

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การทำศัลยกรรมทรวงอก เป็นการผ่าตัดเปิดเข้าไปในช่องทรวงอก และ/หรือ เข้าไปในอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการหายใจเพื่อการวินิจฉัยโรคและรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น (Rodgers, 1999; Thelan, Urden, Lough, & Stacy, 1998) โดยทั่วไปการทำศัลยกรรมทรวงอกมีข้อบ่งชี้เพื่อรักษาความผิดปกติหรือพยาธิสภาพเกี่ยวกับปอด หลอดอาหาร และเมดิแอสติנם แต่ที่พบส่วนใหญ่เป็นการทำศัลยกรรมทรวงอกเพื่อทำการผ่าตัดปอดในผู้ป่วยมะเร็งปอด หรือผู้ที่มีความผิดปกติอื่น ๆ ได้แก่ การติดเชื้อที่ปอด มีตุ่มพองขนาดใหญ่ที่ปอด หรือการบาดเจ็บที่ทรวงอก เป็นต้น (Finkelmeier, 2000; Strider, Morrison, Quinn, & Yuan, 1995)

การทำศัลยกรรมทรวงอกแม้จะเป็นวิธีการรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง แต่ภายหลังการทำศัลยกรรมทรวงอกในระยะ 24 ชั่วโมง ถึง 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากปัญหาหรืออาการต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Beare & Myers, 1994; O' Brien, 1994; Phipps & Long, 1995) ปัญหาหรืออาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดที่เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการผ่าตัด ความเจ็บปวดจากการหายใจเข้าออกถี่ ๆ จากการไอเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้าง และจากการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การนอนไม่หลับ อาการปวดเมื่อยร่างกายเนื่องจากการนอนในท่าเดียวนาน ๆ และจากการนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม และการมีท่อระบายคาอยู่ในร่างกาย (นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์ฉัตรโรจน์, สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม และพิชาณี แสนมโนวงศ์, 2542; Litwack, 2000; Luckmann & Sorensen, 1993; O' Brien, 1994) ดังการศึกษาของมอร์ (Moore, 1995) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดโคโรนารีได้อธิบายถึงความรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัดบริเวณทรวงอกว่ามีลักษณะคล้ายถูกโยน ถูกแรงบีบรัด และปวดเสียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเปลี่ยนท่าทางบนเตียงหรือเมื่อต้องลุกจากเตียง และเมื่อไอจะมีความรู้สึกปวดบริเวณแผลผ่าตัดลักษณะปวดแปลบคล้ายมีดกรีด และหากมีอาการไออย่างทันทีทันใดจะยิ่งทำให้รู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น จากการศึกษาของจินตนา ศิริรักษ์ และอัจฉรา เดชฤทธิ์พิทักษ์ (2538) พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใน

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีหลายสาเหตุ โดยสาเหตุที่คุกคามแก่ผู้ป่วยมาก ได้แก่ ความเจ็บปวด แผลผ่าตัด ความกลัว ความไม่มั่นใจต่อการบริหารการหายใจ ไม่กล้าไอ หรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของสจูดัญญา พัทวี (2541) ที่พบว่ากรไอ และการหายใจเข้าลึก ๆ จะทำให้เกิดความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากที่สุดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก และจากรายงานการศึกษาของนันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2542) เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ พบว่าจะแนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดใหญ่เมื่อครบ 24 ชั่วโมง สูงที่สุด และลดน้อยลงเมื่อครบ 72 ชั่วโมง โดยความทุกข์ทรมาน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่เมื่อครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด คือ ความทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวร่างกาย และอาการปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งซึ่งอยู่ในระดับมาก การนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทีลดลง และการมีท่อระบายคาอยู่ในร่างกาย ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด คือ ความทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวร่างกาย อาการปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง และความรุนแรงของอาการปวดแผล ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางและยังคงเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่

สำหรับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจภายหลังผ่าตัดที่สำคัญ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองหลังทำผ่าตัด ผลของการผ่าตัดที่ได้รับ ความกลัวและความไม่มั่นใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัด กลัวการกลับเป็นโรคซ้ำ และความวิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2542; Beare & Myers, 1994; Galloway, 1999) โดยเฉพาะในระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายลดลง เริ่มมีสภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ดังการศึกษาของนันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2542) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดใหญ่เมื่อครบ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีความทุกข์ทรมานจากความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วย และความวิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และเป็นความทุกข์ทรมานอันดับที่ 2 และอันดับที่ 3 ตามลำดับ ในขณะที่ความทุกข์ทรมานจากความวิตกกังวลเมื่อครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อยู่ในอันดับหลังจาก 5 อันดับแรก และจากการศึกษาของอัสนี วันชัย (2539) เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมในวันที่สาม พบว่าความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมเกิดความทุกข์ทรมานในระดับมาก และเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดใน 3 อันดับแรก

ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น มีผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยทำให้มีการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก การทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้นจนอาจเต้นผิดจังหวะ อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูงขึ้น (Barry, 1989;

Beare & Myers, 1994; Long, 1991) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของ การเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจสูงและเป็นเวลานาน จะมีผลกระทบต่อการตอบสนองของ ต่อมไทรอยด์ มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์จากต่อมหมวกไตส่วนนอกและแคทีโคลามีนออกมา มากกว่าปกติ (Kehlet, 1984 cited in Salmon & Kaufman, 1990) ทำให้ยับยั้งกระบวนการ สังเคราะห์โปรตีน การสร้างและสะสมพลังงาน โดยเฉพาะคอลลาเจนซึ่งเป็นสารสำคัญในการ สมานเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย จึงทำให้ความสามารถในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอ และ กระบวนการหายของแผลใช้เวลานานกว่าปกติ รวมถึงการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย จึงเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ทำให้การกลับฟื้นคืนสภาพภายหลังผ่าตัดช้าลง ผู้ป่วยจึง ต้องใช้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น (จอม สุวรรณโณ, 2542; Long, 1991; Lindsey, Carrieri-Kohlman, & Page, 1993; Pederson & Parran, 1999)

ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดระยะแรกนั้นเป็นสิ่งที่สามารถบรรเทาได้ หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอและมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเผชิญกับความทุกข์ทรมานอย่าง ถูกต้อง (Caunt, 1992; Galloway & Graydon, 1996; Gaston-Johansson, Franco, & Zimmerman, 1992) การสอนเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการให้ข้อมูลเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะบางประการแก่ผู้ป่วยได้ เป็นอย่างดี และถือว่าเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มากที่สุดเพื่อทำหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้ง ทางด้านร่างกายและจิตใจ (AHCPR, not available; Theis & Johnson, 1995) วิธีการสอนตามปกติที่ พยาบาลใช้จะมีสื่อและวิธีการที่แตกต่างกันออกไป เช่น การบรรยาย การอภิปราย การสาธิต การแจก เอกสาร แผ่นภาพ เทปเสียง หรือวิดีโอ เป็นต้น (Soine, 2000; The Joanna Briggs Institute, 2000) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวิธีการให้ข้อมูลทางเดียว ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนน้อย การสอนมีเวลา จำกัด การสอนด้วยวิธีเหล่านี้จึงช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการจำมากกว่าการพัฒนาทักษะหรือ การปฏิบัติ (ครุณี รุจกรกานต์, 2541; บุญชม ศรีสะอาด, 2537) มีการศึกษาที่พบว่าความรู้เพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอสำหรับการนำไปพัฒนาทักษะการปฏิบัติกิจกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การศึกษาของดอดด์ (Dodd, 1984) และดรอปกิน (Dropkin, 1981) ที่พบว่าการให้ข้อมูลในผู้ป่วย มะเร็งช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองไม่เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สเทราส์ (Strauss, 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) ได้วิจารณ์ว่า การสอนผู้ป่วยมีจุดอ่อนหลายอย่าง คือมักเน้นที่การจัดการเกี่ยวกับเทคนิคและเทคโนโลยีทางการ แพทย์ ละเลยภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย เป็นการสอนแบบครูกับนักเรียน ส่วนนทธี เกื้อกูลกิจการ (2541) กล่าวถึงการสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาลว่าบางครั้งมีความล้มเหลวเนื่องมาจากพยาบาล เลือกที่จะสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยควรรู้ ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะเรียนรู้ สอนเนื้อหาหรือให้ข้อมูลที่

