academic.hcu.ac.th/forum/board>.
- ดารัสณี โพธารส. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักร้อน. กรุงเทพฯ: พน. เพรส.
- ทิพรดา ประสิทธิ์แพทย์. (2550). ประสบการณ์การได้รับการใส่สายระบายทรวงอกของผู้บาดเจ็บทรวง
อก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทัศนีย์ บุญทอง. (2531). มโนคติการพยาบาลแบบองค์รวม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการคณะ
พยาบาลศาสตร์ เรื่อง การพยาบาลแบบองค์รวม ครั้งที่ 1 เรื่อง มโนคติของการพยาบาลแบบ
องค์รวม วันที่ 2-4 พฤศจิกายน 2531 หน้า 1-7. กรุงเทพฯ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์, และชนิด วัชรพุกก์. (2542). *คำรณศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทา เล็กสวัสดิ์, สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม, นฤมล วงศ์มณีโรจน์ และพิชาณี แสนมโนวงศ์. (2542). *ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่*. (รายงานผลการวิจัย). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิตา ชูโต. (2551). *การวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พรินต์โปร.

นันทา เล็กสวัสดิ์. (2534). *การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด*. เชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาลศาสตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เนตรทอง ทะยา, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, และรัตนชฎาพรรณ อยู่ภาค. (2545). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด*. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 16(2), 268-274.

บังอร เกรียดชัยภูมิ. (2533). *ผลของคนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บัณฑิต จินตนาปราโมทย์. (2534). *การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและยาสำหรับ Premedication*. ในวรา สุวรรณจินดา และอังกาบ ปราการรัตน์ (บรรณาธิการ), *คำรณศาสตร์* (หน้า 71-83). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.

เบญจมาศ ปรีชากุล, และเบญจวรรณ ชีระเทอดตระกูล. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เอ พี ลิฟวิ่ง.

พงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล. (2553). *ระบบประเมินเพื่อวินิจฉัยและให้ข้อมูลย้อนกลับสำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาแพทย์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*. วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 32(1), 28-36.

พรทิพย์ ดันมุขกุล. (2541). *หลักการให้สารน้ำและเลือดระหว่างการผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.

พัทธิญา แก้วแพง. (2549). *หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด*. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2557. จากเว็บไซต์: www.elearning.siam.edu/file.php/44.doc.

พิศมัย อรทัย และศรีเวียงแก้ว เติ่งเกียรติตระกูล. (2551). พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลห้องผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรามธิบดี. *วารสารกองการพยาบาล*, 35(1), 115-122.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2538). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานปี 2535*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.

มุกดา เดชประพนธ์. (2550). *การทดสอบทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัชนก ทรงทรัพย์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และความรู้สึกไม่แน่นอนของครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

รุ่งกมล คลังวิจิตร. (2546). *ผลการใช้กระบวนการทำงานเป็นทีมของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เรณู อาจสาถิ. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.

วรณูช เกียรติพงษ์ถาวร, อัจฉรา เดชฤทธิพิทักษ์, สมคิด โพธิ์ชนพันธุ์ และผ่องศรี ศรีมรกต. (2544). *การพยาบาลศาสตร์ทางคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ลิฟวิ่ง ทรานส์ มีเดีย.

วรรณวิมล คงสุวรรณ. (2543). *ความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณวิมล คงสุวรรณ, สุธีรัตน์ พิมพ์พงศ์, วรณิ สัตยวิวัฒน์ และอุษาวดี อัครวิเศษ. (2545). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด*. *วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย*. 7(1) 56-64.

วรวิภา เจริญศิริ. (2552). *การดมยาสลบ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2557. จากเว็บไซต์: <http://bangkokhealth.nineweb.co.th/index.php/health/health-general/pain/660.html>.

วิชุดา เพื่อนสุข. (2553). *ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ศรินรา ทองมี. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการรักษา*
ด้วยการผ่าตัดแบบน้ำคั่งหน้าในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดบราซหานี.
วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

ศิริมา มณีโรจน์. (2549). การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา: การพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล.
วารสารการศึกษาพยาบาล. 17(1). 2-7.

ศิริพร จิรวัดนุกูล. (2548). การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น:
ศิริพันธ์ออฟเซต.

ศิริพร พุทธรังษี. (2546). *สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 8
เรื่อง การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด, วันที่ 28-29 มิถุนายน 2546, หน้า 37-45.
กรุงเทพฯ: ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย.

สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์. (2539). กระบวนการพยาบาลในห้องผ่าตัด. *วารสารพยาบาล.* 33(1). 38-49.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2542). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: บริษัทเจวีพรีนติ้ง จำกัด.

