

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการใช้ต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก
2. การใช้
3. การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก
4. แผนการใช้ต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก

ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก

การทำศัลยกรรมทรวงอก

การทำศัลยกรรมทรวงอก (thoracic surgery) หมายถึง การผ่าตัดเปิดเข้าไปในช่องทรวงอก เพื่อทำการวินิจฉัยโรค หรือเพื่อรักษาในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของอวัยวะในช่องทรวงอก และ/หรือ อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับหายใจ (Rodgers, 1999; Thelan, Urden, Lough, & Stacy, 1998) โดยทั่วไปการทำศัลยกรรมทรวงอกนี้จะใช้ในการรักษาโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับปอด หลอดอาหาร และเมดิแอสติเนียม (Finkelmeier, 2000) แต่ที่พบส่วนใหญ่เป็นการทำศัลยกรรมทรวงอกเพื่อทำผ่าตัดปอดในผู้ป่วย มะเร็งปอดหรือก้อนท่อน้ำที่ปอด เช่น การตัดปอดออกเป็นลิ้ม (wedge resection) การตัดปอดออกเป็น ส่วน (segmental resection หรือ segmentectomy) การตัดปอดออกเป็นกลีบ (lobectomy) การตัดปอดออกทั้งข้าง (pneumonectomy) ส่วนการทำศัลยกรรมทรวงอกในโรคอื่น ๆ เช่น การผ่าตัดเลาะผนังโพรงหนองออก (decortication) ในผู้ป่วยหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด การตัดเลาะตุ่มพองออก (bullectomy) ในผู้ป่วยโรค ถุงลมโป่งพองและมีตุ่มพองขนาดใหญ่ที่เนื้อปอด (emphysematous bullae) การผ่าตัดหลอดเลือดโป่งพองออกในผู้ป่วยหลอดเลือดโป่งพองที่ทรวงอก หรือการตัดก้อนท่อน้ำออกในผู้ป่วยที่มีก้อนท่อน้ำบริเวณเมดิแอสติเนียม (mediastinum mass) เป็นต้น (Lewis, 2000; Thelan, Urden, Lough, & Stacy, 1998)

การทำศัลยกรรมทรวงอก แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. การผ่าตัดเปิดทรวงอก (exploratory thoracotomy) สามารถลงรอยมีดผ่าตัดได้ 3 แนว (Dawes, 1999; Lewis, 2000) คือ 1) แนวผ่าตัดกลางกระดูกสันอก (median sternotomy) ซึ่งนิยมใช้ในการผ่าตัดหัวใจ 2) แนวผ่าตัดด้านข้างอ้อมไปด้านหลัง (posterolateral) เป็นแนวผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุด และส่วนใหญ่จะใช้ในการผ่าตัดปอดและเมดิแอสติנם (Thelan, Urden, Lough, & Stacy, 1998) และ 3) แนวผ่าตัดด้านข้างอ้อมไปด้านหน้า (anterolateral) เป็นแนวการผ่าตัดที่นิยมใช้ผ่าตัดในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทรวงอก ผ่าตัดอวัยวะภายในเมดิแอสติנם ผ่าตัดปอดกลีบบนและกลีบกลางในกรณีผ่าตัดปอดออกเป็นลิ้ม (Lewis, 2000) โดยกล้ามเนื้อที่ถูกกระทบกระเทือนจากการผ่าตัดเปิดทรวงอก ได้แก่ กล้ามเนื้อเทรพีเซียส (trapezius muscle) กล้ามเนื้อ romboid (rhomboid muscle) กล้ามเนื้อ latissimus dorsi (latissimus dorsi muscle) กล้ามเนื้อ serratus anterior (serratus anterior muscle) และกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง (intercostal muscle) (Treasure & Anderson, 2000) กล้ามเนื้อเหล่านี้ช่วยในการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และช่วยให้มีท่าทางการทรงตัวที่ปกติ (Smeltzer & Bare, 2000)

2. การทำศัลยกรรมทรวงอกด้วยการใช้กล้องส่องดูอวัยวะภายใน (thoracoscopy หรือ endoscopic thoracotomy) เป็นการใช้กล้องไฟเบอร์ออปติกชนิดที่สามารถถ่ายภาพโทรทัศน์ช่วยในการผ่าตัด โดยศัลยแพทย์มองเห็นภาพอวัยวะในช่องทรวงอก และทำผ่าตัดผ่านกล้องโดยมองบริเวณอวัยวะผ่านทางจอภาพโทรทัศน์ (video-assisted thoracic surgery [VATS]) วิธีการผ่าตัดชนิดนี้ นิยมทำในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเยื่อหุ้มปอด ปอด หรือเมดิแอสติנם เช่น ในผู้ป่วยที่มีถุงน้ำ (cysts) ตุ่มพอง (bleb) หรือน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ใช้ตัดชิ้นเนื้อเพื่อการตรวจวินิจฉัยก่อนทรมบริเวณเมดิแอสติנם ผ่าตัดปอดออกเป็นลิ้ม ผ่าตัดเยื่อหุ้มหัวใจออก (pericardectomy) กำจัดก้อนเลือดที่แข็งตัว หรือผ่าตัดแยกพังผืดออก เป็นต้น การผ่าตัดชนิดนี้ศัลยแพทย์จะลงรอยมีดผ่าตัดบริเวณช่องว่างระหว่างซี่โครงที่ 5-7 จำนวน 3-4 แผล ๆ หนึ่งยาว 2-3 เซนติเมตร หรือ 1 นิ้ว สำหรับการสอดใส่กล้องถ่ายภาพโทรทัศน์ (video camera) และอุปกรณ์ช่วยผ่าตัดอื่น ๆ เข้าไปในช่องทรวงอก โดยระหว่างการผ่าตัด ศัลยแพทย์จะมองภาพอวัยวะภายในช่องทรวงอกทางจอภาพโทรทัศน์ (video monitor) ซึ่งส่งผ่านมาจากกล้องถ่ายภาพโทรทัศน์ และจะทำผ่าตัดโดยมองอวัยวะจากจอภาพโทรทัศน์ตลอดระยะเวลาการผ่าตัด (Lewis, 2000; Dawes, 1999)

ภายหลังการผ่าตัดเปิดทรวงอกทั้ง 2 ชนิดนี้ก่อนจะปิดแผลผ่าตัด ศัลยแพทย์จะใส่ท่อระบายทรวงอก (chest drainage) ไว้ 1-2 ท่อ เพื่อระบายอากาศ เลือด หรือสารเหลวภายในช่องเยื่อหุ้มปอดภายหลังผ่าตัด โดยถ้าเป็นการระบายลมออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด จะวางปลายของท่ออยู่ที่ทรวงอกด้านหน้าใกล้บริเวณยอดปอด และหากเป็นการระบายเลือดหรือสารเหลว จะวางปลายของ

ท่อระบายอยู่ที่ทรวงอกด้านข้างใกล้บริเวณฐานปอด ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปอดร่วมด้วย ผู้ป่วย จะได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอกไว้ 2 ท่อ โดยให้ปลายของท่อหนึ่งอยู่บริเวณทรวงอกด้านหน้า และอีกท่อหนึ่งให้ปลายอยู่บริเวณทรวงอกด้านหลัง (Ignatavicius, Workman, & Mishler, 1995) ส่วนปลายของท่อระบายด้านนอกทรวงอกจะต่อกับสายยางที่ต่อกับหลอดแก้วยาวของขวดที่รองรับ สารเหลว โดยปลายหลอดแก้วยาวต้องจุ่มอยู่ใต้น้ำเพื่อให้การระบายเป็นระบบปิด น้ำที่อยู่ในขวดซึ่ง ปลายของหลอดแก้วยาวจุ่มอยู่ จะช่วยผนึกกันมิให้อากาศจากบรรยากาศเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2541)

ดังที่กล่าวมาข้างต้น การทำศัลยกรรมทรวงอกเป็นการผ่าตัดใหญ่ประเภทหนึ่งเพื่อใช้ รักษาโรค การบาดเจ็บ หรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะในช่องทรวงอก โดยเฉพาะอวัยวะใน ระบบหายใจ ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย การผ่าตัดจำเป็นต้องใช้เวลานาน ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจภายหลังผ่าตัด หรือต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดใน หอผู้ป่วยหนัก ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากปัญหาหรืออาการต่าง ๆ ทั้งทางด้าน ร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมง ถึง 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

ความหมายของความทุกข์ทรมาน

มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของความทุกข์ทรมานไว้หลายประเด็น ดังนี้

แม็คคอร์เคิลและยัง (McCorkle & Young, 1978) กล่าวถึงความทุกข์ทรมานว่าหมายถึง ความไม่สุขสบายอย่างมากของผู้ป่วยที่มีต่ออาการใดอาการหนึ่งโดยเฉพาะ ที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ จากประสบการณ์ของตนเอง โดยได้กล่าวถึงอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความเจ็บปวด ความอ่อนล้า ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง การขับถ่าย ผิดปกติ การมีสมาธิลดลง ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง และภาวะแปรปรวนทางอารมณ์

โรดส์และวัตสัน (Rhodes & Watson, 1987) กล่าวว่าความทุกข์ทรมาน หมายถึง ความรู้สึก ไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการที่ร่างกายและจิตใจมีความผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ กลัว วิดกกังวล เป็นต้น

รีด-พอนเต (Reid-Ponte, 1992) ได้กล่าวถึงความทุกข์ทรมานตามความหมายของ นักสังคมวิทยาว่า ความทุกข์ทรมานเป็นผลของความเครียด ผลของอารมณ์ในด้านลบ เป็นปัญหา ระหว่างบุคคล สังคม และเป็นส่วนประกอบของความเจ็บปวดทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นอาจเริ่มจากความไม่สุขสบายทางอารมณ์ และ/หรือ ความไม่สุขสบายทางด้าน ร่างกาย และเป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคล

นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ (2542) กล่าวถึงความทุกข์ทรมานว่าเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย กลืนได้ อาเจียน นอนไม่หลับ มีไข้ ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย และความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งความทุกข์ทรมานดังกล่าวเกิดขึ้นในบุคคลที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

พจนานุกรมภาษาอังกฤษระหว่างประเทศของเคมบริดจ์ (Cambridge International Dictionary of English, 1998) ให้ความหมายของความทุกข์ทรมานว่า เป็นความเจ็บปวดทางร่างกาย และ/หรือ ทางจิตใจอย่างมาก เช่น ความเศร้าเสียใจ ความกังวล ความเจ็บปวด หรือสภาพของจิตใจ ที่อยู่ในสภาพที่อันตรายหรือไม่ปลอดภัย และเป็นสภาพที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน

จากความหมายของความทุกข์ทรมานที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า ความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายอย่างมากของบุคคลที่เกิดจากอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเอง เช่น ความเจ็บปวด การไอ กลืนได้ อาเจียน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความวิตกกังวล เป็นต้น

ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก

ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมทรวงอกนั้นเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมง ถึง 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (O' Brien, 1994) ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ดังการศึกษาของ นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2542) เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ พบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดใหญ่เมื่อครบ 24 ชั่วโมง ในระดับปานกลาง และค่อย ๆ ลดลงอยู่ในระดับน้อยเมื่อครบ 72 ชั่วโมง และความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดใหญ่ในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่สำคัญเกิดจากปัญหาหรืออาการต่าง ๆ ดังนี้

1. ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความเจ็บปวดจากการหายใจเข้าออกถี่ ๆ จากการไอเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้าง และจากการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เป็นอาการสำคัญที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างมาก (Dale, 1993; Finkelmeire, 2000) โดยอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายอย่างรุนแรงในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Bonica, 1991; Carr, 1990; Muro, Keeling, & Long, 1995) หลังจากนั้นความรุนแรงจะทุเลาลงในวันที่ 3 หลังผ่าตัด เนื่องจากรเริ่มมีการหายของบาดแผลเกิดขึ้น ดังการศึกษาของสุกัญญา พัทวี (2541) เกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก จำนวน 100 ราย พบว่า

ค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดมีระดับสูงสุดในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ซึ่งใกล้เคียงกับในวันที่ 1 หลังผ่าตัดเล็กน้อย และมีค่าต่ำสุดในวันที่ 3 หลังผ่าตัด โดยระดับความเจ็บปวดสูงสุดในวันที่ 1, 2 และ 3 อยู่ในระดับปานกลาง โดยได้อธิบายถึงระดับความเจ็บปวดที่สูงสุดในวันที่ 2 หลังผ่าตัดว่าอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบ มีการบวมของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย และยังคงถูกกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ลูกนั่งและทำกิจกรรมด้วยตนเองมากขึ้น ร่วมกับได้รับยาาระงับปวดลดลงจากวันแรกมากจึงทำให้มีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นกว่าวันที่ 1 หลังผ่าตัด

การทำศัลยกรรมทรวงอกจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดแผลผ่าตัดในระดับรุนแรงร้อยละ 30-40 แต่ถ้ามีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือมีการหดตัวของกล้ามเนื้อ จะทำให้ปวดแผลผ่าตัดในระดับรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60-70 (Bonica, 1991) เนื่องจากทำศัลยกรรมทรวงอกทำให้กล้ามเนื้อของทรวงอกได้รับการบาดเจ็บหลายมัด ร่วมกับการใช้เครื่องถ่างขยายกระดูกซี่โครงเพื่อเปิดให้มีพื้นที่สำหรับการผ่าตัดและใช้เวลาในการทำผ่าตัดเป็นเวลานาน ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ทำผ่าตัดและเส้นประสาทได้รับอันตราย โดยเฉพาะแนวแผลผ่าตัดบริเวณทรวงอกอยู่บริเวณใกล้เคียงกับกะบังลมที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการหายใจ (Matassarin-Jacobs, 1997) เมื่อผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ หรือไอแต่ละครั้งทำให้แผลผ่าตัดสั่นสะเทือน จึงก่อให้เกิดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยมากขึ้น (Lewis & Collier, 1992) ดัชนีการศึกษาของสุกัญญา พัทวี (2541) พบว่าการดำเนินชีวิตประจำวันหลังผ่าตัดที่ถูกรบกวนจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากที่สุดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันหลัง คือ การไอ และการหายใจเข้าออกลึก ๆ และระดับความเจ็บปวดสูงสุดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะแปรปรวนทางอารมณ์ การไอ การหายใจเข้าออกลึก ๆ การเคลื่อนไหวร่างกาย และการนอนหลับ

จากการศึกษาของนันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2542) เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ จำนวน 100 คน ที่ได้รับการผ่าตัดไตและท่อไต ผ่าตัดช่องท้อง และผ่าตัดเต้านม พบว่าความทุกข์ทรมาน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ เมื่อครบ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด คือ ความทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวร่างกาย และอาการปวดแผลผ่าตัด เป็นความทุกข์ทรมานในระดับมาก ส่วนการนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่ลดลง และการมีท่อระบายคาอยู่ในร่างกาย เป็นความทุกข์ทรมานในระดับปานกลาง และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าความทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวร่างกาย อาการปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง และความรุนแรงของอาการปวดแผลผ่าตัด ยังคงเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นใน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ แต่มีความทุกข์ทรมานลดลงอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของจินตนา ศรีรักษ์ และอัจฉรา เทชฤทธิ์พิทักษ์ (2538) ที่พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานมีหลายสาเหตุ แต่สาเหตุที่ถูกละเลยแก่ผู้ป่วยมาก ได้แก่ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด และความกลัว ความไม่มั่นใจต่อการบริหารการหายใจ ไม่กล้าไอหรือ

เคลื่อนไหวร่างกาย และจากการศึกษาของฮัสนี วันชัย (2539) ที่พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมเกิดความทุกข์ทรมานมาก คือ อาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง และความรุนแรงของอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด

2. การนอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอ เป็นอีกอาการหนึ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการนอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ คือ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ดังการศึกษาของฮอดสัน (Hodgson, 1991) กลอส (Closs, 1992) คาร์สัน โพธารส (2538) และสุกัญญา พัทวี (2541) ที่พบว่าความเจ็บปวดแผลผ่าตัด เป็นสาเหตุที่สำคัญของการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการศึกษาของนิโลบล กนกสุนทรรัตน์ (2535) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดมักจะกลัวเจ็บปวดแผลผ่าตัด จนทำให้เกิดความวิตกกังวลและนอนไม่หลับ นอกจากนี้แล้วการได้รับการรักษาพยาบาลต่าง ๆ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากเครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษาพยาบาลที่ติดอยู่ สภาพจิตใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มักจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย วิธีการวินิจฉัยโรค และผลการวินิจฉัย กลัวการผ่าตัดกลัวตาย รู้สึกไม่แน่ใจในสิ่งที่จะเกิดขึ้น ต้องถูกแยกจากครอบครัวและเพื่อน ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในโรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้จะทำให้ร่างกายและอารมณ์ถูกกระตุ้นตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาจากผลของการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เป็นผลให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ยากขึ้นจนทำให้นอนไม่หลับ (Hodgson, 1991) ส่งผลกระทบให้การทำงานทางด้านร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลง อาจปรากฏอาการและอาการแสดงในระดับความรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ถูกรบกวนการนอนหลับ (Thomson et al., 1998; Potter & Perry, 1999) ถ้าเกิดความแปรปรวนของการนอนหลับติดต่อกันนานเกินกว่า 48 ชั่วโมง จะมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เช่น มีอาการหุดหิ้ว การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลผิดปกติ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาจหงุดหงิด โมโหง่าย หรือมีอาการคลื่นไส้ ปวดศีรษะ มือสั่นร่วมด้วย และหากผู้ป่วยยังคงมีความแปรปรวนของการนอนหลับติดต่อกันเป็นเวลานาน 40-64 ชั่วโมง จะกลายเป็นปัญหาทางจิต เช่น หวาดระแวง หูแว่ว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เป็นต้น (Closs, 1992)

3. อาการปวดเมื่อยร่างกายจากการนอนในท่าเดียวนาน ๆ และการนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากความกลัวเจ็บปวดแผลผ่าตัดเมื่อต้องเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยจึงมักหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ อาจนั่งหรือนอนอยู่ในท่าเดียวนาน ๆ บนเตียง จนก่อให้เกิดอาการปวดเมื่อยร่างกายขึ้น นอกจากนี้แล้วการนอนอยู่ในท่าเดียวนาน ๆ ยังก่อให้เกิดการหดตัวและเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากขึ้นด้วย (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Carr, 1990)

4. การใส่ท่อระบายทรวงอกไว้ในร่างกาย การใส่ท่อระบายทรวงอกภายหลังการผ่าตัดยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรม

ทรวงอกจะต้องได้รับการใส่ค้ำทอระบายทรวงอกไว้ภายหลังผ่าตัด 1-2 ท่อ เพื่อระบายอากาศและ เลือดภายในช่องเยื่อหุ้มปอดภายหลังผ่าตัด (Thelan, Urden, Lough, & Stacy, 1998) ทำให้มีการ เสียค้ำของทอระบายทรวงอกกับผิวหนังด้านนอกหรือการระคายเคืองเยื่อหุ้มปอด จึงก่อให้เกิด ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายจากความเจ็บปวดได้ในขณะหายใจเข้าออกลึก ๆ หรือในขณะ เคลื่อนไหวร่างกาย (Lewis, Heitkemper, & Dirksen 2000) นอกจากนี้การใส่ค้ำทอระบายทรวงอก ยังทำให้ผู้ป่วยรำคาญ มีความรู้สึกว่าการพันชนาการไว้ด้วยอุปกรณ์ต่าง ๆ ทำให้มีความลำบากในการ เคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมต่าง ๆ อาจมีการคั่งรังของทอระบายทรวงอกจนทำให้ผู้ป่วยเกิด ความรู้สึก ไม่สุขสบายขึ้น (Webster & Thompson, 1986)

ส่วนความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจภายหลังผ่าตัดที่สำคัญ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับ สภาพความเจ็บป่วยของตนเองหลังทำผ่าตัด ผลของการผ่าตัดที่ได้รับ วิตกกังวลว่าจะไม่สามารถ ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ กลัวการกลับเป็นโรครั่ว และวิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาล (นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2542; Beare & Myers, 1994; Galloway, 1999; Long, 1991) ในระยะหลังผ่าตัดพบว่าช่วงเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ คือ ขณะที่ผู้ป่วย รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายลดลง และเริ่มมีสภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น ดังการศึกษาของนันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2542) ที่พบว่าผู้ป่วย หลังได้รับการผ่าตัดใหญ่เมื่อครบ 72 ชั่วโมง จะมีความทุกข์ทรมานจากความวิตกกังวลต่อสภาพ ความเจ็บป่วย และความวิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และอยู่ ในอันดับที่ 2 และอันดับที่ 3 รองมาจากความทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวร่างกาย ในขณะที่เมื่อ ครบ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ความทุกข์ทรมานจากความวิตกกังวลดังกล่าวอยู่ใน อันดับหลังจาก 5 อันดับแรก เช่นเดียวกับอัสนี วันชัย (2539) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมในวันที่สาม พบว่าความวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยเป็น อาการที่ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมเกิดความทุกข์ทรมานในระดับมาก และเป็นอาการที่ก่อให้เกิด ความทุกข์ทรมานมากที่สุด ใน 3 อันดับแรก เกสตอน-โจฮันสัน ฟรานโก และซิมเมอร์แมน (Gaston-Johansson, Franco, & Zimmerman, 1992) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวดและความทุกข์ ทรมานด้านจิตใจในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก พบว่าผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลและ ซึมเศร้าในระดับต่ำถึงปานกลางตลอดระยะเวลาที่ทำการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และจากการ ศึกษาของกัลโลเวย์และเกรดอน (Galloway & Graydon, 1996) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็ง ที่ลำไส้จะมีความกังวลใจ และซึมเศร้าในระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยมี ความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การ รับประทานอาหาร การทำกิจกรรม และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสามารถสรุปความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจที่สำคัญ หลังการทำศัลยกรรมทรวงอกได้ดังนี้ ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความเจ็บปวดจากการหายใจเข้าออกถี่ ๆ จากการไอเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้าง และจากการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การนอนไม่หลับ อาการปวดเมื่อยร่างกายจากการนอนท่าเดิวนาน ๆ และจากการนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม และการใส่ค้ำที่ระบายนทรวงอกไว้ในร่างกาย สาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัด หรือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยพบว่าความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายมีระดับความรุนแรงอย่างมากภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และเริ่มทุเลาลงเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ส่วนความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจนั้นเริ่มเป็นปัญหาสำคัญเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายน้อยลง นั่นคือเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ผลกระทบของความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก

ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมทรวงอกมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากเมื่อมีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมักจะหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายหลังผ่าตัด อาจนั่งหรือนอนเฉย ๆ บนเตียง บางคนอาจหายใจเข้าออกถี่ ๆ หลีกเลี่ยงการบริหารการหายใจ หลีกเลี่ยงการไอเมื่อมีเสมหะคั่งค้าง หรือบางคนเลือกใช้การกระแอมแทนการไอจากลำคอส่วนลึกเพราะกลัวว่าจะมีความเจ็บปวดมากขึ้น ผลจากการเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดลงจะทำให้เสมหะมีการคั่งค้าง มีการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เป็นผลให้เกิดภาวะถุงลมโป่งพองและปอดอักเสบเฉียบพลัน (Carr, 1990; Perry & Potter, 2002; Puntillo & Weiss, 1994; Watt-Watson et al., 2000) นอกจากนี้แล้วความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นยังมีผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยทำให้มีการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก การทำงานของหัวใจจึงเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น จนอาจเต้นผิดจังหวะ อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตสูงขึ้น (Barry, 1989; Beare & Myers, 1994; Long, 1991) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจสูงและเป็นเวลานาน จะมีผลกระทบต่อการตอบสนองของต่อมไร้ท่อ มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์จากต่อมหมวกไตส่วนนอกและแคทีโคลามีนออกมามากกว่าปกติ (Kehlet, 1984 cited in Salmon & Kaufman, 1990) ทำให้ยับยั้งกระบวนการสังเคราะห์โปรตีน การสร้างและสะสมพลังงาน โดยเฉพาะคอลลาเจนซึ่งเป็นสารสำคัญในการสมานเนื้อเยื่อที่ได้

รับอันตราย จึงทำให้ความสามารถในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอและกระบวนการหายของแผลใช้เวลานานกว่าปกติ รวมถึงกีดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย จึงเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ทำให้การกลับฟื้นคืนสภาพภายหลังผ่าตัดช้าลง ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น (จอม สุวรรณโณ, 2542; Lindsey, Carrieri-Kohlman, & Page, 1993; Long, 1991; Pederson & Parran, 1999)

ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกนี้ เป็นความรู้สึกรู้สึกที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเอง ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อหาวิธีการที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ทรมาน

เนื่องจากยังไม่มีผู้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกโดยตรง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่และในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัด ทั้งนี้เพราะการทำศัลยกรรมทรวงอกถือว่าการผ่าตัดใหญ่ที่กระทำต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย และผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมทรวงอกส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปอดและเป็นผู้ป่วยที่มีก้อนท่อนหรือมะเร็งในปอด (Strider, Morrison, Quinn, & Yuan, 1995) ปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกที่สำคัญจึงพอสรุปได้ดังนี้

1. เพศ เพนโคเฟอร์และโฮล์ม (Penckofer & Holm, 1990) กล่าวว่าเพศหญิงจะมีระดับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายได้รับการยกย่องจากสังคมว่าเป็นเพศที่มีความแข็งแรง ส่วนเพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอ ทำให้เพศหญิงมีความรู้สึกถูกรบกวนกระเทือนจากความเจ็บปวดหลังผ่าตัดสูงกว่าเพศชาย ดังการศึกษาของรีด-พอนเต (Reid-Ponte, 1992) เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งที่ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด พบว่าเพศหญิงมีความทุกข์ทรมานมากกว่าเพศชาย

2. อายุ เอ็ดลันด์และสเนด (Edlund & Sneed, 1989) กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหามาก ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าคนหนุ่มสาว ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจึงน้อยกว่าในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว ดังเช่นการศึกษาของอัคนี วันชัย (2539) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่า

ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และการศึกษาของโชเวอร์และคณะ (Schover et al., 1995) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อยจะมีความทุกข์ทรมานจากโรคในระดับที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูง

3. ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของบุคคล ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และมีความเข้าใจเรื่องภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี (Potter & Perry, 1999) จากการศึกษาของอาร์ลิง (Arling, 1987) พบว่าคนที่มีการศึกษาดำรงมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ค่อยดี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย เมื่อพบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้นในชีวิตจะทำให้บุคคลเหล่านี้มีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าคนที่มีการศึกษาสูง ดังเช่นการศึกษาของโชเวอร์ และคณะ (Schover et al., 1995) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมซึ่งมีการศึกษาสูงจะมีความทุกข์ทรมานในระดับที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยกว่า และการศึกษาของฮัตนี วันชัย (2539) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้บุคคลมีโอกาสเลือกสิ่งอำนวยความสะดวก และสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างการเจ็บป่วยได้ โดยไม่ต้องกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจ สามารถรักษาได้อย่างต่อเนื่อง แต่ในผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย เมื่อเจ็บป่วยและต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหรือแม้ในระยะพักฟื้นที่บ้าน จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระให้กับครอบครัวที่จะต้องหารายได้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมักจะกลัวว่าครอบครัวจะเบื่อหน่าย ไม่พอใจ และทอดทิ้งตน ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มขึ้น (Beare & Myers, 1994; Pollock, 1986; Smeltzer & Bare, 2000)

5. การสนับสนุนของครอบครัว จากการศึกษาของฮัตนี วันชัย (2539) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดกับบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนของครอบครัว เช่น บิดา มารดา คู่สมรส จะเป็นแหล่งสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยและขาดการสนับสนุนของครอบครัวจึงมักแสดงอาการกังวลใจและวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ให้การดูแลเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนของครอบครัว ผู้ป่วยจะสามารถเผชิญกับปัญหาหรือความเครียดในภาวะวิกฤตได้ง่าย ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้ความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง (Potter & Perry, 1999; Smeltzer & Bare, 2000)

6. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรค จะมีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความรู้และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จะทำให้ไม่สามารถปรับตัวต่อสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจขึ้น (Rhodes & Watson, 1987) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีก้อนทุมในร่างกาย มักจะมีความกลัวว่าตนจะเป็นมะเร็ง ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลและกระวนกระวายใจ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นแล้วต้องเสียชีวิตทุกราย ดังการศึกษาของมณฑา ลิ้มทองกุล (2535) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านมขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ไม่สบายใจ กลัวจะเป็นมะเร็ง และกลัวว่าจะต้องถูกตัดเต้านม การศึกษาของบลูมและคณะ (Bloom et al., 1987 cited in Disch & McEvoy, 1990) ที่พบว่าประชาชนโดยทั่วไปแม้จะมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเป็นอย่างดี แต่ประชาชนร้อยละ 65 มีความเห็นเกี่ยวกับมะเร็งว่ามะเร็งหมายถึงความตาย และร้อยละ 75 เชื่อว่าการผ่าตัดจะเป็นสาเหตุให้มะเร็งมีการแพร่กระจายไปเหมือนโรคติดต่อ และการศึกษาของริด-พอนเต (Reid-Ponte, 1992) เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความรู้สึกผิด โกรธ และกลัวตาย นอกจากนี้แล้วการแพร่กระจายของมะเร็ง การสูญเสียภาพลักษณ์ และการกลับเป็นซ้ำยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้น

7. ลักษณะของการทำผ่าตัด พบว่าการผ่าตัดเปิดทรวงอกที่มีการลงแนวผ่าตัดด้านข้างของลำตัว ซึ่งมีการลงแนวผ่าตัดผ่านกล้ามเนื้อผนังทรวงอกจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดรุนแรงกว่าแนวการผ่าตัดชนิดอื่นรวมถึงการลงแนวผ่าตัดในแนวกึ่งกลางกระดูกสันหลังด้วย นอกจากนี้การผ่าตัดเปิดทรวงอกในแนวด้านข้างของลำตัวยังก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายบริเวณผนังทรวงอกอย่างต่อเนื่องอีกประมาณ 2-3 เดือนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจึงมักต้องรับประทานยาระงับปวด เช่น Acetaminophen with Codeine ในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกเมื่อกลับบ้าน (Finkelmeire, 2000) นอกจากนี้แล้วตำแหน่งของการผ่าตัด ความยาวของแผลผ่าตัด และระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดยังมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดด้วยเช่นกัน โดยพบว่าการผ่าตัดบริเวณทรวงอก ใต้ และหน้าท้องส่วนบนจะทำให้เกิดความเจ็บปวดมากที่สุด เนื่องจากบริเวณทรวงอกและหน้าท้องนั้นจะมีเส้นประสาททอดผ่านจำนวนมาก ส่วนใหญ่ยังเป็นเส้นประสาทที่มีความซับซ้อนและมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดบริเวณอวัยวะภายใน (visceral and somatic pain) จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดมากกว่าการผ่าตัดในตำแหน่งอื่น (Jurf & Nirschl, 1993) ส่วนแผลผ่าตัดที่มีแนวการผ่าตัดยาวจะเจ็บปวดมากกว่าแผลผ่าตัดที่มีแนวแผลผ่าตัดสั้น การผ่าตัดที่ใช้เวลานานจะทำให้เจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดในระยะสั้น ทั้งนี้เป็นเพราะแผลผ่าตัดที่มีแนวการผ่าตัดยาวและระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดนาน จะทำให้เนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทได้รับภัยอันตรายมาก เนื้อเยื่อที่ได้รับ

ภยันตรายนี้จะมีการหลั่งสารเบรดีไคนิน (bradykinin) ซีโรโทนิน (serotonin) ฮีสตามีน (histamine) โพแทสเซียม (potassium) โพรสตาแกลนดินส์ (prostaglandins) และลิวโคไตรเอนส์ (leukotrienes) ออกมากระตุ้นปลายประสาทรับรู้เจ็บปวด ทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น (Boss, 1992; Lewis, Heitkemper, & Dirksen 2000)

8. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทั้งที่เกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกและการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด เช่น ตกเลือด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด แผลแยก ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะหรือที่แผลผ่าตัด หลอดเลือดดำส่วนลึกอักเสบและอุดตัน (Keeling, Muro, & Long, 1995; Phipps & Long, 1995) ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการปรับตัวเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดทั้งต่อร่างกายและจิตใจ (Gilling & Macbetch, 1988)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะส่งผลให้แต่ละบุคคลมีความทุกข์ทรมานแตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ควบคุมปัจจัยบางประการเป็นตัวแปรกำหนดในการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยปัจจัยที่ควบคุม คือ เพศ อายุ การสนับสนุนของครอบครัว การลงแนวผ่าตัด บริเวณทรวงอก และพยาธิสภาพของความเจ็บป่วย

