วารสารพยาบาลตำรวจ
ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2557

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อความปวดขณะทำกิจกรรมการลุกนั่งของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายใน 48 ชั่วโมงแรก*

ทิศากร สุทธิประภา**
ดร. ชนกพร จิตปัญญา***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบแผนการศึกษาสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความปวดขณะทำกิจกรรมลุกนั่งของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายใน 48 ชั่วโมงแรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจทุกประเภททั้งเพศหญิงและเพศชาย ภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ โรคหัวใจ การผ่าตัดและยาบรรเทาปวด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีในขณะมีกิจกรรมการลุกนั่ง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความปวดชนิดเส้นตรง สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Kolmogorov-Smirmov test และสถิติทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปดังนี้ ระดับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงแรก ขณะมีกิจกรรมการลุกนั่งของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

คำสำคัญ : การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ความปวด ดนตรีบำบัด การจัดการอาการ การให้ข้อมูล

* วิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
** นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Journal of The Police Nurse
Vol. 6 No. 1 January - June 2014

THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM ON POSTOPERATIVE PAIN DURING CHAIR REST IN OPEN-HEART SURGERY PATIENTS WITHIN THE FIRST 48-HOURS POSTOPERATIVE DAY

Tisakorn Suttiprapa
Chanokporn Jitpanya, Ph.D.

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to compare the effect of symptom management program on postoperative pain during chair rest in open-heart surgery patients within the first 48 hours postoperative day. The subjects were 40 post-opened heart surgery patients admitted at Sappasittipasong Hospital, and were selected by a purposive sampling. The subjects were arranged into a control group, and an experimental group. The groups were matched in terms of age, sex, heart disease, type of surgery and regimen of analgesic. Each groups consisted of 20 patients. The control group received conventional nursing care. The experimental group received preparatory information about pain and listened to music during chair rest in open-heart surgery patients within the first 48 hours postoperative day. The intervention program was tested for the content validity a group of 6 experts. Pain was assessed by using a visual analog scale (VAS). Statistical techniques used in data analysis were percentage, mean, standard deviation, Kolmogorov-Smirmov test statistic, and Independent t-test.

Major findings were as follows: After the operation, the mean of pain level during sitting of the experimental group was significantly lower than that of the control group. ($p < .01$).

Keywords : Opened-heart surgery Pain, Music therapy Symptom management Preparatory information

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

"ความปวด" เป็นประสบการณ์ไม่สุขสบายและเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะความปวดชนิดเฉียบพลันในระยะหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นการผ่าตัดใหญ่เพื่อแก้ไขความพิการ และความผิดปกติของพยาธิสภาพที่หัวใจ และต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน จึงส่งผลให้ กล้ามเนื้อ กระดูก และเนื้อเยื่อต่าง ๆ บริเวณทรวงอกที่ได้รับการผ่าตัดกระทบกระเทือนและได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิดความปวดและจะมีความรุนแรงมากที่สุดในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก (Kozier & Erb, 1979, 896) ผู้ป่วยร้อยละ 86 มีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง (Good, 1999, 108-109) และจะมีความปวดเพิ่มมากขึ้นถ้ามีการไอหรือการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอก เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ เมื่อผู้ป่วยหายใจแต่ละครั้ง จะทำให้เกิดความปวดได้ง่าย และบ่อยครั้ง (Lewis and Collier, 1992)

ภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและจะมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวต่าง ๆ ที่ต้องกระทำอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การดูดเสมหะจากท่อช่วยหายใจ การไอ การทำกายภาพบำบัด (Yorke, Wallis and McLean, 2004) การเคลื่อนไหว หรือพลิกตะแคงตัวบนเตียง การหายใจเข้าออกลึก ๆ หรือการใช้ incentive spirometer การนอน หรือนั่งพัก เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจภายหลังผ่าตัด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะกระตุ้นให้เกิดความปวดมากขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมการลุกนั่งบนเตียงภายใน 24 ชั่วโมงและการลุกนั่งข้างเตียงภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมักมีความปวดในระดับสูง (Milgrom, Brooks, Qi, Bunnell et al., 2004) เมื่อผู้ป่วยกลัวต่อความปวด มักทำให้การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง เกิดความวิตกกังวล ไม่ปลอดภัย และรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของโรค เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ เกิดความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2542) อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น เสมหะอุดตัน ปอดแฟบ ปอดอักเสบ ลำไส้ไม่เคลื่อนไหว การเสียสมดุลของน้ำและอิเลคโทรลัยท์ในร่างกาย การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Cheever, 1999 อ้างใน วชิราภรณ์ สุนทรสวัสดิ์, 2545, 2) และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมทั้งสภาพจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย (Edell-Gustafsson, Aren, Hamrinn and Hetta, 1994 อ้างใน สุธาทิพย เกษตรลักษมี, 2548) ดังนั้นการดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดและป้องกันผลกระทบต่าง ๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพได้เร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