สมรัตน์ จารุลักษณ์นันท. (2548). *คำร่วิสัญญาวิทยา : การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อคุณภาพและความ*
ปลอดภัย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมุทรสาคร : วินเพรสโปรดักชั่นเฮาส์.

สุภางค์ จันทวานิช. (2554). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรางค์รัตน์ พรหมเจริญ. (2549). *คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดตามการรับรู้ของพยาบาล*
ห้องผ่าตัดและผู้ป่วยโรงพยาบาลประจำจังหวัด เขตภาคใต้ตอนล่าง. วิทยานิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุวรรณา ครอบเทียนชัย. (2554). *ความพึงพอใจของผู้ป่วยนิเวศเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสำหรับการ*
การ ให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา
คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อะเคื่อ อุณหเลขกะ. (2545). *การติดเชื้อในโรงพยาบาล: ระบาดวิทยาและการป้องกัน*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง.

อมรรัตน์ พุฒิมวงค์. (2541). *ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมคลุกในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรพินท์ หลักแหลม. (2545). *การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด*. เอกสารการสอนวิชาเทคโนโลยีการปฏิบัติการพยาบาล. ชลบุรี: ภาควิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

อลิศรา ชูชาติ. (2538). *การวิจัยเชิงคุณภาพ. ในชุดวิทยวิจัยทางการศึกษานอกโรงเรียน*. กรุงเทพฯ: กรมการศึกษานอกโรงเรียน.

อังกาบ ปราการรัตน์, และวรา สุวรรณจินดา. (2530). *ภัยของการให้ยาระงับความรู้สึก*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร

Atkinson, L. J. (1992). *Berry & Kohn's operating Room Technique*. (7th ed.). St. Louis: Mosby.

Beland, I. L., & Passos, J. Y. (1981). *Clinical Nursing Pathophysiological and Psychological Approaches*. (4th ed.). New York: Macmillan.

Boker, A., Brownell, L., & Donen N., (2002). The amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia volume*, 49(8), 792–798. doi:10.1007/BF03017410.

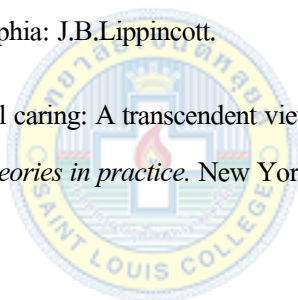
Caldwell, L. M. (1991). Surgical outpatient concern: What every perioperative nurse should know. *Association of Perioperative Registered Nurses*. 53(3) . 761- 763, 766- 767. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(07\)68951-0](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(07)68951-0)

Dunn, D. (1997). Responsibilities of the preoperative holding area nurse. *Association of Operating Room Nurses journal*. 66 (5). 820-830. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)62663-X](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)62663-X).

Hilton, B. A. (1994). The uncertainty stress scale: Its development and psychometric properties. *The Canadian Journal of Nursing Research*. 26(3). 15-30.

- House, J. S. (1981). *The nature of social support*. In M.A. Reading (Ed.), *Work stress and Social support*. California: Addison-Wesley. 13-40
- Jonsen, E., Athlin, E., & Suhr, O. B. (2000). Waiting for a liver transplant: the experience of patients with familial amyloidotic polyneuropathy. *Journal of Clinical Nursing*. 9(1). 63-70. doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00327.x.
- Katzen, J. (2002). Management of anxiety in the refractive surgery patients. *Insight /the American Society of Ophthalmic Registered Nurse*. 27(4). 103-109.
- Kneedler, J. A., & Dodge, G. H. (1987). *Perioperative patient Care the nursing perspective*. (2nd ed.). Boston: Blackwell Scientific publication.
- Lam, W. W. T., Chan, M., Ka, H. W., & Fielding, R. (2007). Treatment decision difficulties and post-operative distress predict persistence of psychological morbidity in chinese women following breast cancer surgery. *Psychooncology*. 16(10). 904-912. doi: 10.1002/pon.1147.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Mark, J., Lockhart, L., McMeekin, K., & Isles, C. (1997). How well do we support our patients between angiography and bypass surgery?. *Coronary Health Care*, 1(1), 18-21. [https://doi.org/10.1016/S1362-3265\(97\)80034-X](https://doi.org/10.1016/S1362-3265(97)80034-X).
- Martin, K. M. (1994). Loss without death: A dilemma for the head-injured patient's family. *Journal of Neuroscience Nursing*. 26(6). 134-139.
- McCormick, K. M., Naimark, B. J., & Tate, R. B. (2006). Uncertainty, symptom distress, anxiety, and functional status in patient awaiting coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*. 35(1). 34-45. doi: 10.1016/j.hrtlng.2005.08.002.
- Mishel, M. H., (1988). Uncertainty in Illness. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>.
- Mishel, M. H., & Braden, C. J. (1988). Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*. 37(2). 98-103, 127.