บทบาทของพยาบาลต่อความทุกข์ทรมาน

พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเพื่อทำหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความทุกข์ทรมานในบทบาทของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระและตามแผนการรักษา มีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลเอาใจใส่ต่อความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยการรับฟังปัญหา ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลมีความห่วงใยและอาทรต่อผู้ป่วย พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือ ยอมรับว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจริง แสดงความเห็นใจ เอื้ออาทร ให้การปลอบโยนผู้ป่วยในขณะที่มีความทุกข์ทรมาน รวมถึงการให้กำลังใจและให้ความเชื่อมั่นต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น (Finkelmeier, 2000; Potter & Perry, 1999) หรือใช้การสัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสม โดยการบีบมือผู้ป่วยแรงและเบาสลับกันไป (ช่อลดา พันธุเสนา, 2536) การกระทำดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่และได้รับความช่วยเหลือ เกิดความไว้วางใจ รู้สึกอบอุ่นใจ ทำให้ความกลัวและความวิตกกังวลลดลง มีความมั่นใจ สามารถตัดสินใจ และเผชิญกับปัญหาได้

อย่างเหมาะสม (Reid-Ponte, 1992) ดังการศึกษาของถนอมศรี คูอาริยะกุล (2538) พบว่าผลของการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน และความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การให้ข้อมูลและฝึกสอนทักษะในการปฏิบัติ การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอและการฝึกสอนทักษะต่าง ๆ ที่ช่วยลดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยนั้นจะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ (Galloway & Graydon, 1996; Gaston-Johansson, Franco, & Zimmerman, 1992; Potter & Perry, 1999) ข้อมูลที่พยาบาลควรให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ สภาพความเจ็บป่วย ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การเตรียมตัวเพื่อการผ่าตัด อาการของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด ชนิดและอุปกรณ์ที่สอดใส่เข้าสู่ร่างกายหลังผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยเพิ่มการระบายอากาศในผู้ป่วยบางราย การได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักใน 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด (Finkelmeier, 2000) รวมถึงการฝึกสอนเทคนิคและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัดที่ช่วยลดความทุกข์ทรมาน เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การใช้ปฏิกิริยาย้อนกลับทางชีวภาพ การเบี่ยงเบนความสนใจ การบริหารการหายใจ การออกกำลังกายหลังผ่าตัด เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดทรวงอก ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้วิธีการในการเผชิญปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้อย่างเหมาะสม และสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้ด้วยตนเอง เป็นผลให้ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ลดลง (Galloway, 1999; Gaston-Johansson, Franco, & Zimmerman, 1992; LeMone & Burke, 1996) ดังการศึกษาของฉวี มากพุ่ม (2530) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนจะมีความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดลดลง และการศึกษาของคัพเพิลส์ (Cupples, 1991) ที่พบว่าผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์เข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น

3. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ระหว่างผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ได้แก่ การช่วยจัดท่านอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย เช่น ท่าศีรษะสูงเล็กน้อย (semi-Fowler's position) หรือท่าศีรษะสูง (high-Fowler's position) และเข่างอเล็กน้อย (Perry & Potter, 2002) การช่วยผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก ๆ 2 ชั่วโมง จะช่วยป้องกันกล้ามเนื้อหดตัวและเกร็งตัวซึ่งจะทำให้เกิดความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อและตึงแผลผ่าตัด และจะทำให้เจ็บปวดแผลผ่าตัดมากขึ้นได้ การช่วยประคองแผลผ่าตัดและบริเวณทรวงอกที่อยู่ใกล้กับแผลที่ใส่ท่อระบายทรวงอกเพื่อลดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อทรวงอก โดยการใช้มือ 2 ข้าง ฝ่านิ้ว หรือหมอนประคองที่บริเวณแผลผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยบริหารการหายใจ ไอ หรือเคลื่อนไหวร่างกาย (Drain, 1994; Hudak, Gallo, & Morton, 1998) การดูแลไม่ให้สายยางของท่อระบายทรวงอกมีการหย่อนหรือดึงรั้งแผลผ่าตัด

โดยการช่วยเปลี่ยนตำแหน่งของเข็มกลัดที่ติดกับผ้าปูที่นอนให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม เพื่อไม่ให้ท่อระบายทรวงอกเคลื่อนไหวดึงรั้งแผลที่ใส่ท่อระบายทรวงอก การจับสายยางไม่ให้ดึงรั้งขณะพลิกตัว โดยใช้มือจับบริเวณด้านล่างของท่อระบายให้ไปตามทิศทางการเคลื่อนไหว ช่วยพยุงผู้ป่วยให้ลุกขึ้น โดยให้ผู้ป่วยใช้มือทั้งสองข้างดึงเชือกที่ผูกปลายเตียงแล้วเหินยตัวลุกขึ้นนั่ง (วิลาวุธย์ ต่อปัญญา, 2531) ร่วมกับการลดสิ่งเร้า เช่น เสียงที่ดังเกินไป แสงสว่าง และการสนับสนุนให้มีความทนทาน ทักษะทรمانเพิ่มขึ้น เช่น การดูแลสิ่งแวดล้อม ความสะอาดของเตียง ดูแลให้ปากมีความชุ่มชื้น ภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น การบ้วนน้ำแข็ง ให้ petrolatum ointment ทาริมฝีปาก และลดสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอื่น ๆ เช่น ภาวะกระเพาะปัสสาวะเต็ม (Drain, 1994)

4. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวด เป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทรวงอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดอย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับการใช้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ได้เสนอหลักในการให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วย เรียกว่า “analgesic ladder” ซึ่งก็ได้รับการสนับสนุนจาก the American Pain Society และ the United States Agency for Health Care Research (Lewis, Heitkemper, & Dirksen 2000) ประกอบด้วยบันได 3 ขั้น คือ

บันไดขั้นที่ 1 ใช้ยาระงับปวดชนิดไม่เสพติด (nonopioid drugs) เช่น Aspirin, Acetaminophen, NSAIDs ในรายที่มีอาการเจ็บปวดระดับเล็กน้อย (มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 จากการใช้มาตรวัดความเจ็บปวดที่มีคะแนน 0-10 คะแนน)

บันไดขั้นที่ 2 ใช้ยาระงับปวดชนิดเสพติดเล็กน้อย (weak opioid drugs) เช่น Codeine, oxycodone (Percodan), propoxyphene (Darvon), pentazocine (Talwin) และ hydrocodone ในรายที่มีอาการเจ็บปวดระดับปานกลาง (มีคะแนนตั้งแต่ 4-6 จากการใช้มาตรวัดความเจ็บปวดที่มีคะแนน 0-10 คะแนน)

บันไดขั้นที่ 3 ใช้ยาระงับปวดชนิดเสพติด (opioid drugs) เช่น morphine sulfate, hydromorphone, methadone, meperidine (Demerol) ในรายที่มีอาการเจ็บปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง (มีคะแนนตั้งแต่ 7-10 จากการใช้มาตรวัดความเจ็บปวดที่มีคะแนน 0-10 คะแนน)

การเลือกให้ยาในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดแบบเฉียบพลันนั้น WHO ได้แนะนำให้เลือกให้ยาเริ่มจากยาในระดับขั้นที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ (Lewis, Heitkemper, & Dirksen 2000) ส่วนวิธีการบริหารยามีหลายวิธีตามสภาพผู้ป่วยและแพทย์ผู้ให้การรักษา ดังนี้

4.1 การให้ยาเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการ (pro re nato [prn]) การให้ยาชนิดนี้จะมีประสิทธิภาพเมื่อระดับยาในเลือดอยู่ในขนาดที่เหมาะสมในการรักษา (therapeutic level) แต่วิธีนี้อาจให้ผลในการระงับความเจ็บปวดไม่เพียงพอ เพราะเมื่อผู้ป่วยเริ่มขอยาเมื่อมีความ

เจ็บปวด แสดงว่าระดับยาในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำกว่าขนาดที่เหมาะสมในการรักษาแล้ว เมื่อรวมกับเวลาที่พยายามจะนำยามาให้ผู้ป่วย ระดับยาในเลือดก็ยิ่งลดต่ำลงกว่าในขนาดที่เหมาะสมในการรักษามาก การให้ยาในครั้งต่อไปด้วยขนาดปกติที่ปลอดภัยต่อการใช้จึงมักไม่เพียงพอที่จะระงับความเจ็บปวดได้ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการควบคุมให้ระดับยาในเลือดอยู่ในระดับที่เหมาะสมในการรักษาเมื่อได้รับยาในครั้งต่อไปมีความยากขึ้น (Smeltzer & Bare, 2000)

4.2 การให้ยาเพื่อป้องกันการเกิดอาการเจ็บปวดรุนแรง (prevent approach) เป็นการให้ยาตามเวลาที่กำหนดเพื่อป้องกันมิให้ระดับยาในเลือดลดต่ำกว่าขนาดที่เหมาะสมในการรักษา การบริหารยาลักษณะนี้ ได้แก่ การให้ยาตามเวลา เช่น Morphine sulphate หรือ NSAIDs ทุก 4 ชั่วโมง หรือทุก 6 ชั่วโมง การให้ยาหยดทางหลอดเลือดดำตลอด 24 ชั่วโมง (intravenous drip) หรือการให้ยาครั้งแรกในขนาดสูงกว่าปกติที่เรียกว่า “ขนาดเพิ่ม (loading หรือ priming หรือ initial dose)” เมื่อต้องการให้ปริมาณยาในเลือดสูงตามที่ต้องการเพื่อให้ฤทธิ์ในการระงับปวดเกิดขึ้นทันที แล้วตามด้วยการให้ยาแบบหยดตลอดเวลาทางหลอดเลือดดำ (continuous infusion) ในปริมาณยาปริมาณน้อย ๆ เข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมให้ระดับยาในเลือดอยู่ในระดับที่ให้ผลการรักษาคงที่ (พัคตร์พริ้ง แสงดี, 2538; Smeltzer & Bare, 2000)

4.3 การให้ผู้ป่วยควบคุมยาระงับปวดด้วยตนเอง (patient controlled analgesia [PCA]) เป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถบริหารยาแก้ปวดด้วยตนเองตามต้องการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชนิดที่เสพติด เช่น morphine sulphate ผ่านทางเครื่องมือในขนาดต่ำ ๆ เข้าทางหลอดเลือดดำหรือชั้นใต้ผิวหนัง วิธีนี้มีข้อดีหลายประการ เช่น ระดับยาในเลือดในขนาดที่เหมาะสมในการรักษาคงที่ จึงลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในขนาดสูง โดยเฉพาะฤทธิ์ของยาในการกดประสาทประสาทส่วนกลาง ผู้ป่วยจึงสามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้มากขึ้น ทำให้ภาวะแทรกซ้อนในระบบหายใจ ระบบหัวใจ และหลอดเลือดภายหลังผ่าตัดเกิดขึ้นน้อยลง (Perry & Potter, 2002)

วิถีทางในการให้ยาระงับปวดนั้นมีหลายวิธี แต่ส่วนใหญ่ที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมทรวงอก คือ การรับประทาน และการฉีดเข้าสู่ร่างกาย ได้แก่ การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง หรือทางช่องไขสันหลัง การให้ยาด้วยวิธีการฉีดเข้าสู่ร่างกายนั้นจะให้ฤทธิ์ในการระงับปวดเร็วกว่าชนิดรับประทาน แต่อัตราการเผาผลาญของยาเร็วกว่าชนิดรับประทาน จึงทำให้ฤทธิ์ของยาในร่างกายสั้นกว่าชนิดรับประทานด้วยเช่นกัน ส่วนการให้ยาทางช่องไขสันหลัง (intraspinal analgesia) นั้นเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมความเจ็บปวดสูง ระยะเวลาของการออกฤทธิ์ของยานาน และเกิดพิษของยาต่อร่างกายน้อย การให้ยาจะทาง epidural route และ intrathecal route (McCaffery & Pasero, 1999 cited in Perry & Potter, 2002) ในการทำศัลยกรรมทรวงอกส่วนใหญ่จะนิยมให้ทางช่องว่างเหนือชั้นดูลา (epidural space) โดยวิสัญญีแพทย์หรือแพทย์

จะเป็นผู้สอดใส่สายทางช่องว่างเหนือชั้นดูลา หากเป็นการให้ยาในระยะสั้นหรือเป็นครั้งคราว แพทย์หรือวิสัญญีแพทย์จะไม่ได้เย็บสายยึดติดกับบริเวณที่สอดใส่ แต่จะปิดสายด้วย sterile occlusive dressing โดยทั่วไปจะใส่สายเพื่อให้ยานานประมาณ 1-3 วันหลังผ่าตัด วิธีการบริหารยา อาจเป็นลักษณะการให้ยาครั้งแรกในขนาดสูงกว่าปกติ (bolus dose) หรือให้ยาแบบหยดตลอดเวลา (continuous infusion) ผ่านทางเครื่องควบคุมการหยดของสารละลาย (infusion pump) ยาที่ใช้ ส่วนใหญ่ เช่น morphine sulfate, fentanyl, methadone, meperidine และยาในกลุ่มยาชาเฉพาะที่ เช่น bupivacaine (Marcaine) วิธีการให้ยาระงับปวดชนิดนี้ ต้องการการดูแลและสังเกตอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลเพราะผู้ป่วยอาจเกิดภาวะการหายใจถูกกด (respiratory depression) เมื่อได้รับยาระงับปวด ในครั้งแรกได้ โดยเฉพาะในระยะ 6-12 ชั่วโมงแรก หรือใน 24 ชั่วโมงแรก (Perry & Potter, 2002; Smeltzer & Bare) ส่วนอาการข้างเคียงโดยทั่วไปที่พบจากการให้ยาระงับปวดชนิดนี้ เช่น อาการปวดศีรษะจากการสูญเสียน้ำไขสันหลังระหว่างการเจาะเพื่อการสอดใส่สาย มีอาการคันผิวหนัง อย่างรุนแรง (pruritus) คลื่นไส้ อาเจียน หรือปัสสาวะคั่ง (urinary retention) เป็นต้น (Finkelmeier, 2000; Smeltzer & Bare, 2000)

สิ่งสำคัญของการให้ยาระงับปวดอย่างมีประสิทธิภาพ คือ ทักษะการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Smeltzer & Bare, 2000) พยาบาลควรสอนและแนะนำให้ผู้ป่วยขอยาระงับปวด ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกเจ็บปวดเพื่อป้องกันอาการเจ็บปวดมีความรุนแรง เนื่องจากการให้ยาในขณะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดรุนแรงด้วยขนาดปกติที่ปลอดภัยต่อการใช้มักมีประสิทธิภาพไม่สูงพอที่จะระงับปวดได้ (McCaffery, 1990; McGuire, 1999) โดยเฉพาะในกรณีที่มีการบริหารยาเป็นชนิดให้ยาเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการซึ่งเป็นวิธีการบริหารยาที่ใช้กันมาก แต่ผลในการระงับความเจ็บปวดอาจยังไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยอาจขอยาเมื่อมีความเจ็บปวดมากหรือได้รับยาล่าช้า ทำให้ต้องใช้ยาเพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดในปริมาณที่มากกว่าปกติ (Feldman, 1991; Jurf & Nirschl, 1993) รวมถึงการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสมเมื่อต้องทำกิจกรรมหรือเคลื่อนไหวร่างกาย หลังผ่าตัด เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดก่อนออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย ประมาณ 15-30 นาที เพื่อให้ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัดขณะที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย (Drain, 1994; Hudak, Gallo, & Morton, 1998; Perry & Potter, 2002)

การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมทรวงอกที่มีสาเหตุจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความเจ็บปวดจากการหายใจเข้าออกลึก ๆ จากการไอเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้าง และจากการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การนอนไม่หลับ อาการปวดเมื่อยร่างกายจากการนอนท่าเดียวนาน ๆ และจากการนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม การใส่ท่อระบายทรวงอกไว้ในร่างกาย และความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัด หรือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลนั้นมีรายละเอียดดังนี้

การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด

สามารถปฏิบัติได้โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation technique) เทคนิคการผ่อนคลายเป็นกลวิธีทางกระบวนการคิดด้วยเหตุผลและพฤติกรรม (cognitive-behavior strategy) ที่ใช้ลดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และการนอนไม่หลับ ทั้งนี้เป็นเพราะเมื่อร่างกายมีการผ่อนคลาย ระบบประสาทลิมบิกซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์จะถูกกระตุ้นน้อยลง จึงลดความวิตกกังวล และเมื่อความวิตกกังวลลดลงจึงมีผลทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง อีกทั้งยังช่วยลดระดับความเครียด ลดการหลั่งฮอร์โมนจากความเครียด เช่น คอร์ติซอล (cortisol) ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อหรือการหดตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้รู้สึกสงบและผ่อนคลาย จึงทำให้นอนหลับได้มากขึ้น (DeMarco-Sinatra, 2000; Potter & Perry, 1999) ดังการศึกษาของ รุ่งทิพย์ จามรمان (2532) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายมีความเจ็บปวดและความรู้สึกทุกข์ทรมานในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด และมีจำนวนครั้งของการฉีดยาระงับปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของนำพิชญ์ ธรรมิเวศน์ (2539) ที่พบว่าเทคนิคการผ่อนคลายช่วยในการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่อยู่ในเครื่องดึงถ่วงกระดูกทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการนอนหลับมากขึ้นกว่าก่อนได้รับเทคนิคการผ่อนคลาย และมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้ในการปฏิบัติกรพยาบาลทั่วไป ได้แก่

- 1.1 การหายใจเข้าออกลึก ๆ เป็นจังหวะ (rhythmic deep breathing) เป็นเทคนิคการผ่อนคลายที่มีลักษณะการหายใจคล้ายกับการหายใจโดยใช้กลัมนี้อะบังลม ที่ผู้ฝึกมุ่งความสนใจ

ไปที่จังหวะการหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ ผ่านทางจมูก ขณะหายใจเข้าหน้าท้องจะโป่งออก แล้วหายใจออกช้า ๆ ทางปาก หน้าท้องจะยุบตัวหรือแฟบลง (DeMarco-Sinatra, 2000) ผลจากการที่ผู้ฝึกมุ่งความสนใจไปที่จังหวะการหายใจช้า ลึก และสม่ำเสมอทำให้ร่างกายและจิตใจคลายความเครียด ความวิตกกังวลได้ เนื่องจากวิธีนี้มีลักษณะการหายใจที่ลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด จึงส่งเสริมให้ถุงลมเล็ก ๆ ในปอดขยายตัวเต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้แล้วการหายใจเข้าออกลึก ๆ ยังช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น เลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น ปริมาณเลือดแดงที่หัวใจสูบฉีดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้น (Craven & Himle, 1996; Casaburi & Petty, 1993; Synder & Lindquist, 1998)

1.2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบต่อเนื่อง (progressive muscle relaxation) เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ลดความเครียดและความวิตกกังวล โดยฝึกให้บุคคลสามารถควบคุมกล้ามเนื้อตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้คลายตัว โดยมีหลักความเชื่อว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะส่งผลให้กล้ามเนื้อต่าง ๆ มีความตึงเครียดสูงไปด้วย และเมื่อกำลังผ่อนคลายลง ความตึงเครียดทางจิตใจจะลดลงตามไปด้วย (Perry & Potter, 2002; Synder & Lindquist, 1998)

1.3 การสร้างจินตนาการ (imagery) เป็นการสร้างภาพจากความคิดของตนเองไปสู่สิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจจากประสบการณ์ภายใน (internal experience) จากความจำ ความฝัน การมองเห็น ผลจากการมุ่งความสนใจไปกับจินตภาพช่วยเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวด ความตึงเครียด ไปสู่ความรู้สึกผ่อนคลายมีความสุข (Perry & Potter, 2002; Synder & Lindquist, 1998)

1.4 การทำสมาธิ (meditation) เป็นการฝึกจิตใจให้สงบ ผ่อนคลาย โดยมุ่งความสนใจให้กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ (concentrative meditation) เช่น การกำหนดลมหายใจเข้าออก การเพ่ง-ยุบของท้อง หรือให้มีสติรับรู้ไปตามอริยาบทปัจจุบันของร่างกายและการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์ (mindful meditation) รู้ว่ากำลังทำอะไร เห็นอะไร ได้ยินอะไร สัมผัสอะไร ได้รสอะไร ได้กลิ่นอะไร ทำให้เกิดความรู้สึกอย่างไร เกิดอารมณ์อย่างไร คิดอะไร เป็นต้น เช่น การทำวิปัสสนาสมาธิตามหลักพุทธศาสนา การทำสมาธิจึงมักสัมพันธ์กับความเชื่อทางศาสนาด้วย ผลของการทำสมาธิทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวลลดลง ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด และส่งเสริมการนอนหลับ (Andrews, Angone, Cray, Lewis, & Johnson, 1999; Synder & Lindquist, 1998) จากผลของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง ระบบประสาทลิมบิกซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองอารมณ์ทางลบจึงถูกกระตุ้นน้อยลง การทำสมาธิควรมีการฝึกปฏิบัติทุกวันอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที (Andrews et al, 1999; Betrus, 1991; Synder & Lindquist, 1998)

ดีมาร์โก-ซินาตรา (Demarco-Sinatra, 2000) กล่าวว่าแม้เทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้ช่วยลดความทุกข์ทรมานนั้นจะมีหลายวิธี แต่ทุกเทคนิคมีประสิทธิภาพในการใช้ไม่แตกต่างกัน

หากผู้นำมาใช้นั้นมีทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติ ดังนั้นการนำเทคนิคการผ่อนคลายมาใช้ในการปฏิบัติจึงอาจใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพียงเทคนิคเดียว หรือหลายเทคนิคร่วมกันขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกวิธีการผ่อนคลายโดยการหายใจลึก ช้า และสม่ำเสมอ ซึ่งมีวิธีการคล้ายคลึงกับการหายใจโดยใช้กะบังลม และการทำสมาธิที่ดัดแปลงจากวิธีปฏิบัติวิปัสสนาสมาธิในแนวสติปัฏฐาน 4 ที่มีการกำหนดจิตให้แน่วแน่ตามอริยาบทการเคลื่อนไหวของท้องและการหายใจเข้าและออก เป็นวิธีสำหรับการฝึกสอนให้แก่ผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความวิตกกังวล ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด และการนอนไม่หลับ เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถฝึกปฏิบัติได้ง่ายและสะดวก ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระ และยังเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ทำการศัลยกรรมทรวงอกเนื่องจากเป็นวิธีการที่ลดการทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอก ดังการศึกษาของมิลเลอร์และเพอร์รี่ (Miller & Perry, 1990) ที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการหายใจแบบลึก ช้า และสม่ำเสมอในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ พบว่าเทคนิคนี้สามารถลดความเจ็บปวดแผลผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยยังกล่าวถึงเทคนิคนี้ว่าเป็นวิธีการที่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ เป็นวิธีที่ฝึกได้ง่าย ควรแนะนำแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอื่น ๆ ให้นำไปใช้ และการศึกษาของสมทรง เพ็งสุวรรณ (2528) ที่พบว่าผลการทำสมาธิและการให้ข้อมูลช่วยลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลเพียงอย่างเดียว การปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก ช้า และสม่ำเสมอ และการทำสมาธิ มีวิธีปฏิบัติดังนี้

การใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก ช้า และสม่ำเสมอ

การปฏิบัติมีขั้นตอนดังนี้ (Demarco-Sinatra, 2000; Miller & Perry, 1990; Perry & Potter, 2002)

1) จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และจัดให้ผู้ป่วยนอนอยู่ในท่าที่สบาย หนุนหมอน 1 ใบ หรือนอนในท่าศีรษะสูงเล็กน้อยประมาณ 20-30 องศา เข่างอเล็กน้อยเพื่อให้กล้ามเนื้อขาด้านหลังและหน้าท้องมีการผ่อนคลาย

2) เริ่มฝึกการหายใจ โดยเริ่มจากให้ผู้ป่วยใช้มือข้างหนึ่งวางที่หน้าอก อีกมือหนึ่งวางที่ท้องใต้ลิ้นปี่ ให้หายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ ผ่านทางจมูก ขณะหายใจเข้าหน้าท้องจะโป่งออก แล้วหายใจออกช้า ๆ ทางปาก หน้าท้องจะยุบตัวหรือแฟบลง ให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจเข้าออกจนกว่าจะสามารถหายใจได้ถูกต้อง ซึ่งจะสังเกตได้จากการเคลื่อนไหวขึ้นลงของมือทั้งสองข้างขณะฝึก หากปฏิบัติถูกต้องมือข้างที่วางอยู่บนหน้าท้องใต้ลิ้นปี่จะเคลื่อนตัวขึ้นเมื่อหายใจเข้า และจะเคลื่อนตัวลงเมื่อหายใจออก

3) เมื่อฝึกการหายใจได้ถูกต้องแล้ว ให้วางมือทั้ง 2 ข้าง ข้างลำตัว หลังตาลงทั้ง 2 ข้าง เพื่อลดสิ่งกระตุ้นจากภายนอกต่อผู้ป่วย แล้วให้เริ่มหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทางจมูก โดยนับในใจ “หนึ่ง...สอง...สาม...” แล้วให้หายใจออกช้า ๆ ทางปาก นับในใจ “หนึ่ง...สอง...สาม...” มุ่งความสนใจไปที่การหายใจเข้าออก และควบคุมจังหวะการหายใจให้สม่ำเสมอ

4) ให้ผู้ป่วยปฏิบัติจนรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งจะสังเกตได้จากลักษณะใบหน้ามีการผ่อนคลาย เช่น ไม่มีอาการหน้านิ่ว คิ้วขมวด ขากรรไกรล่างหย่อน สามารถควบคุมการหายใจได้หรือ อัตราการหายใจลดลงจากปกติก่อนการฝึกใช้เทคนิคการผ่อนคลาย มือและแขนของผู้ป่วยวางข้างลำตัว ตามสบายในลักษณะผ่อนคลาย ปลายเท้าและขาอยู่ในลักษณะผ่อนคลาย เช่น ปลายเท้าแยกจากกัน ทั้งสองข้าง ตลอดระยะเวลาที่มีการผ่อนคลายผู้ป่วยไม่พูด ไม่เปล่งเสียง ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย หรือ กล้ามเนื้อทั่วร่างกายไม่มีการเกร็ง และการประเมินจากความรู้สึกที่ผู้ป่วยบอกหลังจากที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น รู้สึกสงบ หรือ่วงนอน (จุไรพร โสภางรี, 2536; Miller, 1987; Miller & Perry, 1990)

การทำสมาธิ

วิธีนี้เป็นการทำสมาธิตามแนวสติปัฏฐาน 4 ที่มีการกำหนดจิตให้แน่วแน่ตามอริยาบท การเคลื่อนไหวของท้อง (ครองแผน ไชยชนะสาร, 2537; พระสุพรหมยานเถร, 2542)

การปฏิบัติมีขั้นตอนดังนี้

1) จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และจัดให้ผู้ปวยนอนอยู่ในท่าสบาย หนุนหมอน 1 ใบ หรือให้นอนหงายศีรษะสูงเล็กน้อยประมาณ 20-30 องศา ใช้หมอนรองได้เข้าเพื่อให้เข่างอเล็กน้อย

2) วางมือทั้งสองบนท้อง ให้มือขวาทับมือซ้าย หลังมือขวาวางลงบนฝ่ามือซ้าย และนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างด้านหน้าสัมผัสกัน ให้หลังตาและดำรงสติให้มั่น

3) สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ ปล่อยออกสบาย ๆ ตั้งสติกำหนดจิตรู้ที่ท้องเริ่มพองให้ กำหนดจิตรู้ “พอง” ไปจนกระทั่งสุดพองจึงกำหนดจิตรู้ “หนอ” เมื่อท้องเริ่มยุบให้กำหนดจิต “ยุบ” ไปจนกระทั่งสุดยุบให้กำหนดจิตรู้ “หนอ”

4) กำหนดจิตรู้ที่ท้อง “พองหนอ-ยุบหนอ” เช่นนี้ไปเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาในการทำสมาธิตามความสามารถของแต่ละบุคคลจนรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งประเมินได้จากลักษณะที่แสดงถึงความรู้สึกผ่อนคลายในการทำเทคนิคผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก ซ้ำ และสม่ำเสมอ

2. การใช้ปฏิกิริยาสะท้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) เป็นกระบวนการที่บุคคลเรียนรู้ที่จะควบคุมการทำงานของร่างกาย ซึ่งปกติไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ เช่น ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของหัวใจ โดยอาศัยเครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ บันทึกการเปลี่ยนแปลง

ทางสรีระภายในที่ต้องการควบคุม และป้อนข้อมูลให้บุคคลทราบ เมื่อกล้ามเนื้อมีความตึงตัวโดยผ่านทางสัญญาณเสียง แสง หรือภาพ เพื่อให้บุคคลทราบและควบคุมตนเองได้ (Synder & Lindquist, 1998)

3. การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากความรู้สึกเจ็บปวดหรือความวิตกกังวลไปสู่สิ่งอื่น เช่น การฟังเพลง การดูโทรทัศน์ การมุ่งความสนใจไปกับการหายใจ การอ่านหนังสือ การพูดคุยกับผู้อื่น ประสิทธิภาพของการเบี่ยงเบนความสนใจจะขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วยในการรับรู้และการคิดสร้างสรรค์ถึงสิ่งอื่นนอกจากความเจ็บปวด ซึ่งจะกระตุ้นได้ด้วยการมองเห็น เสียง และการสัมผัส วิธีนี้จะมีคามเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดระดับปานกลางหรือระดับต่ำ แต่สามารถเปลี่ยนจากความเจ็บปวดที่รุนแรงเป็นความรู้สึกเจ็บปวดระดับปานกลางได้ แต่เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงที่เบี่ยงเบนความสนใจเท่านั้น หากผู้ป่วยละจากความสนใจนั้นความรู้สึกเจ็บปวดก็จะเกิดขึ้นอีก (McGuire, 1999; Perry & Potter, 2002; Smeltzer & Bare, 2000)

4. การนวด (massage) เป็นการช่วยเพิ่มความสุขสบายให้แก่ผู้ป่วยจากผลของการสัมผัส การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นจากการนวด ช่วยให้เกิดการยับยั้งการนำสัญญาณความเจ็บปวด ช่วยให้อาการที่ตึงเครียดและหดเกร็งตัวเกิดการผ่อนคลาย พยาบาลควรนวดหลังนานประมาณ 3-5 นาที ภายหลังการอาบน้ำหรือก่อนนอนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายและมีความสุขสบาย (Perry & Potter, 2002)

5. การใช้ความร้อนและความเย็น (heat and cold applications) จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกสุขสบาย ลดความเจ็บปวด และส่งเสริมการหายใจของแผล ความร้อนและความเย็นที่นิยมมาใช้ประคบเพื่อลดความเจ็บปวดนี้เป็นความร้อนและความเย็นแห้ง การเลือกใช้ความร้อนหรือความเย็นขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย การใช้ความร้อนจะช่วยให้หลอดเลือดขยายตัว ลดความหนืดของเลือด ลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ และเพิ่มการเผาผลาญของเนื้อเยื่อ สามารถลดการกั่งของของเสียต่าง ๆ เช่น กรดแลคติก จึงเป็นการช่วยลดความเจ็บปวดอีกทางหนึ่ง ส่วนการใช้ความเย็นจะทำให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มความหนืดของเลือด ลดอาการบวม และลดการเผาผลาญของเซลล์ จึงมีผลต่อใยประสาทขนาดเล็ก ทำให้การนำและการส่งสัญญาณประสาทช้าลง การใช้ความร้อนและความเย็นประคบบริเวณผิวหนังไม่ควรใช้เวลาดำเนิน 20 นาที และต้องมีความระมัดระวังในการใช้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือสูญเสียความรู้สึกสัมผัสบริเวณผิวหนัง (Perry & Potter, 2002; Smeltzer & Bare, 2000)

6. การหลีกเลี่ยงภาวะตึงเครียดต่อบาดแผลผ่าตัด โดยการทำนอนในท่าที่สุขสบาย เช่น ท่าศีรษะสูงเล็กน้อย (semi-Fowler's position) หรือท่าศีรษะสูง (high-Fowler's position) และเข่าอ