ดังนั้น แนวทางในการจัดการความปวดควรเน้นหลายวิธีร่วมกัน (Multimodality-approach) คือการใช้เทคนิคการระงับปวดมากกว่าหนึ่งชนิด เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนว่า การจัดการความปวดโดยผสมผสานวิธีการบำบัดทางการพยาบาล มีประสิทธิภาพดีกว่าการจัดการความปวดด้วยยาเพียงอย่างเดียว และการผสมผสานวิธีการบำบัดทางการพยาบาลไม่มีผลข้างเคียงใด ๆ (Ready, Ashburn, และ ขวัญจิต โอชุม, 2549) นอกจากนี้วิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา ถือเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ และเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม (ทัศนา บุญทอง, 2531)

วิธีการจัดการอาการตามแนวคิดของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) 2) การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) 3) ผลลัพธ์ (Outcomes) จากการจัดการอาการที่เกิดอาจสามารถนำมาใช้จัดการอาการปวดหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ โดยนำเอาแนวคิดการจัดการกับอาการมาใช้ร่วมกับแนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนของ Leventhal and Johnson (1983) ที่กล่าวว่าการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นขณะได้รับการรักษา ช่วยให้บุคคลสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่เหมือนจริง ในทางตรงข้ามถ้าแบบแผนความรู้ความเข้าใจไม่ชัดเจน บุคคลอาจคาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ถูกต้อง เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่รุนแรง เช่น ความปวด เป็นต้น (Johnson and Leuver, 1989, 41-42; Leventhal and Johnson, 1983, 189-262) การให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีเผชิญความปวด เช่น การใช้วีดีทัศน์ ภาพพลิก คู่มือ เพื่อเป็นสื่อในการให้ข้อมูล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ แล้วสร้างแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ จัดเก็บข้อมูลเหล่านี้ไว้อย่างเป็นระบบระเบียบตามประสบการณ์ที่ได้จากข้อมูลเตรียมความพร้อม ทำให้คาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน ซึ่ง Leventhal and Johnson (1983) พบว่า การให้ข้อมูลทั่วไปเพื่อเตรียมความพร้อมจะช่วยลดความรู้สึกที่ไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ความรู้สึกและลดการตอบสนองทางอารมณ์ได้

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดการจัดการอาการมาใช้ร่วมกับการฟังดนตรีของ Chlan and Tracy (1999) โดย Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่า การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) คือ กระบวนการที่เป็นพลวัตมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองของแต่ละบุคคลในการจัดการกับอาการ เริ่มจากบุคคลมีการประเมินอาการ ซึ่งเป็นการระบุปัญหา และวางเป้าหมายในการจัดการกับอาการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ องค์ประกอบในการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย ใครเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการที่ใช้คืออะไร จัดการเมื่อไร ที่ไหน ทำไม อย่างไร และจัดการโดยวิธีใด ดนตรีเป็นวิธีการหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับความปวดในระดับสมอง เป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) โดยการชักจูงผู้ป่วยที่มีความปวด ลดความสนใจที่อยู่กับความปวดไปสู่ดนตรี

การจัดการอาการดังกล่าว เป็นแนวทางในการส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ น่าจะมีความปวดน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผลจากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลดีต่อผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความปวดขณะทำกิจกรรมการลุกนั่งของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีแบบแผนการวิจัย ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง และมีกลุ่มควบคุม

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจทุกประเภททั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจทุกประเภททั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยให้ตัวอย่างมีลักษณะเหมือนหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุด ดังนี้ 1) เพศเดียวกัน 2) อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) คำสั่งแพทย์มีแนวทางการให้ยาบรรเทาอาการปวดเหมือนหรือคล้ายคลึงกัน ทั้งชนิด ขนาด ความถี่ ในการให้หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการ 4) โรคหัวใจที่เข้ารับการผ่าตัดกลุ่มเดียวกัน แบ่งออกเป็นกลุ่มโรคของลิ้นหัวใจ กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ และชนิดการผ่าตัด ต้องมีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกัน โดยกำหนดคุณสมบัติของตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยต้องไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ อาจให้ออกซิเจนบำบัดทาง Mask หรือ Cannula ได้ สามารถพูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (อุณหภูมิไม่เกิน 36.5-37.2 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 15-25 ครั้ง/นาที และค่าความดันโลหิต 90-140 mmHg) (New York-Presbyterian Hospital, 2008) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และจากบันทึกรายงานการรักษาของผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ วันที่เข้ารับการรักษา วันที่ทำผ่าตัด การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการทำผ่าตัด ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ชนิด จำนวนครั้งที่ได้รับยาแก้ปวดใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด แพทย์ผู้ทำผ่าตัด เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และจากบันทึกรายงานการรักษาของผู้ป่วย

2. แบบประเมินระดับความปวดชนิดเส้นตรง (Visual Analog Scale: VAS) มีลักษณะเป็นเส้นตรง ความยาว 10 เซนติเมตร ในแนวนอน ประเมินโดยให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกปวดด้วยตนเอง ด้วยการทำเครื่องหมาย “/” ลงบนเส้นตรง แล้ววัดจากปลายด้านที่ไม่มีความปวดเลยไปถึงจุดที่คิดว่าเป็นความปวดที่มีอยู่ จุดเริ่มต้น คือ ปลายของเส้นด้านหนึ่ง เริ่มจากที่ไม่ปวดเลยมีระดับคะแนนเท่ากับ 0 และจุดปลายอีกด้านหนึ่ง คือ ปวดมากที่สุดมีระดับคะแนนเท่ากับ 10

เครื่องมือดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการจัดการอาการ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Leventhal และ Johnson (1983) และแนวคิดการดูแลผสมผสานในเรื่องการฟังดนตรีของ Chlan and Tracy (1999) ประกอบด้วยโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน คู่มือ 2 ฉบับ ได้แก่ “คู่มือการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด” และ“คู่มือการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดด้วยดนตรี” เครื่องเล่นซีดีและแผ่นซีดีที่บรรจุเพลง 4 ชนิด ลักษณะดนตรีเป็นทั้งดนตรีบรรเลงและดนตรีที่มีการขับร้อง โดยกำหนดความเร็วของจังหวะดนตรี 60-80 ครั้งต่อนาที ลักษณะนุ่มทุ้ม มีความยาว 60 นาทีต่อแผ่น

วิธีดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม มีการดำเนินการดังนี้

ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ตามการรักษาของแพทย์ และมาตรฐานการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวด้านร่างกาย และจิตใจ ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มหรือรายบุคคลขึ้นกับความเหมาะสม ก่อนผ่าตัด 1 วัน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยเนื้อหาเริ่มตั้งแต่ที่ผู้ป่วย

เข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลสรุปเพิ่มเติมประเด็นสำคัญ และตอบคำถาม ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

กลุ่มทดลองที่มีการดำเนินการดังนี้

ตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ 2) การให้ความรู้และข้อมูล 3) การจัดการความปวดโดยใช้ยาระงับปวดร่วมกับการฟังดนตรีเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ 4) การประเมินผลโดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย คือ ก่อนผ่าตัด 1-2 วัน หลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด โดยเข้าพบผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง คือ ช่วงเช้า และช่วงเย็น โดยกำหนดเวลาประมาณ 09.00 น. และ 17.00 น.

การพบผู้ป่วยครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด 1 วัน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แนะนำตัว อธิบายขั้นตอน แจ้งวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย สอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เพื่อเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย มีขั้นตอน คือ ให้ผู้ป่วยทดลองฟังจากเทปเพลงจำนวน 4 ชุดให้และให้เลือกซีดีเพลงที่ชอบฟังไว้ 1 แผ่น อธิบายวิธีการฟังดนตรี ให้ผู้ป่วยฟังดนตรีขณะทำกิจกรรมการลุกนั่งบนเตียงภายใน 24 ชั่วโมงแรก ใน 15, 30 นาที ใน และขณะทำกิจกรรมการลุกนั่งข้างเตียงภายใน 48 ชั่วโมงแรก ใน 15, 30, 45 นาที และระหว่างวันผู้ป่วยสามารถฟังเพลงได้ตามความต้องการ และประเมินความชอบของดนตรีในแต่ละชุดที่ผู้ป่วยแต่ละรายเลือกฟังสามารถฟังได้ตั้งแต่มีความปวดเล็กน้อยโดยให้ฟังผ่านหูฟังเพื่อลดการรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ และทำการนัดพบครั้งที่ 3, 4 และ 5 ใช้เวลาขั้นต่ำในการฟังประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยนอนพัก 10 นาที ประเมินความปวดและวัดสัญญาณชีพภายหลังฟังดนตรี

ผู้วิจัยประเมินความปวดผู้ป่วย อธิบายวิธีการจัดการความปวด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดโดยใช้คู่มือประกอบการสอนเป็นรายบุคคล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ โดยให้ข้อมูลภายหลังจากที่ผู้ป่วยพบอายุรแพทย์และศัลยแพทย์ และยินยอมพร้อมที่จะผ่าตัด ใช้เวลา 30 นาที

ผู้วิจัยแจกคู่มือการจัดการความปวดภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และคู่มือการจัดการความปวดด้วยดนตรี ให้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวน และฝึกทักษะการจัดการความปวดขณะทำกิจกรรมการลุกนั่งใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และทำการนัดพบครั้งที่ 2, 3, 4 และ 5

การเข้าพบผู้ป่วยครั้งที่ 2, 3, 4 และ 5 จะทำในวันที่ 1 และวันที่ 2 ภายหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ประเมินความรู้ของผู้ป่วย และประเมินผลจากการจัดการกับความปวดขณะทำกิจกรรมการลุกนั่งใน 48 ชั่วโมงแรก ของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พร้อมอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนามสกุลที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้ตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test และสถิติทดสอบ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .01

ผลการวิจัย

ระดับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก ขณะมีกิจกรรมการลุกนั่งของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด จากการประเมินหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ขณะทำกิจกรรม การลุกนั่งใน 24-48 ชั่วโมงแรก

ระดับความปวด (กิจกรรมการลุกนั่ง = 10 คะแนน)	Pain 1 (15min/ 24 hr)	Pain 2 (30min/ 24 hr)	Pain 3 (15min/ 48 hr)	Pain 4 (30min/ 48 hr)	Pain 5 (45min/ 48 hr)
กลุ่มควบคุม (n=20)	7.85	6.95	6.20	6.05	5.40
t-test	2.61	2.98	2.14	3.93	4.33
P-value	0.130	.005	.039	.000	.000
S.D.	1.69	1.61	1.40	1.19	1.50
กลุ่มทดลอง (n=20)	6.60	5.55	5.25	4.60	3.35
t-test	2.61	2.98	2.14	3.93	4.33
P-value	0.130	.005	.039	.000	.000
S.D.	1.31	1.36	1.41	1.14	1.50

การอภิปรายผล

ระดับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก ขณะมีกิจกรรมการลุกนั่งของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหลังผ่าตัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 1-3 วันแรก ความรุนแรงของความปวดจะมีมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งระดับความรุนแรงจะอยู่ในระดับปานกลางจนถึงสูง กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายกระตุ้นทำให้เกิดความปวดมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจต้องเชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดหลังผ่าตัดทั้งทางร่างกายและจิตใจ และความปวดเป็นสาเหตุสำคัญของความทุกข์ทรมานมากที่สุด ภายหลังผ่าตัดวันแรกแม้จะนอนอยู่เฉย ๆ และเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือไอ ยิ่งเพิ่มความปวดมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Milgrom, Brooks, Rong Qi, Bunnell et al. (2004) ศึกษาประสบการณ์ระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมักมีประสบการณ์ความปวดแบบเฉียบพลันหลังผ่าตัดหัวใจโดยระดับความรุนแรงความปวดจะมีมากใน 2 วันแรกหลังผ่าตัด ความปวดจะรู้สึกมากเมื่อมีการเคลื่อนไหว หรือไอ และรุนแรงขึ้นเมื่อมีการขยับตัวพลิกตะแคงตัวบนเตียง ลุกนั่ง รวมทั้งการบริหารการหายใจโดยใช้ incentive spirometer

ดังนั้นจึงนำเอาแนวคิดของ Dodd และคณะ (2001) มาใช้จัดการอาการปวดในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ โดยนำมาใช้ร่วมกับแนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนของ Leventhal and Johnson (1983) ที่กล่าวว่าการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นขณะได้รับการรักษา ช่วยให้บุคคลสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่เหมือนจริง ในทางตรงข้ามถ้าแบบแผนความรู้ความเข้าใจไม่ชัดเจน บุคคลอาจคาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ถูกต้อง เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่รุนแรง (Johnson and Leuver, 1989, 41-42; Leventhal and Johnson, 1983, 189-262) การให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีเผชิญความปวด โดยใช้คู่มือเป็นสื่อ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ แล้วสร้างแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ จัดเก็บข้อมูลเหล่านี้ไว้ตามประสบการณ์ที่ได้จากข้อมูลเตรียมความพร้อม ทำให้คาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน

การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและคลอบคลุมแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่คาดการณ์ล่วงหน้าอย่างผิด ๆ ผู้ป่วยจึงมีความปวดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุราวดี เจริญไชย (2541) ที่ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำ สิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวล ความรู้สึกเจ็บปวด พฤติกรรม

การตอบสนองต่อความเจ็บปวดด้านสีหน้า น้ำเสียง การเคลื่อนไหว และการมีปฏิสัมพันธ์ และความทุกข์ทรมาน น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม

การนำเอาแนวคิดการจัดการอาการมาใช้ร่วมกับการฟังดนตรีของ Chlan and Tracy (1999) โดย Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่า การจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) คือ กระบวนการที่เป็นพลวัตมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองของแต่ละบุคคล ดนตรีเป็นวิธีการหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับความปวดในระดับสมอง เป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) โดยการชักจูงผู้ป่วยที่มีความปวดลดความสนใจที่อยู่กับความปวดไปสู่ดนตรี เสียงดนตรีจะปลุกเร้าผ่านการได้ยิน โดยมีผลกระทบต่อสรีระและร่างกาย ความเจ็บปวด ความดังของเสียงจะเร้าผ่านไปยัง thalamus, midbrain และ brain stem ทำให้ผลิตสาร เช่น endorphin และ serotonin ซึ่งยับยั้งการนำสื่อประสาท ทำให้ไม่เกิดความรู้สึกปวด ความรู้สึกผ่อนคลายจะเกิดขึ้น เป็นการลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณที่บาดเจ็บด้วย และระยะเวลาที่ให้ผู้ป่วยฟังใช้เวลา 30 นาที ซึ่ง Updike (1990) ศึกษาพบว่าใช้เวลาในการฟังดนตรีอยู่ที่ 30 นาที เป็นจำนวนที่เหมาะสม จึงมีผลกระทบต่อความปวดและระบบซิมพาเธติค

เอกสารอ้างอิง

ขวัญจิต โอชุม. (2549). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนา บุญทอง. (2531). *มโนมติการพยาบาลแบบองค์รวม.* วารสารพยาบาล *38*(1): 27-40.

นันทา เล็กสวัสดิ์. (2542). *รายงานการวิจัยเรื่องความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่.* คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วชิราพร สุนทรสวัสดิ์. (2545). *พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุธาทิพย์ เกษตรลักษมี. (2548). *ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบาย ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุราวดี เจริญไชย. (2541). *ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวลความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Chlan, L., and Tracy, M.F. (1999). Music therapy in critical care: Indications and guidelinesforintervention. *Critical Care Nurse, 19*(3), 35-41.

Dodd M.J., et al. (2001). Nursing theory and concept development or analysis. *Journal ofAdvance Nursing, 33*(5), 668-676.

Good, M., et al. (1999). Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music and theircombination. *Pain, 8,* 163-172.

Johnson and Leuver, (1989). Pain Assesment. A literature review. *J Clin Nurs 6*(5): 341.

Kozier, B. & Erb, G.L. (1979). *Fundamentals of Nursing: Concepts and Procedures.* Massachusets: Addison-Wesley Publishing Company.

Leventhal, H., and Johnson, J.E. (1983). Laboratory and field experiment of a theory of self-regulation. *In Behavioral Science and Nursing Theory* (pp. 189-282). Wooldridge, P.T., et al. (eds.), St. Louis: The C.V. Mosby Co.

Lewis, S.M., and Collier, I.C. (1992). *Medical Surgical Nursing Assessment and Management ofClinical Problems.* (3rd ed). USA: St. Louis: Mosby year book.

Milgrom, J. B., Brooks, J. A., Qi, R., Bunnell, K., et al. (2004). Pain Levels Experienced withactivities after cardiac surgery. *American Journal of Critical Care, 13*(2), 116-125.

Updike, P. (1990). Music Therapy Results for ICU Patients. *Dimension of Care Nursing 9*(1): 39-45.

Yorke, J., Wallis, M., and McLean, B. (2004). Patients' perceptions of management aftercardiac surgery in an Australian critical care unit. *Heart & Lung, 33*(1), 33-41.