- Otker-Black, S. L. (1993). Preoperative preparation: Historical development. *Association of Operating Room Nurses journal*. 57(6). 1402-1415. doi: 10.1016/s0001-2092(07)67172-5.
- Roach, M. S. (1987). *The human act of caring; A blueprint for the health professions*. (Rev. Ed.) Ottawa: Canadian Hospital Association Press.
- Stanik, J. A. (1990). Caring for the family of the critical ill surgical patient. *Critical Care Nurse*. 10(1). 43-47. <https://doi.org/10.4037/ccn1990.10.1.43>.
- Stein-Parbury, J., & McKinley, S. (2000). Patients' experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 9(1). 20-27.
- Taylor, C., Lillis, C. & Le Mone, P. (1993). *Fundamental of nursing: The art and science of nursing care*. (2rd ed.). Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Watson, J. (1988). Transpersonal caring: A transcendent view of person, health and healing. In Parker, M. E. (Ed.) *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing Press.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัศวณิชย์

การศึกษา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์) Doctor of Philosophy (Ph.D.) (Nursing) The Catholic University of America
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. ดร.มนสภรณ์ วิฑูรเมธา

การศึกษา	ครุศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต (อุดมศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

3. อาจารย์มาลี วิชัยดิษฐ

การศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	อาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน





เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทําวิจัยในมนุษย์

เลขที่ 55/ 56

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขอให้
การรับรองว่า

โครงร่างงานวิจัยเรื่อง: "การศึกษาประสบการณ์การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยที่เข้ารับการ
ผ่าตัดเพื่อการเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลในห้องผ่าตัด "

ของ: นางอารี บุญมัน

นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยตามกระบวนการของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการ
วิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และเป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

เรือโทหญิง 

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องด้วยดิฉัน นางอารี บุญมั่ง นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ด้วยการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษานี้ทำให้พยาบาลเกิดความรู้ ความเข้าใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนขณะอยู่ในห้องผ่าตัดอย่างแท้จริงของผู้ป่วยผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่า มีความพึงพอใจและเกิดความประทับใจในบริการ นอกจากนี้ยังใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเป็นแนวทางในการเสนอรูปแบบการบริการการพยาบาลและการมอบหมายงานให้กับพยาบาลวิชาชีพแผนกอื่นๆ โดยการใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุมปัญหาตามความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาลที่ยั่งยืนและเหนือความคาดหมายของผู้ใช้บริการ ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเลือกเป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลในเรื่องดังกล่าวข้างต้น ดิฉันใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ ไม่เปิดเผยให้เกิดผลเสียหายต่อท่าน ทั้งในหน้าที่การงานและโดยส่วนตัว การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น การเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะเป็นด้วยความสมัครใจ หากท่านต้องการยกเลิก ท่านสามารถบอกยกเลิกโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัย ท่านสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ที่งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอริยประเทศหรือที่เบอร์โทรศัพท์ 081-5508524 ได้ตลอดเวลา ขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย จากผู้วิจัยแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

วันที่.....

ภาคผนวก ค

แบบบันทึก แบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลและแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญ
ความรู้สึกไม่แน่นอนขณะอยู่ในห้องผ่าตัด



แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วย

วันที่สัมภาษณ์.....

ผู้ให้ข้อมูลคนที่.....

เพศ.....() ชาย () หญิง

อายุ.....ปี

สถานภาพสมรส

() โสด () คู่ () หม้าย/ หย่า/ แยก

จำนวนบุตร

() ไม่มี () มี.....คน

ศาสนา

() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่นๆ ระบุ.....

ภูมิลำเนา.....

ระดับการศึกษา (โปรดระบุ).....

สิทธิค่าใช้จ่าย (โปรดระบุ).....

ลักษณะงานอาชีพ (โปรดระบุ).....

รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน.....บาท

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน.....บาท

ความเพียงพอของรายได้ขณะเจ็บป่วย () ไม่เพียงพอ () เพียงพอ () มีเหลือเก็บ

การวินิจฉัยโรค.....

วัน/ เดือน/ ปีที่ผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป.....

ระยะเวลาผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดขณะอยู่ในห้องผ่าตัด

1. ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อทราบว่าต้องผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป และท่านตัดสินใจด้วยเหตุผลอะไร
2. ท่านช่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ท่านเตรียมตัวอย่างไร มีอุปสรรคหรือไม่ ถ้ามีท่านทำอย่างไร
3. ท่านได้รับการกระทำหรือการปฏิบัติก่อนการผ่าตัดในส่วนที่ท่านจำได้ กรุณาเล่าให้ฟังด้วยค่ะ
4. เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่เปลี่ยนอนมารับท่านไปห้องผ่าตัดขณะนั้นท่านรู้สึกอย่างไร
5. ท่านช่วยเล่าประสบการณ์เมื่อท่านมาถึงห้องผ่าตัด ขณะนั้นท่านรู้สึกอย่างไรและท่านคิดถึงใครอยากให้อยู่ด้วยขณะนั้น
6. เมื่อท่านนอนบนเตียงผ่าตัดท่านรู้สึกอย่างไร อะไรทำให้ท่านรู้สึกอย่างนั้นและท่านมีวิธีการจัดการอย่างไร
7. ขณะที่เริ่มจะได้รับยาดมสลบท่านรู้สึกอย่างไรในขณะนั้น ท่านต้องการความช่วยเหลือหรือไม่อย่างไร ถ้าต้องการ ท่านต้องการความช่วยเหลือจากใครมากที่สุด เพราะเหตุใด
8. ท่านช่วยเล่าถึงความรู้สึกกลัว วิดกกังวล เครียดหรือเป็นทุกข์ในขณะนั้น ว่าเป็นอย่างไร และท่านทำอย่างไรกับความรู้สึกเหล่านั้นท่านได้รับการช่วยเหลืออย่างไรและท่านรู้สึกอย่างไร
9. ขณะอยู่ในห้องผ่าตัดเมื่อท่านรู้สึกกลัว วิดกกังวล เครียดหรือทุกข์ บ้างจะอะไรที่ช่วยให้ท่านบรรเทาหรือกำจัดความรู้สึกเหล่านี้ หรือบ้างจะอะไรที่ทำให้ท่านมีอาการมากขึ้น
10. มีบริการใดในห้องผ่าตัดที่ทำให้ท่านประทับใจ/พอใจที่สุด เพราะอะไรและมีบริการใดที่ท่านไม่ ประทับใจ เพราะอะไร
11. ขณะอยู่ในห้องผ่าตัดท่านมีข้อสงสัยอะไร หรือคำถามใดบ้าง ที่ท่านยังไม่ได้รับคำตอบ หรือคำตอบไม่ชัดเจน
12. ขณะอยู่ในห้องผ่าตัดบุคลากรที่ให้ความรู้/ คำแนะนำแก่ท่าน คือใคร ที่ไหน และเรื่องอะไร ท่านรู้สึกอย่างไรต่อความรู้และคำแนะนำที่ท่านได้รับ
13. กิจกรรมพยาบาลที่ท่านได้รับขณะอยู่ในห้องผ่าตัดขณะนั้นคืออะไร และท่านรู้สึกอย่างไร
14. ท่านรู้สึกอย่างไรกับอุณหภูมิห้องผ่าตัดในขณะนั้น
15. ท่านช่วยเล่าถึงความรู้สึกของท่านเมื่อฟื้นจากยาดมสลบเป็นอย่างไรและท่านได้รับการช่วยเหลืออย่างไร
16. เมื่อการผ่าตัดเสร็จและท่านได้กลับมานอนที่หอผู้ป่วยเรียบร้อยแล้วขณะนั้นท่านรู้สึกอย่างไร

17. ขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัดนั้นท่านมีความรู้สึกกลัว วิตกกังวลหรือเป็นทุกข์ในเรื่องใดมากที่สุด เพราะเหตุใด ท่านจัดการได้อย่างไร

18. ช่วยเล่าประสบการณ์ของท่านขณะอยู่ในห้องผ่าตัดว่ามีอะไรเกิดขึ้น ท่านคิดว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร

19. ท่านได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่ผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปเหมือนท่านทั้งก่อนและหลังผ่าตัดท่านคิดอย่างไร

20. ท่านคิดว่าการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไปมีความสำคัญต่อท่านอย่างไรเพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น

21. ท่านได้รับข้อมูลหรือคำอธิบายในการดูแลตนเองก่อนผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดอะไรบ้าง ท่านรู้สึกอย่างไรและท่านต้องการข้อมูลใดเพิ่มเติมหรือไม่อย่างไร

22. ท่านคิดว่าภายหลังการผ่าตัดการเจ็บป่วยของท่านจะเป็นอย่างไร ท่านคิดว่าอาการจะดีขึ้นหายไปหรือเลวลงอย่างไร เพราะอะไร