เล็กน้อย (Perry & Potter, 2002) และการเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก ๆ 2 ชั่วโมง จะช่วยป้องกันกล้ามเนื้อหดตัวและเกร็งตัวจะทำให้เกิดความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อและตึงแผลผ่าตัด และจะทำให้เกิดความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากขึ้นได้

7. การขอยาระงับปวด ผู้ป่วยควรขอยาระงับปวดตั้งแต่เริ่มรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัด เพื่อป้องกันอาการเจ็บปวดมีความรุนแรง เนื่องจากการให้ยาในขณะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดรุนแรง ด้วยขนาดปกติที่ปลอดภัยต่อการใช้มักมีประสิทธิภาพไม่สูงพอที่จะระงับปวดได้ (McCaffery, 1990; McGuire, 1999)

การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากการหายใจเข้าออกลึก ๆ

การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากการหายใจเข้าออกลึก ๆ สามารถปฏิบัติได้โดยใช้การหายใจด้วยกะบังลม (diaphragmatic breathing) หรือกลืนเนื้อหน้าท้อง (abdominal breathing) เป็นวิธีที่ช่วยลดการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจบริเวณทรวงอก ทำให้ทรวงอกเคลื่อนไหวน้อยลง จึงช่วยบรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นขณะหายใจเข้าออกลึก ๆ ภายหลังทำหัตถการทรวงอกได้ และช่วยป้องกันภาวะถุงลมโป่งพอง ส่งเสริมให้มีการขยายตัวของปอดเต็มที่ และส่งเสริมการได้รับออกซิเจนในผู้ป่วย (Craven & Hirnle, 1996; Potter & Perry, 1999) ควรทำอย่างน้อย 10 ครั้ง ทุก ๆ 2 ชั่วโมง (Kockrow & Christensen, 1999; Perry & Potter, 2002) หรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ๆ หนึ่งนานประมาณ 5-10 นาที (Timby, 2001)

การปฏิบัติมีขั้นตอนดังนี้

1) จัดให้ผู้ป่วยนอนอยู่ในท่าที่สบาย ศีรษะสูงเล็กน้อยประมาณ 20-30 องศา (semi-Fowler's position) หรือศีรษะสูงประมาณ 45-60 องศา (high-Fowler's position) หรืออยู่ในท่านั่ง ซึ่งจะช่วยให้หายใจในช่องท้องเคลื่อนไหวตามแรงโน้มถ่วงของโลก ทำให้มีการลดต่ำของกะบังลมดีขึ้น ส่งเสริมให้มีการขยายตัวของปอดเต็มที่

2) วางมือตามแนวของกระดูกซี่โครงด้านหน้าซี่ต่ำสุด โดยให้ปลายนิ้วกลางสัมผัสกันเล็กน้อย

3) ให้หายใจเข้าช้า ๆ ลึก ๆ ทางจมูก อาจใช้การนับในใจ “หนึ่ง...สอง... สาม...” โดยในขณะที่หายใจเข้านั้นบริเวณหน้าท้องจะโป่งออกจนผู้ป่วยรู้สึกว่าปลายนิ้วกลางนั้นเคลื่อนที่ออกจากกัน ในขณะที่ทรวงอกจะเคลื่อนไหวน้อยลง หลังจากนั้นจึงหายใจออกทางปากช้า ๆ คล้ายกับผิวกปาก (purse lip) หายใจออกให้เต็มที่โดยจะสังเกตได้จากปลายนิ้วกลางสัมผัสกันมากขึ้น ส่วนหน้าท้องจะยุบตัวลงหรือแฟบลง

การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการไอเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้าง

การไอเพื่อขับเสมหะนั้นจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยควรฝึกวิธีการไอที่ถูกต้องเพื่อช่วยขับเสมหะ ลดการคั่งค้างของเสมหะในปอด ช่วยป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนได้อย่างเพียงพอ ผู้ป่วยควรทำ 2-3 ครั้ง ทุก ๆ 2 ชั่วโมงขณะที่ตื่น หรือเมื่อรู้สึกว่ามีเสมหะคั่งค้างอยู่ในทางเดินหายใจ (Craven & Hirnle, 1996; Drain, 1994)

การปฏิบัติมีขั้นตอนดังนี้

- 1) จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงประมาณ 45-60 องศา หรือให้อยู่ในท่านั่งเพื่อส่งเสริมให้มีการขยายตัวของปอดเต็มที่
- 2) ใช้มือ 2 ข้าง ผ้านุ่ม หรือหมอนประคองที่บริเวณแผลผ่าตัดเพื่อลดการสั่นสะเทือนของแผลผ่าตัดระหว่างการไอ จากนั้นหายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทางปากซ้ำ ๆ 2-3 ครั้ง
- 3) ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายซึ่งเป็นครั้งที่ 3 หรือ 4 ให้หายใจเข้าให้เต็มที่แล้วกลืนไว้ แล้วอ้าปากและไอขับเสมหะออกจากส่วนลึกของลำคอ 2-3 ครั้งติดกัน หรือจนรู้สึกว่ามีเสมหะคั่งค้างอยู่ ขณะไอใช้มือทั้ง 2 ข้าง ผ้านุ่ม หรือหมอนกดกระชับแผลผ่าตัดไว้

ผู้ป่วยบางรายอาจใช้การกระแอมเพื่อขับเสมหะแทนการไอจากลำคอส่วนลึก เพราะกลัวจะเจ็บปวดแผลผ่าตัดระหว่างการไรมากขึ้น แต่จะไม่ใช่ผลดีต่อผู้ป่วยเนื่องจากจะไม่สามารถขับเสมหะจากทางเดินหายใจส่วนลึกได้ ผู้ป่วยจึงควรใช้มือ 2 ข้าง ผ้านุ่ม หรือหมอนช่วยประคองและกดกระชับที่บริเวณแผลผ่าตัดระหว่างการไอเพื่อลดการสั่นสะเทือนบริเวณบาดแผลผ่าตัดซึ่งจะช่วยให้ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดบรรเทาลง (Kockrow & Christensen, 1999; Perry & Potter, 2002) นอกจากนี้แล้วพยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาาระงับปวดอย่างเหมาะสมกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดมาก เพราะอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการไอเพื่อขับเสมหะได้ และที่กรณีไม่ต้องการให้เกิดแรงดันในช่องอกมากให้ใช้วิธีหายใจออกแรง ๆ โดยไม่มีการกลืนหายใจก่อนหายใจออก (huffing) มีวิธีการปฏิบัติดังนี้ (Craven & Hirnle, 1996; Smeltzer & Bare, 2000)

- 1) หายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ โดยใช้กะบังลม
- 2) หายใจออกแรง ๆ และรวดเร็วโดยไม่มีการกลืนหายใจออก

ในผู้ป่วยที่มีภาวะอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอด ควรให้ไอเฉพาะเมื่อมีเสมหะเท่านั้น เพราะการไอจะทำให้บาดเจ็บที่เยื่อหุ้มปอดไม่สนิท และจะเกิดอากาศรั่วเข้าช่องเยื่อหุ้มปอดอีก

การปฏิบัติตัวเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

ภายหลังการทำการศัลยกรรมทรวงอก 24-48 ชั่วโมง หากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดในระยะแรก ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นให้บริหารร่างกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด กิจกรรมเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้นได้ แต่ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยคือ ช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อจึงช่วยป้องกันไม่ให้อาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น ช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือดไปที่แผลผ่าตัดดีขึ้นจึงเป็นการส่งเสริมการหายของแผล ช่วยป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา และช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อต่อ (Long, 1991; Smith, Duell, & Martin, 2000) กิจกรรมที่ผู้ป่วยควรฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัว การออกกำลังกาย การลุกนั่งบนเตียง การลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว และการฝึกใช้เครื่องมือบริหารการหายใจ (incentive spirometer) มีรายละเอียดดังนี้

1. การออกกำลังกาย (leg exercise) ควรจะเริ่มปฏิบัติทันทีเมื่อรู้สึกตัวดีหลังผ่าตัด และควรทำทุก ๆ 2 ชั่วโมงเมื่อตื่น (Perry & Potter, 2002; Smith, Duell, & Martin, 2000)

การปฏิบัติมีขั้นตอนดังนี้

- 1) จัดให้ผู้ป่วยนอนอยู่ในท่าศีรษะสูงเล็กน้อย ประมาณ 20-30 องศา ขาเหยียดตรง
- 2) เริ่มบริหารด้วยท่าดังต่อไปนี้ ทำละ 5-10 ครั้ง ในขาแต่ละข้าง สลับซ้าย-ขวา
 - ท่าที่ 1 ยกขาขึ้นจนเข้าตั้งฉากกับพื้น แล้วเหยียดขาตรงค้างไว้ 2-3 วินาที แล้วค่อย ๆ วางลงบนที่นอน ทำนี้จะช่วยมีการหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อควอดริเซ็ป (quadriceps muscles) ทำให้มีการเคลื่อนไหวของสะโพกและเข่า จึงช่วยเพิ่มความแข็งแรงของขา เข่า และสะโพก รวมถึงการกระตุ้นให้มีการไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้น จึงช่วยป้องกันการจับกันของลิ่มเลือด (thrombin) ที่เป็นสาเหตุของการอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา

ท่าที่ 2 หมุนข้อเท้าตามเข็มนาฬิกา ทำนี้จะช่วยให้มีการเคลื่อนไหวของข้อ และส่งเสริมให้มีการไหลเวียนเลือดดำกลับเข้าสู่หัวใจได้ดีขึ้น

ท่าที่ 3 กระดกปลายเท้าขึ้นสลับกับกระดกข้อเท้าลงทั้งสองข้าง ทำนี้จะทำให้เกิดความตึงตัวและการหดตัวของกล้ามเนื้อแกสโตร็อกนิเมียส (gastrocnemius muscles) จึงช่วยส่งเสริมให้มีการไหลเวียนเลือดดำกลับเข้าสู่หัวใจได้ดีขึ้น

2. การพลิกตะแคงตัว (turning) ควรจะปฏิบัติอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Kockrow & Christensen, 1999; Perry & Potter, 2002)

การปฏิบัติมีขั้นตอนดังนี้

- 1) จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ หรือศีรษะสูงเล็กน้อยประมาณ 20-30 องศา
- 2) ใช้มือ ผ้านุ่ม หรือหมอนประคองที่บริเวณแผลผ่าตัดเพื่อลดการสั่นสะเทือนของแผลผ่าตัดขณะเคลื่อนไหว และจับท่อระบายทรวงอกไม่ให้ดึงรั้งขณะพลิกตัว
- 3) งอขาทั้งสองข้างและใช้เท้ายันกับที่นอน ขยับกันไปด้านขวาพร้อมใช้ข้อศอกทั้งสองข้างยันกับที่นอนเพื่อยกส่วนบนของลำตัวไปด้วย (กรณีที่พลิกตะแคงตัวไปด้านซ้าย) หรือขยับตัวไปทางด้านซ้าย (กรณีที่พลิกตะแคงตัวไปด้านขวา) ระวังศีรษะอย่าให้อยู่ชิดขอบเตียงมากเกินไปหลังจากพลิกตะแคงตัวแล้วเพราะอาจจะทำให้แขนขากดทับบริเวณขอบเตียง หรือตกเตียงได้
- 4) กรณีที่จะพลิกตะแคงไปด้านขวา ให้งอเข่าซ้าย และขาขวาเหยียดตรง
- 5) ใช้มือข้างซ้ายจับขอบเตียงด้านไกลตัว ขณะที่มือขวาประคองแผลผ่าตัดไว้
- 6) พลิกตะแคงตัวซ้ายๆ ไปทางด้านขวา
(หมายเหตุ :กรณีที่พลิกตะแคงตัวไปด้านซ้าย ทำเช่นเดียวกับข้อ 4 ถึงข้อ 6 แต่สลับด้านซ้ายขวา)

3. การลุกนั่งบนเตียง ภายหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ผู้ป่วยควรพยายามฝึกตนเองให้มีการลุกนั่งบนเตียง ลุกยืน และเดินให้เร็วที่สุด (Smith, Duell, & Martin, 2000)

การปฏิบัติมีขั้นตอนดังนี้

- 1) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูงด้วยการไขหัวเตียงให้สูงขึ้นช้า ๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า
- 2) ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ หากไม่มีอาการขอให้เจ้าหน้าที่หรือญาติช่วยพยุงให้ลุกนั่งบนเตียง และใช้หมอนรองบริเวณหลังเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสะดวกสบาย
- 3) เมื่อช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นให้ลุกนั่งบนเตียงด้วยตัวเองเริ่มจากการพลิกตะแคงตัวตามวิธีการดังกล่าวข้างต้นและให้ปฏิบัติดังนี้ กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในท่าตะแคงขวาให้ใช้มือซ้ายยันพื้นด้านหลังให้ลุกขึ้นนั่ง โดยที่แขนขวาช่วยดันกับพื้นในการส่งแรงให้ลุกขึ้นนั่งในท่าตะแคงขวา และกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในท่าตะแคงซ้ายให้ใช้มือซ้ายยันพื้นด้านหลังให้ลุกขึ้นนั่ง โดยที่แขนซ้ายช่วยดันกับพื้นในการส่งแรงให้ลุกขึ้นนั่งในท่าตะแคงซ้าย

4. การลุกเดินโดยเร็ว (early ambulation) ควรลุกจากเตียงอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือ ในตอนเช้าและตอนเย็น (Smith, Duell, & Martin, 2000)

การปฏิบัติมีขั้นตอนดังนี้

- 1) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูงด้วยการไขหัวเตียงให้สูงขึ้นช้า ๆ เพื่อป้องกันการ

เกิดภาวะโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า ขณะไขหัวเตียงให้ผู้ป่วยสังเกตอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ หากมีอาการให้ผู้ป่วยนอนพักจนกว่าอาการต่าง ๆ จะทุเลาลง

2) ตรวจวัดชีพจรและความดันโลหิต พร้อมสังเกตอาการหน้ามืด วิงเวียน หรือซีด เพื่อประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนทำการลุกเดินครั้งแรก

3) ให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง และเคลื่อนตัวมานั่งห้อยขาข้างเตียงโดยค่อย ๆ เลื่อนขา ทั้ง 2 ข้าง มาข้างเตียง ให้ลำตัวหมุนตาม ใช้มือข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดยันที่นอน อีกมือหนึ่งประคองแผ่น ผ่าตัดจนขาทั้ง 2 ข้าง ห้อยลงข้างเตียง วางเท้าทั้ง 2 ข้าง บนเก้าอี้ข้างเตียง แล้วใช้มือทั้ง 2 ข้าง มารับ น้ำหนักตัวบริเวณใกล้สะโพกแทน ขณะนั่งควรหลีกเลี่ยงการเกร็งกอดที่บริเวณข้อพับเข่า เพราะอาจอุดกั้นการไหลเวียนของเลือดส่วนปลายขา ทำให้มีเลือดคั่งส่วนปลายขา และระมัดระวังไม่ให้สายที่ให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำและท่อระบายทรวงอกเกิดการดึงรั้ง ดูแลให้ขาคู่ที่รองรับสารระบายยาอยู่ใน ลักษณะที่ปลอดภัย

4) แกว่งขาทั้งสองข้างสลับกันเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด

5) วางเท้าบนเก้าอี้ข้างเตียงหรือที่วางเท้า แล้วค่อย ๆ ลุกจากเตียง และยืนข้างเตียง ระหว่างนี้หากไม่มีอาการหน้ามืด วิงเวียน ให้เดินรอบ ๆ เตียง หากมีอาการหน้ามืด วิงเวียนในหนึ่ง พักข้างเตียงสักครู่ ถ้าอาการไม่ทุเลาให้นอนพักบนเตียงทันที แล้วเริ่มใหม่เมื่อมีอาการดีขึ้น

6) หลังจากเดินแล้วให้ผู้ป่วยขึ้นนอนพักบนเตียง หรือนั่งพักที่เก้าอี้ข้างเตียงสักครู่ จึงขึ้นนอน และจึงตรวจวัดชีพจรและความดันโลหิตซ้ำภายหลังจากนอนพักบนเตียงเพื่อประเมินผล การลุกเดินในครั้งแรก

5. การฝึกใช้เครื่องมือบริหารหายใจ (incentive spirometer) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของปอด เช่น ถุงลมปอดแฟบ ปอดอักเสบ ผู้ป่วยควรฝึกปฏิบัติทันทีเมื่อแพทย์มีแผนการรักษาให้ บริหารหายใจหลังผ่าตัด และควรปฏิบัติก่อนรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ และอาเจียน (Kockrow & Christensen, 1999) ควรทำติดต่อกัน 5-10 รอบ ทุก ๆ 1-2 ชั่วโมง (Perry & Potter, 2002)