ไม่ตรงกับที่ผู้รับบริการคำนึงถึงหรือสามารถเรียนรู้ได้จริงในขณะนั้น และไม่คำนึงถึงความพร้อมทางด้านจิตอารมณ์ที่จะเรียนรู้ของผู้รับบริการ ประกอบกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแรกหลังผ่าตัดมักมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมาก จึงขาดความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติ บางรายขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับพยาบาล ทำให้การนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาหรืออาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานนั้นขาดประสิทธิภาพ (Finkelmeier, 2000; McDonald, McNulty, Erickson, & Weiskopf, 2000; Wilkie, Williams, Grevstad, & Mekwa, 1995) ผู้ป่วยบางรายอาจเลือกใช้วิธีแก้ไขปัญหาลักษณะ เช่น หลีกเลียงการไอเพื่อขับเสมหะ หายใจเข้าออกสั้น ๆ ไม่บริหารการหายใจ เคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายหลังผ่าตัด อาจนั่งหรือนอนเฉย ๆ บนเตียง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดลงจะทำให้เสมหะมีการคั่งค้าง มีการระบายอากาศ และการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จึงเป็นผลให้เกิดภาวะถุงลมปอดแฟบและภาวะปอดอักเสบเฉพาะที่ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Carr, 1990; Gaston-Johanson, Franco, & Zimmerman, 1992; Puntillo & Weiss, 1994; Watt-Watson et al., 2000)

การโค้ช (coaching) เป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนที่มีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอน (Girvin, 1999; Grealish, 2000) เป็นรูปแบบการสอนที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ และมีความเชื่อมั่นต่อพยาบาลจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนทำให้พยาบาลมีความเข้าใจผู้ป่วย และมีการปรับเปลี่ยนการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นโค้ช (coach) หรือผู้ฝึกสอน เป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำหน้าที่เสมือนเป็นครูที่จะถ่ายทอดความรู้ ฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ ๆ รวมถึงให้การสนับสนุน การชี้แนะ การเสริมแรง ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้การช่วยเหลือ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536; Clarke & Spross, 1996; Girvin, 1999; Grealish, 2000) การโค้ช ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (दनัย เทียนพูน, 2541; Girvin, 1999; Grealish, 2000; Lewis & Zahlis, 1997) คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการประเมินและวิเคราะห์ปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยมีโค้ชเป็นผู้ชี้แนะและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งขั้นตอนนี้โค้ชต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมีความเชื่อมั่นต่อโค้ช ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวางแผนหรือปรับปรุงวิธีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรมภายหลังจากที่ร่วมกันสรุปปัญหาที่

เกิดขึ้น โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิมที่ผ่านมาของผู้ป่วย โดยโค้ชจะให้การสนับสนุน ชี้แนะ ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และฝึกสอนทักษะการปฏิบัติเพิ่มเติมด้วยการบอกเล่า ยกตัวอย่างประกอบในเนื้อหา สาระการปฏิบัติกิจกรรม และให้ผู้ป่วยได้มีการสาธิตย้อนกลับ พร้อมกับให้ผู้ป่วยซักถามถึงข้อสงสัย หรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจน ขั้นตอนที่ 3 เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ โดยโค้ชมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ให้แรงเสริมในผลการปฏิบัติ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ทั้งทางบวกและทางลบ เช่น การกล่าวคำชมเชย ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง และฝึกสอนเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และขั้นตอนที่ 4 เป็นการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยที่โค้ชให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยน แผนการปฏิบัติ และวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในครั้งต่อไปให้ดีขึ้น โดยตลอดกระบวนการ โค้ชนั้น โค้ชจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ ช่วยคิดต่อประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

จากสถิติโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาที่ซับซ้อนทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ถึงปี พ.ศ. 2541 มีผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกที่ได้รับการผ่าตัดแบบระยะเวลาตามแผนรักษา (elective case) จำนวน 78, 94 และ 126 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ, 2539, 2540, 2541) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า มีผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกจำนวนมากขึ้นทุกปี และจากประสบการณ์ในการฝึกนิเทศในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกซึ่งได้รับการสอนเพื่อเพิ่มความรู้และการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานหลังการทำศัลยกรรมทรวงอกจากพยาบาลประจำการ นักศึกษาพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่น ๆ ด้วยวิธีการอธิบาย แนะนำ สาธิต หรือให้แผ่นพับ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ยังคงมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด บางรายหลีกเลี่ยง การไอเพื่อขับเสมหะ ไม่มั่นใจในการบริหารการหายใจหลังผ่าตัด กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความ เจ็บป่วยของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น และจากการศึกษา ของดาววรรณ คุณยศยิ่ง (2536) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทรวงอกและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการ ใส่ท่อระบายทรวงอกของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2535 จำนวน 5 ราย พบปัญหาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง คือ แผลผ่าตัดติดเชื้อเป็นหนองเนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมให้เปิดแผลเพราะมีความเจ็บปวดแผลผ่าตัด มีการอุดตันของท่อนเลือดในท่อระบายทรวงอกและช่องเยื่อหุ้มปอดภายหลัง ผ่าตัดเปิดทรวงอกเนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการบริหารการหายใจและการลุกเดิน โดยเร็ว หลังผ่าตัด แพทย์จึงต้องผ่าตัดเปิดทรวงอกใหม่ ผู้ป่วยมีข้อคิดเห็นและมีการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มปอด มีภาวะลมในช่องเยื่อหุ้มปอดและปอดแฟบเนื่องจากผู้ป่วยกลั้นหายใจไม่ถูกต้องขณะแพทย์ถอด

ท่ระบายทรวงอก และต้องใส่ท่ระบายทรวงอกใหม่ ซึ่งแสดงถึงว่าวิธีการสอนดังกล่าวอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปปฏิบัติหลังการทำศัลยกรรมทรวงอก จึงจำเป็นที่พยาบาลซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยต้องหาวิธีการสอนที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากข้อดีของการโค้ชดังกล่าวมาข้างต้นประกอบกับปัจจุบันยังไม่มีผู้นำการโค้ชมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการปรับปรุงรูปแบบการสอนผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โดย

1. เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการโค้ชกับผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
2. เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการโค้ชกับผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ
2. ผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในปี พ.ศ. 2544 ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 4 หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 4 และ/หรือ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป หรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมฉุกเฉิน จำนวน 24 ราย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การโค้ช หมายถึง กลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจภายหลังผ่าตัด โดยมีผู้วิจัยเป็นโค้ชทำหน้าที่เป็นผู้ฝึกสอนทักษะการปฏิบัติกิจกรรม และให้การสนับสนุน การชี้แนะ การเสริมแรง ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยตามแผนการโค้ชที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมตามความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหามาตามแผนที่วางไว้ และการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา

การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมาน หมายถึง การทำกิจกรรมของผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกเพื่อแก้ไขสาเหตุหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความรู้สึกลำบากสบายอย่างมากจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความเจ็บปวดจากการหายใจเข้าออกถี่ ๆ จากการไอเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้าง และจากการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การนอนไม่หลับ อาการปวดเมื่อยร่างกาย การใส่ค้ำต่อระบายทรวงอกในร่างกาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัด หรือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติหรือมีพยาธิสภาพของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะในช่องอกหรือระบบหายใจ ซึ่งได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปิดทรวงอก (exploratory thoracotomy)

การสอนตามปกติ หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกที่ปฏิบัติเป็นประจำจากพยาบาลประจำการ นักศึกษาพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่น ๆ โดยมีวิธีและรูปแบบต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานนั้น ๆ เช่น การอธิบาย ให้คำแนะนำ การสาธิต ให้แผ่นพับหรือคู่มือ เป็นต้น