23. ท่านคาดหวังถึงผลการผ่าตัดที่ได้รับว่าควรเป็นอย่างไร

24. ท่านรู้สึกว่าการผ่าตัดจะกระทบกับชีวิตประจำวันของท่านอย่างไร เพราะอะไร

25. ท่านรู้สึกอย่างไรกับผลกระทบที่เกิดขึ้นท่านต้องการการพยาบาลใดเพื่อช่วยแก้ไขจัดการกับผลกระทบนั้น

26. ช่วยเล่าประสบการณ์ของท่านขณะอยู่ในห้องผ่าตัดว่ามีอะไรเกิดขึ้น ท่านคิดว่า เกิดขึ้นได้อย่างไร

27. ขณะที่ท่านอยู่ในห้องผ่าตัดอารมณ์และความรู้สึกโดยทั่วไปของท่านเป็นอย่างไร

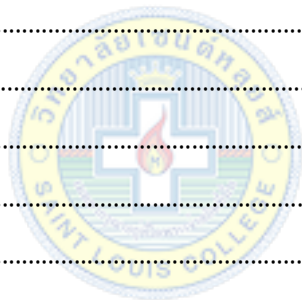
ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการเก็บข้อมูล

รหัสผู้ให้ข้อมูล(นามสมมติ).....

วันที่สัมภาษณ์.....เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์.....

สถานที่.....

พฤติกรรมของผู้ให้สัมภาษณ์



ภาคผนวก ง

หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิ





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathon Rd., Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ ว.ชล.83000/0526

10 พฤษภาคม 2556

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วย นางอารี บุญมั่ง นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยเผชิญภาวะความไม่แน่นอนในห้องผ่าตัดด้วยการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษาขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดวนิชย์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอารี บุญมั่ง และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร. สมศรี สุ่มธ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุพิน ถนัดวนิชย์

ผู้ประสานงาน : สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 63121

โทรสาร 0 2675 5313

พป/ธล



บันทึกข้อความ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

วันที่ 7 พฤษภาคม 2556

สิ่งที่ส่งมาด้วย

1. โครงการวิจัย จำนวน 2 ฉบับ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 4 ฉบับ

ด้วย นางอารี บุญมั่ง นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยเผชิญภาวะความไม่แน่นอนในห้องผ่าตัด ด้วยการศึกษาระยะสปรกการณของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วร่างกาย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา ขอเรียนเชิญ ดร.มนสภรณ์ วิฑูรเมธา และ อาจารย์มาลี วิชัยดิษฐ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางอารี บุญมั่ง และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้



(รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

สำเนาเรียน : ดร.มนสภรณ์ วิฑูรเมธา และ อาจารย์มาลี วิชัยดิษฐ์

ภาคผนวก จ

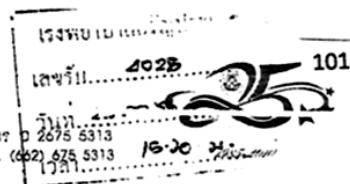
หนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathon Rd., Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ บพ.1บพ.128/56

สำนักงานบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

16 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงการวิจัย
 2. เครื่องมือวิจัย
 3. จดหมายอนุมัติจริยธรรมการวิจัย

ด้วย นางอารี บุญมัน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้ดำเนินการทำสารนิพนธ์เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนขณะอยู่ในห้องผ่าตัดด้วยการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป" โดยมี รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และอยู่ระหว่างการดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยซึ่งเป็นแบบสอบถาม "ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยการดมยาสลบแบบทั่วไป"

ในการนี้ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พิจารณาเห็นว่าโรงพยาบาลรัฐประเทศเป็นสถานที่ที่เหมาะสมต่อการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษาได้ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวกับผู้ป่วยในหน่วยงานของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐประเทศ

ขอแสดงความนับถือ

- ☐ ไม่ทราบ
☒ ไม่โปรดพิจารณา
☐ เห็นสมควร
☐ อื่นๆ

เรือโทหญิง

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการบริหารการพยาบาล

สำนักงานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0-2675-5304-12 ต่อ 63115, 63116, 63117

โทรสาร 0-2675-5313

26 ส.ค. 56

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-ชื่อสกุล	นางอารี บุญม่น
วันเดือนปีเกิด	23 พฤศจิกายน 2503
สถานที่เกิด	จังหวัดปราจีนบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2522	ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลและผดุงครรภ์ โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลและผดุงครรภ์ จังหวัดราชบุรี
พ.ศ. 2530	ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา
พ.ศ. 2544	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว