

ผลของการประเมินก่อนการระงับความรู้สึกโดยใช้วิดีโอทัศนต่อความกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

กฤติน กิตติกรชัยชาญ*, พัทยา จันทร์เสงี่ยม, นฤมล ไชยชำนาญเวช, เอกนัช อาจอนกุล,

นันทนา หอมสุข, พัทยากร เกิดสุข

สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 20130

Effects of Preanesthetic Evaluation with Video Information on Preoperative Anxiety in Patients Undergoing Surgery at Burapha University Hospital

Krittin Kittikornchaichan*, Pattaya Jansagiam, Narumon Chaichamnawet,

Aekanaj Arththakul, Nanthana Homsuk, Pattayakorn Gersdus

Department of Anesthesiology, Faculty Of Medicine, Burapha University, Chonburi, 20130 Thailand

หลักการและวัตถุประสงค์: ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมีความกังวลมาก การสื่อสารเพื่อลดความกังวลมีหลายรูปแบบ ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของการให้ความรู้ก่อนการระงับความรู้สึก (วางยาสลบ) โดยใช้วิดีโอทัศนต่อความกังวลก่อนการผ่าตัด และเปรียบเทียบความกังวลก่อนและหลังการประเมินก่อนการระงับความรู้สึกของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 203 ราย ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินก่อนการระงับความรู้สึกโดยแผนกวิสัญญี ด้วยการพูดคุย อธิบาย หลังจากนั้นผู้ป่วยจะรับชมวิดีโอทัศนเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก โดยจะมีการวัดระดับความกังวลของผู้ป่วยโดยใช้ 100 มม. visual analog scale (VAS) ผู้ป่วยจะให้คะแนนความกังวลทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนการประเมินก่อนการระงับความรู้สึกโดยการพูดคุยกับแผนกวิสัญญี (VAS ก่อนพูดคุย) ครั้งที่ 2 หลังจากพูดคุยกับแผนกวิสัญญีเสร็จแล้ว (VAS หลังพูดคุย) ครั้งที่ 3 หลังจากรับชมวิดีโอทัศนเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก (VAS หลังดูวิดีโอทัศน) ครั้งที่ 4 ในวันผ่าตัด ในช่วงที่ผู้ป่วยรอเข้าห้องผ่าตัด (VAS ก่อนผ่าตัด)

ผลการศึกษา: จากการศึกษาพบว่า ในช่วงการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก เมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกจากทีมวิสัญญีแล้ว พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความกังวล (VAS หลังพูดคุย) ลดลงอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 31.63, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 28.53) และลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความกังวลก่อนการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก (VAS ก่อนพูดคุย) (ค่าเฉลี่ย = 37.54,

Background and Objective: Prior to the operations, it had been known that waiting patients had a high level of anxiety. Patients had been provided with a plurality of doctor-patient communication in order to lessen their anxiety. In this regard, the objective of this study thus is twofold: first, to investigate the effects of preanesthetic evaluation with the video use on preoperative anxiety. Second, to compare the anxiety before and after this type of preanesthetic evaluation.

Methods: In this experimental research, there were 203 patient participants who underwent surgery and anesthesia at Burapha University Hospital. The anesthesia team performed preanesthetic evaluation on patients. The team talked and provided them with explanations. Then, the team had patients to watch video information about anesthesia. Their anxiety was measured by employing the 100 mm of Visual Analog Scale (VAS). The VAS scores of individual patients were measured and collected throughout all periods of measurement, accordingly. In this study, patients were told to rate their anxiety level for four periods: first, VAS was measured prior to preanesthetic evaluation (VAS before talk). Second, VAS was then collected after preanesthetic evaluation (VAS after talk). Third, it was after watching a video about the anesthesia in which VAS score was performed after a video session (VAS

*Corresponding author: Krittin Kittikornchaichan, Department of Anesthesiology, Faculty Of Medicine, Burapha University, Chonburi, 20130 Thailand. Email: krittin4936@gmail.com

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 31.45) ($p < 0.01$) หลังจากได้รับชมวิดีโอเกี่ยวกับกระบวนการรับความรู้สึก พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความกังวล (VAS หลังดูวิดีโอ) ลดลงอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 28.57, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 28.10) และลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับระดับความกังวลทั้งในช่วงก่อนการประเมินก่อนการรับความรู้สึก (VAS ก่อนพูดคุย) และระดับความกังวลหลังพูดคุย (VAS หลังพูดคุย) ($p < 0.01$) ในวันผ่าตัด ผู้ป่วยมีความกังวลก่อนการผ่าตัด (VAS ก่อนผ่าตัด) เพิ่มขึ้นแต่ยังอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 39.01, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 31.42) เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความกังวลก่อนการประเมินก่อนการรับความรู้สึก (VAS ก่อนพูดคุย) พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป: การประเมินก่อนการรับความรู้สึกโดยใช้วิดีโอร่วมด้วยสามารถลดความกังวลในช่วงการประเมินก่อนการรับความรู้สึกในทั้งสองช่วงทั้งในช่วงหลังจากพูดคุยกับแผนกวิสัญญีและหลังจากดูวิดีโอ แต่ไม่สามารถช่วยลดความกังวลก่อนการผ่าตัดได้

คำสำคัญ: การประเมินก่อนการรับความรู้สึก (วางยาสลบ), ความกังวลก่อนการผ่าตัด, วิดีทัศน์

after video session). Fourth, it was on the day of surgery in which preoperative anxiety level was recorded before the surgery (VAS before surgery).

Results: According to the study, it was found that VAS after talk became low after patients talked to the preanesthetic evaluation team (mean = 31.63; SD = 28.53). This was also significantly low in a comparison to VAS before talk (mean = 37.54; SD = 31.45; $p < 0.01$). Regarding VAS after video session, it was also low (mean = 28.57; SD = 28.10). And, this anxiety decreased significantly when compared to VAS before talk and VAS after talk ($p < 0.01$). On the operation day, it was found that VAS before surgery grew (mean = 39.01; SD = 31.42). Nevertheless, it was normally low. Comparing the anxiety level, the VAS before talk was not significantly different from VAS before surgery.

Conclusion: To sum up, the use of preanesthetic evaluation jointly used with video information by the anesthetic team yielded the results that it could conceivably decrease the anxiety level in two preanesthetic periods, which were after talking to anesthesia team and after watching a video. However, this integrated use was firmly unable to significantly lower the preoperative anxiety among patients.

Keywords: preanesthetic evaluation, preoperative anxiety, video information

ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31 (3): 299-305. ♦ Srinagarind Med J 2016; 31 (3): 299-305.

บทนำ

การได้รับการผ่าตัดถือเป็นความเครียดของช่วงชีวิตของผู้ป่วย ความกังวลก่อนผ่าตัดพบได้ประมาณร้อยละ 60-80¹⁻³ สาเหตุของความกังวลส่วนใหญ่เกิดจากความกลัวการผ่าตัด การรับความรู้สึก และภาวะแทรกซ้อน เช่น ความปวด คลื่นไส้อาเจียน^{2,3} มีการศึกษาพบว่าความกังวลก่อนการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความปวดหลังผ่าตัดความต้องการยาแก้ปวดหลังผ่าตัดมากขึ้น เพิ่มระยะเวลาการพักฟื้น และการอยู่โรงพยาบาล⁴ มีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการลดความกังวลของผู้ป่วย เช่น การให้ยาคลายเครียด การใช้เพลงในการลดความกังวล⁵⁻⁸ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด^{3,9,10}

ผู้ป่วยต้องการข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการรับความรู้สึก (วางยาสลบ) การผ่าตัด สภาวะที่ผู้ป่วยจะต้องพบ และการดูแลรักษาที่จะได้รับ การได้รับข้อมูลที่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้นและคลายความกังวล

รูปแบบของการสื่อสารในผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการพูดคุย อธิบายการผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด การวางยาสลบ และมีการตอบคำถามข้อสงสัยในตอนท้ายการสนทนา รูปแบบอื่นนอกเหนือที่นำมาใช้ร่วมกับการพูดคุยได้แก่ การใช้แผ่นพับ การใช้วิดีโอประกอบ จากการศึกษาของ Ayral และคณะ¹¹ พบว่า การให้ข้อมูลผ่านวิดีโอแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดข้อเข่าสามารถลดความกังวลและมีประสิทธิภาพมากกว่าการพูดคุยกับแพทย์หรือ

แจกแผ่นพับเพียงอย่างเดียว ซึ่งวิธีนี้หลังจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการผ่าตัด การทำหัตถการต่างๆ ไม่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกโดยเฉพาะ การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษาถึงผลของการใช้วิธีที่สนใจเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกต่อความกังวลก่อนการผ่าตัด เพื่อหวังผลลดความกังวลของผู้ป่วย และเพื่อจัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วยก่อนการรับรู้ความรู้สึกโดยใช้วิธีที่สนใจเนื่องจากความกังวลมีผลกระทบต่อผู้ป่วย และการดูแลรักษาตามที่ได้อธิบายมาแล้ว และปัจจุบันเทคโนโลยีได้ก้าวหน้า ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างง่ายดาย และหลายรูป เช่น สมาร์ทโฟน (smartphone) แท็บเล็ตพีซี (tablet PC) จึงเลือกรูปแบบการให้ข้อมูลแบบวิธีที่สนใจเพื่อศึกษาถึงผลของการให้ความรู้ก่อนการรับรู้ความรู้สึก (วางยาสลบ) โดยใช้วิธีที่สนใจต่อความกังวลของผู้ป่วยในช่วงการประเมินก่อนการรับรู้ความรู้สึก และช่วงก่อนการผ่าตัด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นการศึกษาแบบการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาผ่าตัดตามตารางการผ่าตัดของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 194 ราย เกณฑ์พิจารณาเข้าร่วมการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่สามารถรับการผ่าตัดได้ มีความเข้าใจในภาษาไทย มีความเข้าใจและสามารถให้คะแนนความกังวลได้ เกณฑ์แยกออกคือ ผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจภาษา มีความบกพร่องทางสติปัญญาไม่สามารถให้ความร่วมมือในการศึกษาได้ หลังจากผู้ป่วยที่ผ่านการพิจารณาว่าเข้าเกณฑ์ผู้ป่วยที่สามารถรับการผ่าตัดได้โดยแพทย์ผ่าตัดจากแต่ละแผนก ผู้ป่วยมาที่แผนกวิสัญญีวิทยาเพื่อประเมินก่อนการรับรู้ความรู้สึก ผู้ป่วยญาติและผู้ปกครองได้รับการอธิบายถึงขั้นตอนการศึกษา การเข้ามามีส่วนร่วมของการศึกษาในครั้งนี้ หลังจากนั้นลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินก่อนการรับรู้ความรู้สึกประมาณ 1-2 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัด^{12,13} ที่คลินิกประเมินก่อนการรับรู้ความรู้สึก ซึ่งในวันนั้นจะทำการวัดระดับความกังวลก่อนการรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยโดยใช้ 100 มม. visual analog scale (VAS)¹⁴⁻¹⁶ ผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายวิธีการประเมินความกังวล โดยระดับความกังวล 0 หมายถึงไม่มีความกังวล และ 100 หมายถึงกังวลมากที่สุดเท่าที่จะจินตนาการได้ ผู้ป่วยจะให้คะแนนความกังวลเป็นตัวเลข (ครั้งที่ 1 VAS ก่อนผ่าตัด) หลังจากนั้นทีมวิสัญญีจะซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินก่อนการรับรู้ความรู้สึก

ว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับการผ่าตัดและการรับรู้ความรู้สึกเพียงใด หลังจากประเมินโดยทีมวิสัญญีเสร็จแล้ว ผู้ป่วยจะให้คะแนนความกังวลหลังผ่าตัด (ครั้งที่ 2 VAS หลังผ่าตัด)

หลังจากให้คะแนนแล้ว ผู้ป่วยจะรับชมวิดีโอเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก หลังจากรับชมเสร็จ ผู้ป่วยจะให้คะแนนความกังวลหลังดูวิดีโอ (ครั้งที่ 3 VAS หลังดูวิดีโอ)

ผู้ป่วยจะถูกประเมินก่อนการรับรู้ความรู้สึกโดยวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล และวิดีโอที่รับชมจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกซึ่งจัดทำโดยทีมวิสัญญีวิทยานักภาษามือ ผ่านการพิจารณา โดยผู้เชี่ยวชาญเทคโนโลยีการศึกษา ผ่านการทดสอบโดยประชาชนทั่วไป เนื้อหาวิดีโอเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกชนิดของการรับรู้ความรู้สึกการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ขั้นตอนการรับรู้ความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และในช่วงสุดท้ายของการประเมินจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก

ในวันผ่าตัดจะมีการประเมินความกังวลอีกครั้งในช่วงที่ผู้ป่วยรอเข้าห้องผ่าตัด (ครั้งที่ 4 VAS ก่อนผ่าตัด)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลในช่วงต่างๆ ด้วยสถิติ paired sample t-test และเปรียบเทียบความวิตกกังวลระหว่างเพศ การเคยได้รับการรับรู้ความรู้สึก ด้วยสถิติ independent sample t-test กำหนดให้ข้อมูลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษารวม 203 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.14) ช่วงอายุ 31-60 ปี (ร้อยละ 45.82) สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 34.48) เคยผ่านการรับรู้ความรู้สึกมาแล้ว (ร้อยละ 55.17) และส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดภายใน 10 วันหลังการประเมินก่อนการรับรู้ความรู้สึก (ร้อยละ 38.42) (ตารางที่ 1)

ระดับความกังวลของผู้ป่วยก่อนการประเมินก่อนการรับรู้ความรู้สึก (VAS ก่อนผ่าตัด) มีความกังวลอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 37.54, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 31.45) เมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกจากทีมวิสัญญีแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความกังวล (VAS หลังผ่าตัด) ลดลงอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 31.63, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 28.53) และลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับระดับความกังวลก่อนการประเมินก่อนการรับรู้ความรู้สึก (VAS

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ	
ชาย	87 (42.86)
หญิง	116 (57.14)
รวม	203 (100.00)
2. อายุ (ปี)	
18 - 30	50 (24.63)
31 - 60	93 (45.82)
มากกว่า 61	60 (29.55)
รวม	203 (100.00)
3. ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	50 (24.63)
มัธยมศึกษาตอนต้นมัธยมศึกษาตอนปลายปวช.	45 (22.17)
อนุปริญญาปวส.กำลังศึกษาปริญญาตรี	38 (18.72)
จบการศึกษาปริญญาตรีสูงกว่าปริญญาตรี	70 (34.48)
รวม	203 (100.00)
4. ประวัติการเคยระงับความรู้สึก	
เคย	112 (55.17)
ไม่เคย	91 (44.83)
รวม	203 (100.00)
5. ระยะเวลาตั้งแต่การประเมินก่อนการระงับความรู้สึกถึงวันผ่าตัด (วัน)	
1 - 10	78 (38.42)
11 - 20	38 (18.72)
21 - 30	46 (22.66)
มากกว่า 30	41 (20.20)
รวม	203 (100.00)

ก่อนผ่าตัด (p<0.01) (ตารางที่ 2 และ 3)

หลังจากได้รับชมวิดีโอความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดขั้นตอนการระงับความรู้สึกภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความกังวล (VAS หลังดูวิดีโอ) ลดลงจากเดิมและอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย=28.57, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 28.10) และลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับระดับความกังวลทั้งในช่วงก่อนการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก (VAS ก่อนผ่าตัด) และระดับความกังวลหลังผ่าตัด (VAS หลังผ่าตัด) (p<0.01)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความกังวลของกลุ่มตัวอย่าง (n=203)

ช่วงของการประเมิน	คะแนนVAS	
	Mean	SD
ก่อนผ่าตัด	37.54	31.45
หลังผ่าตัด	31.63	28.53
หลังดูวิดีโอ	28.57	28.10
ก่อนผ่าตัด	39.01	31.42

ในวันที่มาผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยมีความกังวลก่อนการผ่าตัด (VAS ก่อนผ่าตัด) เพิ่มขึ้นแต่ยังอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย =39.01, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 31.42) เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความกังวลก่อนการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก (VAS ก่อนผ่าตัด) พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจะมีระดับความกังวลสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 ในทุกๆ ช่วงเวลา (ตารางที่ 4)

ในทุกๆ ช่วงเวลา ผู้ป่วยที่ไม่เคยผ่านการระงับความรู้สึกมาก่อนจะมีระดับความกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่เคยผ่านการระงับความรู้สึก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

ขั้นตอนการระงับความรู้สึกประกอบด้วย 3 ช่วงคือ ช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการระงับความรู้สึก ซึ่งแต่ละช่วงมีความสำคัญพอๆ กัน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงควรเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อรับการระงับความรู้สึก ในช่วงก่อนการระงับความรู้สึกเป็นการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกให้คำแนะนำถึงการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก อธิบายถึงขั้นตอน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ของการระงับความรู้สึก รวมทั้งการตอบปัญหา ข้อสงสัยของผู้ป่วย รวมถึงการลงนามยินยอมให้ระงับความรู้สึกจากการศึกษาของ Jawaid และคณะ³ พบว่า ผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกจะมีความกลัวกังวลในหลายๆ เรื่อง เช่น เป็นห่วงครอบครัว ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ผลของการผ่าตัด และความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การอธิบายเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกช่วยลดความกังวลได้ ดังนั้นการประเมินก่อนการระงับความรู้สึกจึงมีประโยชน์ นอกจากจะลดความกังวล ยังเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก¹⁷⁻¹⁹ และเพิ่มความพึงพอใจอีกด้วย^{11,17,18}

ความกังวลก่อนการผ่าตัดและระงับความรู้สึกเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้บ่อยพบได้ถึงร้อยละ 62²⁰ โดยมีการศึกษาและคิดหาวิธีในการจัดการกับความกังวลหลายวิธี เช่น การอธิบายพูดคุยก่อนการระงับความรู้สึก (การวางยาหลับ)^{3,17} การแจกแผ่นพับให้ความรู้¹⁷ การนัด²¹ การใช้โธรมาเซป^{21,22} การใช้ดนตรี⁵⁻⁸ และวิดีโอ¹¹ ซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีการศึกษาเปรียบเทียบกับวิธีอื่นๆ แล้วได้ผลดี^{11,19,23-25}

จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความกังวลเฉลี่ยก่อนการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก (VAS ก่อนผ่าตัด) มากกว่าระดับความกังวลเฉลี่ยหลังการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก (VAS หลังผ่าตัด) อย่างมีนัยสำคัญ การประเมิน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย VAS ในระหว่างช่วงเวลาต่างๆ

เปรียบเทียบ ช่วงเวลา	ค่าเฉลี่ย	VAS ก่อนผ่าตัด 37.54	VAS หลังผ่าตัด 31.63	VAS หลังดูวิดีโอ 28.57
VAS ก่อนผ่าตัด	37.54			
VAS หลังผ่าตัด	31.63	5.91** (t=5.295) (p=0.000)		
VAS หลังดูวิดีโอ	28.57	8.97** (t=5.655) (p=0.000)	3.05** (t=3.273) (p=0.001)	
VAS ก่อนผ่าตัด	39.01	-1.48 (t=0.850) (p=0.396)	-7.39** (t=4.821) (p=0.000)	-10.44** (t=6.083) (p=0.000)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความกังวลในช่วงเวลาต่าง ๆ โดยจำแนกตามเพศ

VAS ในช่วงเวลาต่าง ๆ	เพศ	N	Mean	SD	t	p
ก่อนผ่าตัด	ชาย	87	30.69	27.19	2.811*	0.005
	หญิง	116	42.67	33.50		
หลังผ่าตัด	ชาย	87	26.44	25.92	2.267*	0.024
	หญิง	116	35.52	29.85		
หลังดูวิดีโอ	ชาย	87	23.79	25.21	2.166*	0.031
	หญิง	116	32.16	29.69		
ก่อนผ่าตัด	ชาย	87	32.64	29.03	2.576*	0.011
	หญิง	116	43.79	32.40		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความกังวลในช่วงเวลาต่าง ๆ โดยจำแนกตามการเคยผ่านการรับความรู้สึก

ช่วงเวลาที่ทดลอง	การเคยดมยาสลบ	N	Mean	SD	t	p
ก่อนผ่าตัด	เคย	112	29.29	30.16	4.325*	0.000
	ไม่เคย	91	47.69	30.15		
หลังผ่าตัด	เคย	112	24.91	27.05	3.846*	0.000
	ไม่เคย	91	39.89	28.26		
หลังดูวิดีโอ	เคย	112	20.89	24.44	4.436*	0.000
	ไม่เคย	91	38.02	29.52		
ก่อนผ่าตัด	เคย	112	30.71	29.58	4.358*	0.000
	ไม่เคย	91	49.23	30.74		

ก่อนการรับความรู้สึกโดยการผ่าตัดกับทีมวิสัญญีสามารถลดความกังวลของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jawaid และคณะ³ และ Synder-Ramos¹⁷ พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับความรู้สึก และการประเมินก่อนการรับความรู้สึกสามารถลดความกังวลและผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้นด้วย ผู้ป่วยมีโอกาสทำความเข้าใจและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับการรับความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยหายสงสัยคลายกังวล และระดับความกังวลจึงลดลง

หลังจากผู้ป่วยรับชมวิดีโอ และวัดระดับความกังวลพบว่า ระดับความกังวลเฉลี่ยหลังดูวิดีโอ (VAS หลังดูวิดีโอ) มีค่าน้อยกว่าระดับความกังวลเฉลี่ยก่อนและหลัง

การประเมินก่อนการรับความรู้สึก (VAS ก่อนผ่าตัดและ VAS หลังผ่าตัด) อย่างมีนัยสำคัญ วิดีทัศน์สามารถลดความกังวลของผู้ป่วยได้ โดยผู้ป่วยที่มีความสงสัยเกี่ยวกับการรับความรู้สึกว่าต้องทำอะไรบ้าง หรือจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย เมื่อดูวิดีโอแล้วมีความเข้าใจในการรับความรู้สึกมากขึ้น เห็นภาพชัดเจน ทำให้คลายกังวลได้ วิดีทัศน์จึงเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยนอกเหนือจากการพูดคุยตามปกติ

ความสัมพันธ์ของ เพศ อายุ การศึกษา และประสบการณ์การเคยผ่านการรับความรู้สึกกับระดับความกังวลก่อนการรับความรู้สึก จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีความกังวล

มากกว่าชาย อายุยิ่งมากขึ้นความกังวลจะมีแนวโน้มลดลง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยในระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีระดับความกังวลในแต่ละระดับการศึกษาลดลง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่ไม่เคยผ่านการรับความรู้สึกมาก่อนจะมีความกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ผ่านการรับความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า เพศหญิงมีความกังวลมากกว่าเพศชาย^{3,11,20} อายุยิ่งมากความกังวลก็จะลดลง^{11,20} ยิ่งการศึกษาสูงความกังวลจะน้อยกว่า²⁰ ผู้ที่เคยผ่านการผ่าตัดมาแล้วจะมีความกังวลน้อยกว่า²⁰ ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้นผู้ป่วยหญิงอายุน้อย และไม่เคยผ่านการรับความรู้สึกจึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ทีมวิสัญญีต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากจะมีความกังวลมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

ในวันที่ผ่าตัดได้สอบถามระดับความกังวลอีกครั้ง ปรากฏว่าระดับความกังวลก่อนการผ่าตัดสูงมากกว่าระดับความกังวลก่อนการประเมินก่อนการรับความรู้สึก อาจเนื่องมาจากการวัดระดับความกังวลก่อนการผ่าตัดนั้นได้ถามก่อนเข้าห้องผ่าตัดหรือในห้องผ่าตัดซึ่งใกล้เวลาจะทำการผ่าตัดแล้ว ทำให้กระชั้นชิดเกินไป ความกังวลจึงเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าช่วงการประเมินก่อนการรับความรู้สึกสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiala และคณะ²⁵ พบว่า ระดับความกังวลก่อนการผ่าตัดจะเพิ่มขึ้นมากกว่าระดับความกังวลในช่วงประเมินก่อนการรับความรู้สึก แต่ในกลุ่มที่ดูวิดีโอทัศน์จะมีระดับความกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ดู

นอกจากความกังวลเกี่ยวกับการรับความรู้สึกแล้ว ผู้ป่วยยังมีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดร่วมด้วยจากการศึกษาของ Jawaid³ พบว่าผู้ป่วยมีระดับความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด (57.65 ± 25.1) มากกว่าการรับความรู้สึก (38.14 ± 26.0) ซึ่งในระหว่างพูดคุยแนะนำเกี่ยวกับการรับความรู้สึก ผู้ป่วยจะมีคำถามและข้อสงสัยเกี่ยวกับการผ่าตัดร่วมด้วย ซึ่งระดับความกังวลที่วัดในการศึกษานี้วัดระดับความกังวลโดยรวมไม่ได้เจาะจงว่าเป็นความกังวลเกี่ยวกับการรับความรู้สึก ดังนั้นค่าระดับความกังวลที่ได้หลังจากพูดคุยและดูวิดีโอทัศน์อาจจะสูงกว่าปกติได้ เนื่องจากความกังวล และความสงสัยเกี่ยวกับการผ่าตัดยังไม่ได้รับคำตอบและคำอธิบายที่ชัดเจน เพราะฉะนั้นการประเมินการก่อนผ่าตัดและการรับความรู้สึกควรทำร่วมกันทั้งสองแผนก โดยจัดทำเป็นคลินิกประเมินก่อนการผ่าตัดและการรับความรู้สึก เพื่อให้ครบวงจรและผู้ป่วยหมดข้อสงสัยในทุกๆ ด้านและคลายกังวลด้วย

เนื้อหาและภาพประกอบในวิดีโอทัศน์แสดงถึงการเตรียม

ตัว ขั้นตอน และภาวะแทรกซ้อนของการรับความรู้สึกซึ่งแสดงโดยคนจริง ซึ่งบางภาพอาจน่ากลัวสำหรับผู้ป่วยบางคน เช่น ภาพการใส่ท่อช่วยหายใจ การแทงเข็มบล็อกหลัง ซึ่งผู้ป่วยบางคนกลัวไม่กล้าที่จะดูและมีความกลัวและความกังวลเพิ่มมากขึ้น ต้องมีการอธิบายเพิ่มเติมเพื่อตอบข้อสงสัย แต่สำหรับผู้ป่วยบางคนมีความสนใจอยากรู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเองบ้าง เมื่อได้รับชมวิดีโอทัศน์ความกังวลจะลดลงและไม่มีข้อสงสัย ดังนั้นการประเมินก่อนการรับความรู้สึกจึงจำเป็นต้องพิจารณาเลือกวิธีการที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคน

จุดอ่อนและข้อเสนอแนะ

เนื้อหาให้วิดีโอทัศน์ส่วนใหญ่เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการรับความรู้สึก จะไม่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดหรือการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด จึงควรจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานในการประเมินก่อนการรับความรู้สึก (โดยแผนกวิสัญญี) ร่วมกับการประเมินก่อนการผ่าตัด (แผนกศัลยกรรม) เพื่อผู้ป่วยจะได้มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและการรับความรู้สึกเพิ่มความรู้และลดความกังวลของผู้ป่วยโดยจัดตั้งในรูปแบบของคลินิกก่อนการผ่าตัดและรับความรู้สึก

การศึกษานี้ไม่ได้หาสาเหตุของความกังวลของผู้ป่วยว่ามีความกังวลเรื่องใด เช่น การผ่าตัด การรักษา ผลข้างเคียงจากการผ่าตัด การรับความรู้สึก หรือเรื่องอื่นๆ ทำให้การศึกษาโดยใช้วิดีโอทัศน์มาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับความรู้สึกเพียงอย่างเดียวเพื่อลดความกังวล อาจไม่ได้ลดความกังวลของผู้ป่วยอย่างตรงจุด อาจมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุของความกังวล เพื่อลดความกังวลได้อย่างตรงจุด

วิดีโอทัศน์ภาพประกอบการทำหัตถการที่ดูน่ากลัวเกินไปสำหรับผู้ป่วยบางคน เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การบล็อกหลัง จึงอาจหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีความกังวลสูง หรืออาจใช้ภาพประกอบอื่นเช่นภาพวาดประกอบการทำหัตถการ หรืออาจเป็นภาพการ์ตูน ผู้ป่วยเด็กอาจปรับปรุงรูปแบบให้น่าสนใจมากขึ้น เช่น จัดทำวิดีโอทัศน์ในรูปแบบการ์ตูนมีเนื้อหาและภาพที่มีสีสันที่เหมาะสมสำหรับเด็ก

เนื้อหาของวิดีโอทัศน์นานเกินไป (8 นาที 13 วินาที) เมื่อรวมกับขั้นตอนอื่นๆของการประเมินก่อนการรับความรู้สึก (การพูดคุย ชักประวัติ ตรวจร่างกาย อธิบาย และตอบปัญหาเกี่ยวกับการรับความรู้สึก) จะใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 20-30 นาทีต่อผู้ป่วยหนึ่งรายส่งผลกระทบต่อเวลาในการทำงานในส่วนอื่นๆ ของแผนกวิสัญญีได้จึงแนะนำให้จัดทำวิดีโอทัศน์ที่สั้นลง และกระชับมากขึ้น

สรุป

การประเมินก่อนการรับความรู้สึกโดยใช้วีดิทัศน์ร่วมด้วยสามารถลดความกังวลในช่วงการประเมินก่อนการรับความรู้สึกทั้งในช่วงหลังจากพูดคุยกับแผนกวิสัญญีและหลังจากดูวีดิทัศน์ แต่ไม่สามารถช่วยลดความกังวลก่อนการผ่าตัดได้ การประเมินก่อนการรับความรู้สึกโดยการพูดคุยซักถามกับแผนกวิสัญญีเป็นวิธีปฏิบัติทั่วไปในการประเมินก่อนการรับความรู้สึก การดูวีดิทัศน์เป็นวิธีหนึ่งที่น่าสนใจใช้ร่วมด้วย ซึ่งจากการศึกษานี้และอีกหลายๆ การศึกษายืนยันได้ว่า การใช้วีดิทัศน์ร่วมด้วยสามารถลดความกังวลได้

เอกสารอ้างอิง

1. Hashimoto Y, Baba S, Koh H, Takagi H, Ishihara H, Matsuki A. Anxiolytic effect of pre-operative showing of anesthesia video for surgical patients. *Masui* 1993; 42: 611-6.
2. Jlal HA, French JL, Hardman JG, Bedford NM. Anesthesiologists' perception of patients' anxiety under regional anesthesia. *Local and Regional Anesthesia* 2010; 3: 65-71.
3. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences (Riyadh)* 2007; 12: 145-8.
4. Johnston M. Pre-operative emotional states and post-operative recovery. *AdvPsychosom Med* 1986; 15: 1-22.
5. Bechtold ML, Perez RA, Puli SR, Marshall JB. Effect of music on patients undergoing outpatient colonoscopy. *World J Gastroentero* 2006; 12: 7309-12.
6. Labrague LJ. Influence of Music on Preoperative Anxiety and Physiologic Parameters in Women Undergoing Gynecologic Surgery. *JClinNurs Res* 2014; 25: 157-73.
7. Ni CH. Minimising preoperative anxiety with music for day surgery patients - a randomised clinical trial. *J ClinNurs* 2012; 21: 620-5.
8. Cooke M. The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *J AdvNurs* 2005; 52: 47-55.
9. Hughes S. The effects of giving patients preoperative information. *Nurs Stand* 2002; 16: 33-7.
10. Kiyohara LY. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev HospClinFac Med S Paulo* 2004; 59: 51-6.
11. Ayral X, Gicquere C, Duhalde A, Boucheny D, Dougados M. Effects of Video Information on Preoperative Anxiety Level and Tolerability of Joint Lavage in Knee Osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2002; 47: 380-2.
12. Klopfenstein CE, Forster A, Van Gessel E. Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Can J Anaesth* 2000; 47: 511-5.
13. Ehsan-ul-Haq M. Role of pre-anaesthesia outpatient clinic in reducing pre-operative anxiety. *J Coll Physicians Surg Pak* 2004; 14: 202-4.
14. Kindler CH. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *AnesthAnalg* 2000; 90: 706-12.
15. Romanik. Preoperative anxiety assessed by questionnaires and patient declarations. *WAnestezjoliIntensTer* 2009; 41: 94-9.
16. Boker A. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anaesth* 2002; 49: 792-8.
17. Snyder-Ramos SA. Patient Satisfaction and Information Gain After the Preanesthetic Visit: A Comparison of Face-to-Face Interview, Brochure, and Video. *AnesthAnalg* 2005; 100: 1753-8.
18. Pager CK. Randomised controlled trial of preoperative information to improve satisfaction with cataract surgery. *Br J Ophthalmol* 2005; 89: 10-3.
19. Salzwedel C, Petersen C, Blanc I, Koch U, Goetz AE, Schuster M. The effect of detailed, video-assisted anesthesia risk education on patient anxiety and the duration of the preanesthetic interview: a randomized controlled trial. *AnesthAnalg* 2008; 106: 202-9.
20. Jafar MF, Khan FA. Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients. *J Pak Med Assoc* 2009; 59: 359-63.
21. Norred CL. Minimizing preoperative anxiety with alternative caring-healing therapies. *AORN J* 2000; 72: 838-43.
22. Ni C-H, Hou W-H, Kao C-C, Chang M-L, Yu L-H, Wu C-C, et al. The anxiolytic effect of aromatherapy on patients awaiting ambulatory surgery: a randomized controlled trial. *Evid Based Complement Alternat [Internet]*. 2013 [cited Oct 15, 2014]; 2013:[about 5 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877597/pdf/ECAM2013-927419.pdf>
23. Luck A, Pearson S, Maddern G, Hewett P. Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge: a randomized trial. *Lancet* 1999; 354: 2032-5.
24. Herrmann KS, Kreuzer H. A randomized prospective study on anxiety reduction by preparatory disclosure with and without video film show about a planned heart catheterization. *EurHeart J* 1989; 10: 753-7.
25. Jlal HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedford NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *Br J Anaesth* 2010; 104: 369-74.