การปฏิบัติมีขั้นตอนดังนี้

1) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูงประมาณ 45-60 องศา หรืออยู่ในท่านั่ง เพื่อ ส่งเสริมให้มีการขยายตัวของปอดเต็มที่

2) ให้หายใจโดยใช้กลัมนี้อะบั้งลมหรือกลัมนี้อ่อนน้ำท้อง 4-5 ครั้ง ครั้ง สุดท้ายใช้ปากอมปากคาบ (mouth piece) ให้แน่น และสูดลมหายใจเข้าช้า ๆ และลึก ๆ ผ่านทางปาก และค้างไว้ประมาณ 2-3 วินาที แล้วหายใจออกช้า ๆ ผ่านทางปากคาบ ลูกบอลจะตกลงมาคิดเป็น 1 รอบ ทำประมาณ 5-10 รอบ

3) ให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถในการหายใจในแต่ละครั้ง เช่น จำนวนลูกบอลหรือปริมาตรที่เป่าได้ในแต่ละครั้ง

การปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดนี้ควรปฏิบัติเรียงลำดับจากการออกกำลังขาทั้งสองข้าง การพลิกตะแคงตัว การบริหารการหายใจ และการไอเพื่อขับเสมหะอย่างถูกวิธี เพื่อช่วยให้การขับเสมหะทำได้ง่ายขึ้น (Perry & Potter, 2002) ระหว่างบริหารการหายใจ ขณะไอ หรือเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยควรประคองและกดกระชับที่บริเวณแผลผ่าตัดและแผลที่ใส่ท่อระบายทรวงอกไว้โดยใช้มือ 2 ข้าง ฝ่ามือ หรือหมอนช่วยประคอง เพื่อลดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อทรวงอกซึ่งจะช่วยทำให้ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดบรรเทาลง (Drain, 1994; Hudak, Gallo, & Morton, 1998) เนื่องจากการออกกำลังขาหรือเคลื่อนไหวร่างกายในระยะแรกหลังผ่าตัดอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากขึ้นได้ ดังนั้นก่อนที่ผู้ป่วยจะออกกำลังขาหรือเคลื่อนไหวร่างกายให้ผู้ป่วยขอาระงับปวดก่อนประมาณ 15-30 นาที เพื่อให้ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัดขณะที่มีการออกกำลังขาหรือเคลื่อนไหวร่างกาย (Drain, 1994; Hudak, Gallo, & Morton, 1998; Perry & Potter, 2002)

การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดเมื่อยร่างกายจากการนอนในท่าเดียวนาน ๆ และจากการนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้โดยการหลีกเลี่ยงภาวะตึงเครียดต่อบาดแผลผ่าตัดโดยการนอนในท่าที่สบาย เช่น ท่าศีรษะสูงเล็กน้อย (semi-Fowler's position) หรือท่าศีรษะสูง (high-Fowler's position) และเข่างอเล็กน้อย (Perry & Potter, 2002) การเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก ๆ 2 ชั่วโมง รวมถึงการพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง และการลุกเดินโดยเร็ว กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยป้องกันการเกิดความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อและดึงแผลผ่าตัด ป้องกันกล้ามเนื้อหดตัวและเกร็งตัวซึ่งจะทำให้เกิดความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากขึ้นได้ ในระยะแรกหลังผ่าตัดนั้นผู้ป่วยอาจยังช่วยเหลือตนเองได้น้อย เมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวดเมื่อยร่างกายหรือนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่พยาบาลให้ช่วยจัดท่านอนให้นอนในท่าที่สบายขึ้น เมื่อช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นจึงเปลี่ยนท่านอนและพลิกตะแคงตัวด้วยตนเอง (Hudak, Gallo, & Morton, 1998; Potter & Perry, 1995)

การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อระบายทรวงอก

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้โดยการนอนในท่าที่สบาย เช่น ท่าศีรษะสูงเล็กน้อยหรือท่าศีรษะสูง และเข่างอเล็กน้อย (Perry & Potter, 2002) เพื่อลดภาวะตึงเครียดต่อแผลที่ใส่ท่อ

ระบายทรวงอก การหายใจโดยใช้กะบังลมหรือกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการประคบบริเวณแผลผ่าตัด และแผลที่ใส่ท่อระบายทรวงอกเพื่อลดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อทรวงอก โดยใช้มือ 2 ข้าง ผ่ามุม หรือหมอน ระหว่างบริหารการหายใจ ขณะไอ หรือเคลื่อนไหวร่างกาย (Drain, 1994; Hudak, Gallo, & Morton, 1998) การดูแลจัดไม่ให้สายยางของท่อระบายทรวงอกมีการห้อยหย่อนหรือดึงรั้ง แผลผ่าตัด โดยการเปลี่ยนตำแหน่งของเข็มกลัดที่ติดกับผ้าปูที่นอนให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม การจับสายยางไม่ให้ดึงรั้งขณะพลิกตัว โดยใช้มือจับบริเวณด้านล่างของท่อระบายให้ไปตามทิศทาง การเคลื่อนไหว หรือใช้มือทั้งสองข้างดึงเชือกที่ผูกปลายเตียงแล้วเหนี่ยวตัวลุกขึ้นนั่ง (วิลาวลัย ต่อ ปัญญา, 2531)

การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัด หรือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้โดยการซักถามรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพ ความเจ็บป่วย ผลของการทำผ่าตัด ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติได้ การบริหารร่างกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด การใช้สิทธิในการรักษาต่าง ๆ รวมทั้งการขอคำปรึกษาจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องหากมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาล โดยพยาบาลจะเป็นสื่อกลางในการติดต่อระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ เจ้าหน้าที่ พยาบาลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ความอนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลตามความเหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539)

การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานดังกล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้ อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพได้นั้นจะต้องได้รับการฝึกฝนทักษะนั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยการ ปฏิบัติ (practice) หมายถึง การกระทำกิจกรรมที่ทำเป็นปกติหรือทำเป็นประจำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ, 2536) โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้เป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้ ผู้ป่วยเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านการปฏิบัติ การสอนเป็นการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ (ครุณี รุจกรกานต์, 2541) และเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการให้ข้อมูลเพื่อพัฒนา ความรู้และทักษะบางประการแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ตามปกติการสอนมักจะใช้สื่อและวิธีการ แตกต่างกันไป เช่น การบรรยาย การอธิบาย การสาธิต การใช้เทปเสียง การใช้วีดิทัศน์ เป็นต้น (Potter & Perry, 1999; Soine, 2000) ส่วนใหญ่การสอนด้วยวิธีการเหล่านี้มักเป็นการให้ข้อมูลทาง เดียวจากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนน้อย มีเวลาสำหรับการเรียนการ

สอนจำกัด การสอนด้วยวิธีเหล่านี้จึงช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการจำมากกว่าการพัฒนาทักษะหรือการปฏิบัติ (ครุณี รุจกรกานต์, 2541; บุญชม ศรีสะอาด, 2537) การศึกษาของดอดด์ (Dodd, 1984) และดรอปกิน (Dropkin, 1981) พบว่าการให้ข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นแต่ไม่เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแรกหลังผ่าตัดมักมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมาก จึงขาดความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติ บางรายขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับพยาบาล ทำให้การนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหหรืออาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานนั้นขาดประสิทธิภาพ (Finkelmeier, 2000; McDonald, McNulty, Erickson, & Weiskopf, 2000; Wilkie, Williams, Grevstad, & Mekwa, 1995)

นอกจากนี้แล้วยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลให้ประสิทธิภาพของการสอนลดลง สเตราส์และบิลเล (Strauss, 1984; Bille, 1983 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) ได้กล่าวถึงการสอนผู้ป่วยว่ามีจุดอ่อนหลายอย่าง คือมักเน้นที่การจัดการเกี่ยวกับเทคนิคและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ละเลยจิตสังคม และเป็นการสอนแบบครูกับนักเรียน ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ถึงพฤติกรรม的自我ดูแล ซาร์แมนน์ ดอเฮอร์ตี และไรเจล (Sarmann, Daugherty, Riegel, 2000) ได้กล่าวถึงลักษณะการสอนที่พยาบาลหรือแพทย์ทำหน้าที่เหมือนเป็นบิดา มารดา หรือครูของผู้ป่วย (paternalism) เสมือนเป็นผู้ที่รู้เรื่องนั้น ๆ ดีที่สุด ช่วยตัดสินใจในสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติแทนผู้ป่วย ว่าเป็นอุปสรรคหนึ่งต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย เพราะการสอนลักษณะนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาแพทย์พยาบาล ทำให้ผู้ป่วยขาดกระบวนการคิดและตัดสินใจในการปฏิบัติด้วยตนเอง และอาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง ส่วนหนึ่งที่เกื้อกูลกิจการ (2541) กล่าวถึงการสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาลว่าบางครั้งมีความล้มเหลวเนื่องจากพยาบาลเลือกที่จะสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยควรรู้ ไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะเรียนรู้ สอนเนื้อหาหรือให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับที่ผู้รับบริการคำนึงถึงหรือสามารถเรียนรู้ได้จริงในขณะนั้น และไม่คำนึงถึงความพร้อมทางด้านจิตอารมณ์ที่จะเรียนรู้ของผู้รับบริการ

ดังนั้นการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพนั้นควรยึดหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning) และยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ (learner-center) (ครุณี รุจกรกานต์, 2541; สมจิต หนูเจริญกุล, 2539; Finkelmeier, 2000; McCallister, 1995) ได้แก่

1. การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งกระทำได้โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล หรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกหัดการปฏิบัติด้วยตนเอง ให้โอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึก และเรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้น การลองผิด-

ลองดูในสิ่งที่ไม่อันตรายซึ่งจะเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้และจำได้แม่นยำมากขึ้น

2. การสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะเรียนรู้ เนื้อหาที่จะสอนต้องเสริมจากความรู้และประสบการณ์เดิม แม้พยาบาลอาจต้องการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อต้องได้รับการผ่าตัด หรือการรักษาที่ได้รับ แต่การสอนควรเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและเสริมจากความรู้และประสบการณ์เดิมซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น

3. ผู้สอนควรคำนึงถึงความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย เช่น ในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด มีไข้ มีความเครียดหรือวิตกกังวลสูง ซึมเศร้า จะทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ถ้าจำเป็นต้องสอนผู้ป่วยในขณะนี้จะต้องสอนให้ชัดเจน เฉพาะเจาะจง ใช้เวลาสั้น ๆ และต้องจัดให้มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาพักและมีเวลาเพียงพอที่จะเรียนรู้

4. ผู้สอนควรปรับเทคนิคการสอนให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย และควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติของตนเอง มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล มีเป้าหมายและวิธีการปฏิบัติร่วมกัน เป็นต้น

5. การสอนควรมีเวลาเพียงพอสำหรับให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ตลอดจนมีเวลาสำหรับการฝึกและทบทวนข้อมูลที่ได้รับซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เพราะตามปกติผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลในเวลาบ่ายหรือเย็นก่อนวันผ่าตัด อาจทำให้ประสิทธิภาพของการสอนลดลงเพราะในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีระดับความวิตกกังวลสูง

นอกจากนี้แล้วพยาบาลควรใช้กลวิธีในการสอนที่สามารถพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และทักษะการปฏิบัติไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยการโค้ชถือว่าเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีการสอนรูปแบบหนึ่งที่พยาบาลสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยได้

การโค้ช

ความหมายของการโค้ช

การโค้ช (coaching) ส่วนใหญ่แล้วมักรู้จักกันในนามผู้ฝึกสอนนักกีฬาหรือทีมกีฬาซึ่งจะทำหน้าที่พัฒนาร่างกาย กระบวนการคิด จิตใจ และความรู้สึกละเอียดของนักกีฬา โค้ชต้องสร้างและท้าทายให้นักกีฬามีการพัฒนาความสามารถสูงสุด โดยการสนับสนุน สร้างแรงจูงใจ โค้ชต้องดึงความสามารถและความมีคุณค่าของนักกีฬาออกมาเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ (ชาลนซ์ พอร์คิง, 2532;

Clarke & Spross, 1996) ซึ่งทางการศึกษาและการปฏิบัติการพยาบาลนั้นได้มีการนำการโค้ชมาใช้มากขึ้น โดยในระยะแรกได้มีการนำการโค้ชมาใช้ในการบริหารการพยาบาลระหว่างผู้บริหารและพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ส่งเสริม และปรับปรุงความสามารถในการทำงานของบุคลากรให้สูงขึ้นเต็มตามศักยภาพที่มีอยู่ ต่อจากนั้นจึงได้มีการนำเอาการโค้ชมาประยุกต์ใช้การศึกษาศึกษาพยาบาล เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยโค้ชจะเป็นผู้ให้ความรู้ สนับสนุน ช่วยในการแก้ไขปัญหาให้แก่ศึกษาพยาบาลที่เริ่มฝึกทักษะในคลินิก และพัฒนาทักษะความเป็นผู้นำระหว่างการศึกษาพยาบาล (Grealish, 2000) และได้มีการนำมาใช้กับการปฏิบัติการพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ เช่น วิลกีและคณะ (Wilkie et al., 1995) ใช้การโค้ชเป็นกลวิธีในการสอนให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถสื่อสารถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับแพทย์และหาข้อสรุปของการประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ กอร์ทเนอร์และคณะ (Gortner et al., 1988) ได้ใช้โปรแกรมการโค้ชในการปรับปรุงการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ส่วนแทคและกิลลิสส์ (Tack & Gilliss, 1990) ใช้วิธีการโค้ชทางโทรศัพท์เพื่อติดตามปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะพักฟื้นที่บ้าน การโค้ชจึงถูกนำมาใช้เป็นกลวิธีหนึ่งในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

คำว่า “โค้ช” (coach) มีรากศัพท์มาจากภาษาอังกฤษในยุคกลางคือ “coche” หมายถึง รถม้า หรือการขนส่งจากจุดหมายหนึ่งไปอีกจุดหมายหนึ่ง โดยมีโค้ชเป็นผู้ขับเคลื่อนรถม้า ซึ่งจะเป็นผู้ที่รู้เส้นทางเป็นอย่างดี คอยอำนวยความสะดวกสบาย ปกป้องอันตรายจากสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติให้แก่ผู้โดยสาร เพื่อให้ผู้โดยสารเกิดความรู้สึกมั่นใจ และปลอดภัยระหว่างการเดินทาง (Spross, Clarke, & Beauregard, 2001) โดยการโค้ชนั้นมีความยืดหยุ่น และปรับเปลี่ยนไปตามลักษณะของผู้ที่ได้รับการโค้ช การให้ความหมายของการโค้ชส่วนใหญ่จึงขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการที่นำการโค้ชไปใช้ ดังนี้

ชาลซัย โพธิ์คลัง (2532) ได้ให้ความหมายของการโค้ชในด้านการฝึกสอนกีฬาว่าหมายถึง สื่อกลางที่ซึ่งความรู้ กระบวนการ วิธีการปฏิบัติ กรรมวิธีและแนวความคิดต่าง ๆ ที่ได้ถูกเปลี่ยนไปอยู่ในรูปของการลงมือกระทำ หรือปฏิบัติการ เพื่อแก้ปัญหาให้กับองค์กร โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์ในผลการปฏิบัติการจริงและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ (2536) กล่าวถึงการโค้ชในแง่ของการให้ความรู้ทางสุขภาพ และใช้คำว่า coaching ในภาษาไทยว่า “การสอนแนะ” โดยกล่าวว่าการสอนแนะเป็นกลวิธีในการสอนอย่างหนึ่ง เป็นการให้คำแนะนำอย่างเป็นขั้นตอนในการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่หรือทักษะใหม่ และเป็นกลยุทธ์ที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะเป็นการปรับปรุงบทบาทการปฏิบัติงานของบุคคล และขณะเดียวกันก็ทำงานประสานกับ

บทบาทของผู้อื่นด้วย อาจกล่าวได้ว่าเป็นการสอนทั้งในลักษณะตัวต่อตัวและประยุกต์ใช้กับกลุ่ม โดยสิ่งสำคัญพื้นฐานของการสอนแนะ คือ ความต้องการของผู้เรียนเพื่อจะได้ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด และเทคนิคการสอนแนะที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เป็นลำดับขั้นตอน

วิลกี และคณะ (Wilkie et al., 1995) กล่าวว่า การโค้ชเป็นกลวิธีในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อการแนะนำและแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการโค้ชนี้จะใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพื่อให้เข้าถึงกระบวนการคิดด้วยเหตุผล-พฤติกรรม (cognitive-behavioral) และการพัฒนาสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ

กริลิช (Grealish, 2000) กล่าวว่า การโค้ชเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการให้ความรู้ โดยที่โค้ชจะเป็นบุคคลที่ช่วยให้นักเรียนมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติในคลินิก เป็นผู้ชี้แนะให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติม และเป็นผู้สนับสนุนให้สิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัยสำหรับการเรียนรู้

สรุปได้ว่า การโค้ชในการพยาบาลนั้นเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนที่ช่วยให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยคำนึงถึงความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นโค้ชทำหน้าที่ให้การฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุน การชี้แนะ การเสริมแรง ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีความสะดวก มีความปลอดภัย และสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ดังที่กล่าวมาข้างต้นการโค้ชนั้นจะเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนรูปแบบหนึ่งแต่การโค้ชและการสอนตามปกติต่างก็มีลักษณะที่เหมือนกันและแตกต่างกัน โดยส่วนที่มีความเหมือนกันระหว่างโค้ชและการสอนตามปกติ ได้แก่ หลักการที่จะให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการจัดประสบการณ์ กิจกรรม หรือสภาพการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการเรียนรู้ นั่นคือการเพิ่มขึ้นของความรู้ ทักษะ และทักษะการปฏิบัติ โดยทั้งการโค้ชและการสอนตามปกติต่างก็มีหลักการเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เหมือนกัน และคุณสมบัติและหน้าที่ของผู้สอนและโค้ชนั้นจะต้องมี คือ การมีความรู้พื้นฐานในเรื่องที่จะทำการสอนเป็นอย่างดี แต่เนื่องจากการโค้ชนั้นมีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนา ส่งเสริม และปรับปรุงความสามารถในการปฏิบัติของผู้เรียนให้สูงขึ้นเต็มตามศักยภาพที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในผลการปฏิบัติการจริงและมีประสิทธิภาพสูงสุด การโค้ชจึงเป็นกระบวนการที่มีลักษณะพิเศษกว่าการสอนตามปกติ ซึ่งพอจะสรุปความแตกต่างระหว่างโค้ชกับการสอนตามปกติได้ดังนี้ (ชาญชัย โพธิ์คลัง, 2532; Clarke & Spross, 1996; Lewis & Zahlis, 1997; Spross, Clarke, & Beauregard, 2001)

1. การสอนตามปกติเป็นการสอนเนื้อหาให้ผู้เรียนโดยภาพรวม ส่วนการโค้ชนั้นมุ่งสอนให้สำหรับผู้เรียนบางกลุ่มหรือบางรายที่ต้องใช้ทักษะหรือเทคนิคเฉพาะด้าน

2. การสอนตามปกติเป็นการสอนโดยมุ่งให้ผู้ปวยเข้าใจข้อมูลพื้นฐานและการปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไป เป็นความรู้กว้าง ๆ ส่วนการโค้ชนั้นเป็นการสอนในเรื่องที่มีความเฉพาะ เป็นการสอนเทคนิคของการปฏิบัติ

3. การสอนตามปกติเป็นการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจในวิธีการปฏิบัติ เข้าใจในประโยชน์ของการปฏิบัติ และให้สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ได้ ส่วนการโค้ชนั้นต้องค้นหากลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนเรื่องนั้น ๆ โดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ถูกต้องและดีที่สุด สามารถนำทักษะหรือเทคนิคนั้นมาใช้ในการปฏิบัติได้จริง

ดังนั้น โค้ชจึงต้องมีคุณสมบัติเฉพาะเพื่อให้บุคคลมีการปรับปรุงและพัฒนาความสามารถหรือทักษะในการปฏิบัติของบุคคลให้มีศักยภาพสูงสุด

คุณสมบัติและบทบาทของโค้ช

ปัจจุบันคำว่า “โค้ช(coach)” มีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า “ครู (teacher)” ซึ่งทำหน้าที่สอน แต่ความจริงแล้วการสอนเป็นเพียงงานหนึ่งของโค้ช โดยโค้ชหรือผู้ฝึกสอน เป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลมีการพัฒนาความรู้และทักษะ หรือปรับปรุงบทบาทการปฏิบัติงานของบุคคล ทำหน้าที่เสมือนเป็นครูที่จะถ่ายทอดความรู้ ฝึกสอนทักษะการปฏิบัติใหม่ ๆ รวมถึงการพัฒนาความสามารถสูงสุดด้วยการให้การสนับสนุน ชี้แนะ ช่วยเหลือ ให้ความมั่นใจ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่บุคคลให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ในพฤติกรรมใหม่หรือทักษะใหม่ และปรับปรุงการปฏิบัติด้วยตนเองอย่างเป็นลำดับขั้นตอนมากกว่าการใช้วิธีการสั่งสอน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536; Clarke & Spross, 1996; Girvin, 1999; Grealish, 2000) ทำหน้าที่ติดตามและสังเกตการปฏิบัติงานกิจกรรมของแต่ละบุคคล เพื่อช่วยสร้างและพัฒนาศักยภาพบุคคลให้มีจิตใจและการปฏิบัติหน้าที่เหมาะสมตามบทบาทของแต่ละบุคคล (ชาญชัย โพธิ์คลัง, 2532; พิระพงศ์ บุญศิริ, 2536; สิริโชค วรานุสันติกุล, 2539; Girvin, 1999; Leddy & Pepper, 1998) รวมถึงการเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (สิริโชค วรานุสันติกุล, 2539; Clarke & Spross, 1996; Wilkie et al., 1995) โดยบุคคลที่จะเป็นโค้ชได้ในการปฏิบัติการพยาบาล คือ ผู้ปวยที่มีประสบการณ์ ญาติผู้ปวยพยาบาล (Samarel & Fawcett, 1992; Samarel, Fawcett, & Tulman, 1993; Spross, Clarke, &

Beauregard, 2001) ผู้ป่วยและญาติจะทำบทบาทนี้ได้ต้องผ่านกระบวนการฝึกสอนให้ทำหน้าที่โค้ช โดยขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติว่าต้องการให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมีบทบาทใด ส่วนพยาบาลนั้นถือว่ามีบทบาทสำคัญที่จะทำหน้าที่โค้ชในคลินิก เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดเพื่อทำหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ หากแต่พยาบาลผู้ทำหน้าที่โค้ชต้องมีคุณสมบัติและความสามารถพิเศษเพื่อการเป็นโค้ชที่ดีเช่นกัน สปรอสส์ คลาร์ก และเบอริการ์ด (Spross, Clarke, & Beauregard, 2001) ได้กล่าวถึงโค้ชในคุณสมบัติของการปฏิบัติพยาบาลขั้นสูง (Advanced Nursing Practice [APN]) ว่าควรมีความสามารถในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความสามารถในการคลินิก (clinical competence) โค้ชควรมีประสบการณ์ทั้งการปฏิบัติงานในคลินิกและจากการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาเพื่อการพัฒนาทักษะในการประเมินปัญหาเทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ในคลินิก และมีกระบวนการคิดและตัดสินใจที่ดี

2. ความสามารถด้านเทคนิค (technical competence) โค้ชควรมีความรู้และทักษะในเรื่องที่จะสอนเป็นพิเศษทั้งนี้เพราะงานของโค้ชเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถเฉพาะด้าน (special knowledge) ดังนั้นโค้ชจึงต้องมีวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรรับรองจากการศึกษาอบรมในหลักสูตรการปฏิบัติพยาบาลในขั้นสูงในระดับบัณฑิตศึกษา และต้องมีประสบการณ์ในคลินิกในระยะก่อนและหลังการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา

3. ความสามารถด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal competence) โค้ชควรมีทักษะในการสื่อสาร มีความเป็นมิตรและเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย ยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการมีปฏิสัมพันธ์

บทบาทของโค้ชที่จะทำให้การโค้ชที่มีประสิทธิภาพ จึงพอสรุปได้ดังนี้

1. โค้ชควรมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยเฉพาะการสร้างบรรยากาศของความเป็นมิตร เป็นหน้าที่แรกของโค้ชที่จะต้องทำความเข้าใจผู้ป่วย สัมพันธภาพควรเป็นไปอย่างเปิดเผย ยืดหยุ่น มีความเท่าเทียมกัน ยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต้องมีทักษะการสื่อสารทั้งการใช้ภาษาและไม่ใช้ภาษา ได้แก่ การใช้สายตา ระดับเสียง หรือใช้เทคนิคในการสื่อสาร เช่น ใช้การจับและการฟัง กรณีต้องการให้ผู้ผู้ป่วยพูดขยายความในคำพูดของพวกเขา พูดเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดต่อหากผู้ป่วยพูดเรื่องราวไม่ประติดประต่อหรือพูดแล้วนึกต่อไปไม่ออกว่าจะพูดอะไร การช่วยพูดต่อเรื่องเดิมให้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสคิดและเล่าเรื่องต่อไปได้ ช่วยเสริมคำพูดหรือตอบคำถามของผู้ป่วย ใช้คำถามเพื่อขยายความเข้าใจด้วยความระมัดระวังเพราะบางครั้งอาจเป็นเรื่องที่ตอบยาก ตอบไม่ได้ หรือก้าวล่วงเรื่องส่วนตัวมากเกินไป นอกจากนี้แล้วโค้ชควรมีความเป็นมิตรและเอื้ออาทรเพื่อให้ผู้ป่วย

รู้สึกผ่อนคลายในทุกๆระยะของการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจะเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่น มีกำลังใจ ผู้ป่วยกล้าที่จะซักถามและแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้โค้ชมีความเข้าใจผู้ป่วย และยังสามารถนำข้อมูลที่ได้รับมาประกอบในการพัฒนา หรือวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกับผู้ป่วย ทำให้การแก้ไขปัญหาตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Lewis & Zahlis, 1997; Spross, Clarke, & Beauregard, 2001)

2. โค้ชควรไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ความสนใจ เอาใจใส่ในปัญหาทางด้านอารมณ์ หรือความวิตกกังวลของผู้ป่วย และให้กำลังใจผู้ป่วยตามโอกาสและสถานการณ์ที่เหมาะสม (Spross, Clarke, & Beauregard, 2001) แม้การโค้ชจะเป็นกลยุทธ์ที่นำมาใช้พัฒนาทักษะ แต่โค้ชไม่ควรเน้นการปฏิบัติแต่เพียงเทคนิคที่จะให้แก่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่โค้ชควรคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วย ด้วย รวมทั้งให้คำปรึกษาและให้ความเป็นเพื่อน (O'Shaughnessy, 2001) มีส่วนร่วมในความรู้สึก คับข้องใจหรือความรู้สึกประสบความสำเร็จ สำหรับผู้ป่วยที่มีความรู้สึกว้าวุ่นเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นเกินความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหา โค้ชอาจต้องให้การช่วยเหลือหรือเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย โดยการช่วยประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว มีความมั่นใจว่ามีคนคอยให้การสนับสนุนอยู่ตลอดการโค้ช (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวึง สุวรรณ, 2536; พิระพงษ์ บุญศิริ, 2534; สิทธิโชค วรรณสันติกุล, 2539)

3. โค้ชควรใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการแก้ไขปัญหาเต็มความสามารถที่มีอยู่ (ครุณี รุจกรกานต์, 2541; Girvin, 1999; Leddy & Pepper, 1998; Tack & Gilliss, 1990) ได้แก่ การสนับสนุน จะเป็นการส่งเสริมความพยายามของผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นแม้จะอยู่ในภาวะเครียดหรือมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ การให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งทางบวกและทางลบ หากเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ คืบคลานขึ้น ส่วนการให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงลบจะช่วยทำให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขเพื่อการพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมนั้นให้ถูกต้องและดีขึ้น การให้ความมั่นใจ (reassurance) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่แน่ใจในการปฏิบัติกิจกรรม ให้การเสริมแรง (reinforcement) ซึ่งควรปฏิบัติทันทีเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมการเรียนรู้หรือพฤติกรรมปฏิบัติ เช่น การกล่าวชมเชยทันทีเมื่อผู้ป่วยตอบคำถามหรือปฏิบัติกิจกรรม ให้การชี้แนะ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกการปฏิบัตินั้น ๆ ได้ โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมาก ผู้ป่วยจะขาดความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้รับมาปฏิบัติ โค้ชควรฝึกสอนทักษะในการควบคุมและบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรมและในแต่ละขั้นตอนอย่างช้า ๆ ด้วยการอธิบายและสาธิตจนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ร่วมกับการสนับสนุน การช่วยเหลือให้การเสริมแรง และให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม เช่น ถ้าผู้ป่วยรู้สึกกลัวว่า

แผลผ่าตัดจะฉีกขาดถ้าไอหรือหายใจเข้าลึก ๆ พยาบาลควรพูดให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมั่นใจว่าจะเมื่อปฏิบัติแล้วจะไม่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น และควรช่วยประคองและกดกระชับแผลผ่าตัดโดยการใช้มือทั้งสองข้าง ผ้าหรือหมอนนุ่ม ช่วยประคองเมื่อผู้ป่วยไอ หายใจเข้าออกลึก ๆ และเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดลง (AHCPR, 1992; Drain, 1994; Holloway, 1999; LeMone & Burke, 1996; Potter & Perry, 1999)

กระบวนการของการโค้ช

เนื่องจากการโค้ชนั้นเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอน ที่มีโครงสร้างอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การวางแผนอย่างกว้าง ๆ หรือกำหนดการดำเนินงานขั้นตอนของการให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติกิจกรรมเป็นขั้นตอน มีการวัดผลที่ทำให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีความเข้าใจและปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้ดีเพียงใด รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีให้มีความยืดหยุ่นและมีความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้ดี ซึ่งเมื่อมีการนำการโค้ชมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติของผู้ป่วยในการพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้พัฒนากระบวนการของการโค้ชจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการโค้ชที่มีลักษณะสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ (คณัย เทียนพูน, 2541; Girvin, 1999; Grealish, 2000; Lewis & Zahlis, 1997)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย เป็นการประเมินปัญหาและรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ขั้นตอนนี้โค้ชจะเป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และรับฟังปัญหาของผู้ป่วย การประเมินข้อมูลถือว่าเป็นพื้นฐานของการโค้ช โดยโค้ชมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจในตัวเอง โดยการมีสัมพันธภาพที่ดีนี้จะรวมถึงการทำให้มั่นใจ การให้ข้อมูล การมีส่วนร่วม การแนะนำแนวทางเพื่อการตัดสินใจ การฟัง การแสดงความเข้าใจ และการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมากเนื่องจากบุคคลนั้นจะมีความแตกต่างกันทั้งในอุปนิสัย การแสดงออก บุคลิกภาพ และการมีสังคม

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ขั้นตอนนี้เป็นการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม ขอบเขตของการปฏิบัติ และวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อพัฒนาแผนการปฏิบัติกิจกรรมภายหลังจากผู้ป่วยและโค้ชร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

คิดเห็นในการวางแผนการปฏิบัติหรือกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามความรู้พื้นฐานหรือประสบการณ์ของผู้ป่วย รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยโค้ชให้การสนับสนุนผู้ป่วยให้ค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา และให้กำลังใจผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและการวางแผนปรับปรุงการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ พร้อมกับให้คำแนะนำ ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพิ่มเติม หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้หรือทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม โค้ชให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการบอกเล่า ยกตัวอย่างประกอบในเนื้อหา หรือสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้ป่วยพร้อมกับให้ผู้ป่วยซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจน หากไม่มีข้อสงสัยหรือคำถามใด ๆ ให้ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติตามวิธีการหรือแนวทางที่วางแผนไว้ เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติกิจกรรม เป็นการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยระหว่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติ โค้ชมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกและลบ เช่น การให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือทบทวนสาเหตุส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำอีกเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม โค้ชให้ผู้ป่วยประเมินผลด้วยตนเอง ถึงผลการปฏิบัติและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น รวมถึงการกระตุ้นผู้ป่วยว่าเขาได้มีการเรียนรู้อะไรบ้าง สิ่งที่เขาต้องปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่คืออะไร ผลกระทบจากการปฏิบัติ หรือปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ของเขาคืออะไร เพื่อการวางแผนในการเรียนรู้ขั้นต่อไป และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้ดีขึ้นในการปฏิบัติในครั้งต่อไป

ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมาน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมทรวงอกโดยตรงนั้น ในปัจจุบันยังไม่พบว่ามีรายงาน แต่มีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนว่ามีผู้นำการโค้ชไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ และผู้ป่วยมะเร็ง โดยวัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกันไป ดังเช่น การศึกษาของกอร์ทเนอร์และคณะ (Gortner et al., 1988) ที่พบว่าการโค้ชช่วยปรับปรุงการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจจำนวน 67 ราย โดยผู้ศึกษาได้ใช้การโค้ชทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยา และการออกกำลังกาย ติดตามการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ส่งต่อผู้ป่วยในกรณีเกิดปัญหาที่เกินขีดความสามารถ

ของพยาบาล และอธิบายถึงเหตุการณ์และแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในระยะฟื้นฟูสภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการโค้ชมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดลดลง มีการรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรม ได้แก่ การยกของ และมีความทนต่อการเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในระยะ 3 เดือนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กอร์ทเนอร์ และเจนกินส์ (Gortner & Jenkins, 1990) ที่ทำการศึกษาถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง และระดับความสามารถในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจจำนวน 149 ราย ในระยะ 4, 8, 12 และ 24 สัปดาห์หลังผ่าตัด โดยใช้การโค้ชทางโทรศัพท์ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการโค้ชมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีระดับความสามารถในการเดิน การทำกิจกรรมทั่วไป และการยกของสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แทค และกิลลิสส์ (Tack & Gilliss, 1990) ได้นำการโค้ชทางโทรศัพท์เพื่อการประเมินและติดตามอาการที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เช่น ความเจ็บปวด แผลผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการนอนหลับ ภาวะโภชนาการ และความสามารถในการทำกิจกรรม ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน จำนวน 75 ราย โดยแต่ละครั้งของการโค้ชทางโทรศัพท์ผู้วิจัยจะประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ และให้ความเอาใจใส่ต่อปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น ๆ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อให้แก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ส่งต่อในกรณีที่ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเกินขีดความสามารถของผู้โค้ช และประเมินความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญหานั้น ๆ ผลการศึกษาพบว่าเมื่อให้การโค้ชแล้วผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาความไม่สุขสบายจากเจ็บปวด แผลผ่าตัด จัดการกับแบบแผนการนอนหลับและแบบแผนทางโภชนาการที่เปลี่ยนแปลงไปได้ด้วยตนเอง สามารถป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากภาวะสุขภาพ มีความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น และเมื่อเกิดปัญหาใหม่ขึ้นผู้ป่วยจะพัฒนากลวิธีในการแก้ปัญหาด้วยตนเองทุกวัน

วิลกีและคณะ (Wilkie et al., 1995) ทำการศึกษานำร่องถึงผลของการโค้ชในผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 8 ราย โดยใช้การโค้ชเป็นกลวิธีในการสอนให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถสื่อสารถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับตนเองกับแพทย์ และหาข้อสรุปของการประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ โดยผู้ป่วยจะได้รับการโค้ชเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง วิธีการรายงานถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นของตนเองให้แก่แพทย์ผู้ให้การรักษาในขณะที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และได้รับการโค้ชทางโทรศัพท์เพื่อประเมินและบันทึกความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการโค้ชมีการรายงานถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับตนเองเพิ่มขึ้น และมีการประเมินถึงคุณภาพและความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ตรงกับการประเมินของแพทย์ผู้ให้รักษามากกว่าผู้ป่วย

กลุ่มที่ไม่ได้รับการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการโค้ชสามารถเพิ่มทักษะต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย ทั้งทักษะการสื่อสาร ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน การจัดการกับอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกับผู้ป่วย และมีความทนต่อความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นมากขึ้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า การโค้ชจะเป็นกลยุทธ์ในการสอนวิธีหนึ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกให้สามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นภายหลังการทำศัลยกรรมทรวงอกได้

แผนการโค้ชในผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมทรวงอก

แผนการโค้ชในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติกิจกรรมแก่ผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้เพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยแผนนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการโค้ช โดยมีผู้วิจัยเป็นโค้ชหรือผู้ฝึกสอน และให้การโค้ชตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัดทรวงอก 2 วัน จนถึง 72 ชั่วโมงหลังการทำศัลยกรรมทรวงอก โดยใช้กระบวนการของการโค้ช 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาหรืออาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ทำศัลยกรรมทรวงอก เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย และทราบถึงข้อมูลที่สำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจริง ขั้นตอนนี้โค้ชมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยตั้งแต่นานก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นใจในตัวโค้ช โดยโค้ชจะเป็นผู้ชี้แนะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งความรู้สึก ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากโรค การรักษา และการเข้ารับการรักษาดำเนินอยู่ในโรงพยาบาล ตลอดจนความรู้สึกต่อสถานการณ์ก่อนและหลังการผ่าตัด รับฟังปัญหาของผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยสรุปปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อนำมาวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาดังต่อไป (Clarke & Spross, 1996; Lewis & Zahlis, 1997; Spross, Clarke, & Beauregard, 2001)

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการแก้ไขปัญหหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในแต่ละปัญหา เป็นการพัฒนาแผนการปฏิบัติกิจกรรมภายหลังจากที่ผู้ป่วยและโค้ชร่วมกันสรุปปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมทรวงอก โดยโค้ชกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานตามความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย เนื่องจากบางปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยนั้นผู้ป่วยสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง

(Larson et al., 1994) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกภูมิใจ และมีความมั่นใจให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้แม้จะอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากโรค โดยโค้ชจะฝึกสอนทักษะการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. โค้ชจะให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำ หรือข้อมูลเพิ่มเติม ในเรื่องต่าง ๆ เพื่อช่วยเพิ่มความรู้อ และให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า เป็นการช่วยลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วย ดังนี้ (Finkelmeier, 2000; Galloway, 1999)

1.1 พยาธิสภาพของโรค และการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

1.2 ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดทรวงอก ได้แก่

1.2.1 การเตรียมตัวเพื่อการทำศัลยกรรมทรวงอก การเตรียมตัวเพื่อการทำศัลยกรรมทรวงอก ได้แก่ การเตรียมความสะอาดผิวหนังทั่วไปและเฉพาะที่ การได้รับยานอนหลับในคืนก่อนผ่าตัด การงดอาหารและน้ำ การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการได้รับยาก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกในเช้าวันผ่าตัดก่อนเข้าห้องผ่าตัด

1.2.2 เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับขณะเข้าห้องผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับยาระงับความรู้สึก ความรู้สึกหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึก

1.2.3 อาการของผู้ป่วยหลังได้รับการทำศัลยกรรมทรวงอก ชนิดและอุปกรณ์ที่สอดใส่เข้าสู่ร่างกายหลังผ่าตัดในระยะแรก การได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักใน 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาพยาบาลต่าง ๆ และช่วยประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้เกี่ยวข้อง และ/หรือ เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ หากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ความอนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม

2. โค้ชเตรียมให้ผู้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดทรวงอก ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสถานการณ์ มีความมั่นใจในการปฏิบัติ สามารถเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหา และมีความคาดหวังในผลจากการปฏิบัติเมื่อเผชิญกับปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้นจริงในระยะหลังการผ่าตัด (Finkelmeier, 2000; Gaston-Johansson, Franco, & Zimmerman, 1992) โดยโค้ชจะให้การสนับสนุนหรือชี้แนะให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมตามความรู้และประสบการณ์เดิมในรายที่เคยปฏิบัติมาแล้วมีประสิทธิภาพ และช่วยให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการบอกเล่า ยกตัวอย่างประกอบ

และฝึกสอนการปฏิบัติด้วยวิธีการสาธิตการปฏิบัติให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้หรือประสบการณ์เดิม ซึ่งกิจกรรมที่จัดเตรียมให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่เกิดจากอาการต่าง ๆ หลังผ่าตัด ได้แก่

2.1 การปฏิบัติเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และการนอนไม่หลับ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติในแต่ละวิธีและให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามความต้องการ ดังนี้

2.1.1 ใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึก ช้า และสม่ำเสมอ (slow, deep-breathing relaxation) วิธีนี้ยังเป็นวิธีการที่ฝึกได้ง่าย มีความปลอดภัย และมีการปฏิบัติที่คล้ายคลึงกับการหายใจโดยใช้กลัมนีโอกะบังลมที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดบริเวณทรวงอกหรือในรายที่ทำผ่าตัดเปิดทรวงอก เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมการนอนหลับ (Craven & Hirnle, 1996; Miller & Perry, 1990)

2.1.2 การทำสมาธิ โดยการกำหนดจิตให้แน่วแน่ตามอริยาบทการเคลื่อนไหวของท้อง และการหายใจเข้าออก ที่ดัดแปลงจากวิธีปฏิบัติวิปัสสนาสมาธิในแนวสติปัฏฐาน 4 คือการการสูดลมหายใจเข้าลึกๆ ปล่อยออกสบายๆ ตั้งสติกำหนดจิตรู้ที่ท้องเริ่มพองให้กำหนดจิตรู้ “พอง” ไปจนกระทั่งสุดพองจึงกำหนดจิตรู้ “หนอ” เมื่อท้องเริ่มยุบให้กำหนดจิต “ยุบ” ไปจนกระทั่งสุดยุบให้กำหนดจิตรู้ “หนอ” กำหนดจิตรู้ที่ท้อง “พองหนอ-ยุบหนอ” เช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย (พระสุพรหมยานเถร, 2542) เพื่อใช้ลดความตึงเครียด ความวิตกกังวล ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด และส่งเสริมการนอนหลับ (Andrews et al., 1999; Synder & Lindquist, 1998)

2.1.3 ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อลดการรับรู้ความเจ็บปวดและลดความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความปวด เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง และการพูดคุยกับผู้อื่น (McGuire, 1999; Smeltzer & Bare, 2000)

2.1.4 การขอยาบรรเทาปวดจากเจ้าหน้าที่พยาบาล แนะนำให้ผู้ป่วยขอยาจากเจ้าหน้าที่พยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันอาการเจ็บปวดรุนแรง เนื่องจากการให้ยาในขณะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดรุนแรงด้วยขนาดปกติที่ปลอดภัยต่อการใช้ มักมีประสิทธิภาพไม่สูงพอที่จะระงับความเจ็บปวดได้ (McCaffery, 1990; McGuire, 1999) หรือขอยาบรรเทาปวดก่อนที่จะเริ่มบริหารการหายใจ หรือเริ่มออกกำลังกาย 15 -30 นาที เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัดขณะมีการเคลื่อนไหวร่างกาย (Drain, 1994; Hudak, Gallo, & Morton, 1998)

2.2 การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากการหายใจเข้าออกลึก ๆ การไอจากการมีเสมหะคั่งค้าง และการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ได้แก่

2.2.1 การฝึกการหายใจโดยใช้กะบังลม (diaphragmatic breathing) หรือ กล้ามเนื้อหน้าท้อง (abdominal breathing) ซึ่งจะช่วยลดการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจ บริเวณทรวงอก ทำให้ทรวงอกเคลื่อนไหวน้อยลง จึงช่วยบรรเทาความเจ็บปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้น ขณะหายใจเข้าออกลึก ๆ ภายหลังผ่าตัดทรวงอกและคอที่ระบายทรวงอกได้ (Craven & Hirnle, 1996; Perry & Potter, 1999)

2.2.2 การไอเพื่อขับเสมหะอย่างถูกวิธี เพื่อช่วยขับเสมหะ ลดการคั่งค้างของ เสมหะในปอดที่ถูกวิธี ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับ ออกซิเจนได้อย่างเพียงพอ ภายหลังผ่าตัดทรวงอกนั้นผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดขณะ ไอมากขึ้น โดยให้ผู้ป่วยใช้มือ 2 ข้าง ผ่ามุม หรือหมอนประคองที่บริเวณแผลผ่าตัดระหว่างการไอ เพื่อลดการสั่นสะเทือนของบาดแผลผ่าตัด ทำให้ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดบรรเทาลง (Craven & Hirnle, 1996; Drain, 1994)

2.2.3 การเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกายที่ถูกวิธีภายหลังผ่าตัด ได้แก่ การฝึกใช้เครื่องมือบริหารการหายใจ (incentive spirometer) การออกกำลังกาย การพลิก ตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว และการฝึกใช้เครื่องมือบริหารการหายใจ ซึ่ง จะช่วยป้องกันภาวะถุงลมปอดแฟบ ทำให้การขยายตัวของปอดเต็มที่ และส่งเสริมการได้รับออกซิเจน ในผู้ป่วย (Craven & Hirnle, 1996; Drain, 1994) และช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ช่วยให้มี การไหลเวียนของเลือดไปที่แผลผ่าตัดดีขึ้น ทำให้แผลหายเร็วขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดใน หลอดเลือดดำส่วนลึกของขา และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อต่อ (Long, 1991; Smith, Duell, & Martin, 2000)

2.3 การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดเมื่อยร่างกายจากการ นอนท่าเดียวนาน ๆ และจากนอนในท่าที่ไม่เหมาะสม ได้แก่

2.3.1 การเปลี่ยนท่านอน และพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง ในระยะแรก ภายหลังผ่าตัดหากยังช่วยเหลือตนเองได้น้อยให้ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือญาติให้ ช่วยเหลือ หรือเปลี่ยนท่านอน เมื่อสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นจึงพลิกตะแคงด้วยตนเอง

2.3.2 การขอให้เจ้าหน้าที่พยาบาลหรือญาติช่วยจัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่ สุขสบาย เช่น ศีรษะสูงประมาณ 20 - 30 องศา (semi-Fowler's position) หรือศีรษะสูงประมาณ 45 - 60 องศา (high-Fowler's position) เมื่อนอนในท่าที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สุขสบาย

2.4 การปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการใส่ท่อระบายทรวงอก สามารถ ปฏิบัติได้โดยการหลีกเลี่ยงภาวะตึงเครียดต่อแผลที่ใส่ท่อระบายทรวงอกและแผลผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วย ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่พยาบาลให้ช่วยจัดท่าให้อยู่ในท่าศีรษะสูงประมาณ 20 - 30 องศา หรือ

ศีรษะสูงประมาณ 45 - 60 องศา ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยป้องกันกล้ามเนื้อหดตัวและเกร็งตัว การลดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อทรวงอกโดยการใช้มือ 2 ข้าง ผ่ามุม หรือหมอนประคองที่บริเวณแผลผ่าตัดและบริเวณทรวงอกที่อยู่ใกล้กับแผลที่ใส่ท่อระบาย ทรวงอกระหว่างผู้ป่วยบริหารการหายใจ ขณะไอ หรือเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย (Drain, 1994; Hudak, Gallo, & Morton, 1998) จับสายยางไม่ให้ดึงรั้งขณะพลิกตัวโดยใช้มือจับบริเวณด้านล่างของท่อ ระบายให้ไปตามทิศทางของการเคลื่อนไหว และการพยุงตัวลูกนั่งโดยใช้มือทั้งสองข้างดึงเชือกที่ผูกปลาย เตียงแล้วเหนี่ยวตัวลูกขึ้นนั่ง (วิลาวัลย์ ต่อปัญญา, 2531)

ส่วนการวางแผนเพื่อลดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจหลังผ่าตัดนั้นจะมีการวางแผน แก้ไขปัญหาหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานตามความรู้พื้นฐาน และประสบการณ์เดิม ของผู้ป่วย ร่วมกับให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลการผ่าตัดที่ได้รับ สภาพอาการหลัง ผ่าตัด รวมถึงการช่วยประสานงานกับแพทย์พยาบาลในทีมการรักษาพยาบาล แผนกสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ความอนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจนประสบผลสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 3 ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ดังที่ได้วางแผนไว้ในขั้นตอนที่ 2 โดยระหว่างที่ผู้ป่วยปฏิบัติ โค้ชมีการติดตามและสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงบวกและลบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแก้ไขและปรับตัวให้เหมาะสมต่อไป เช่น การให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ ถูกต้อง ให้การชี้แนะ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือทบทวน ส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องซ้ำอีกเพื่อให้เข้าใจยิ่งขึ้น พร้อมกับกระตุ้นให้ฝึกปฏิบัติจนแน่ใจว่าทำได้ ถูกต้อง และสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

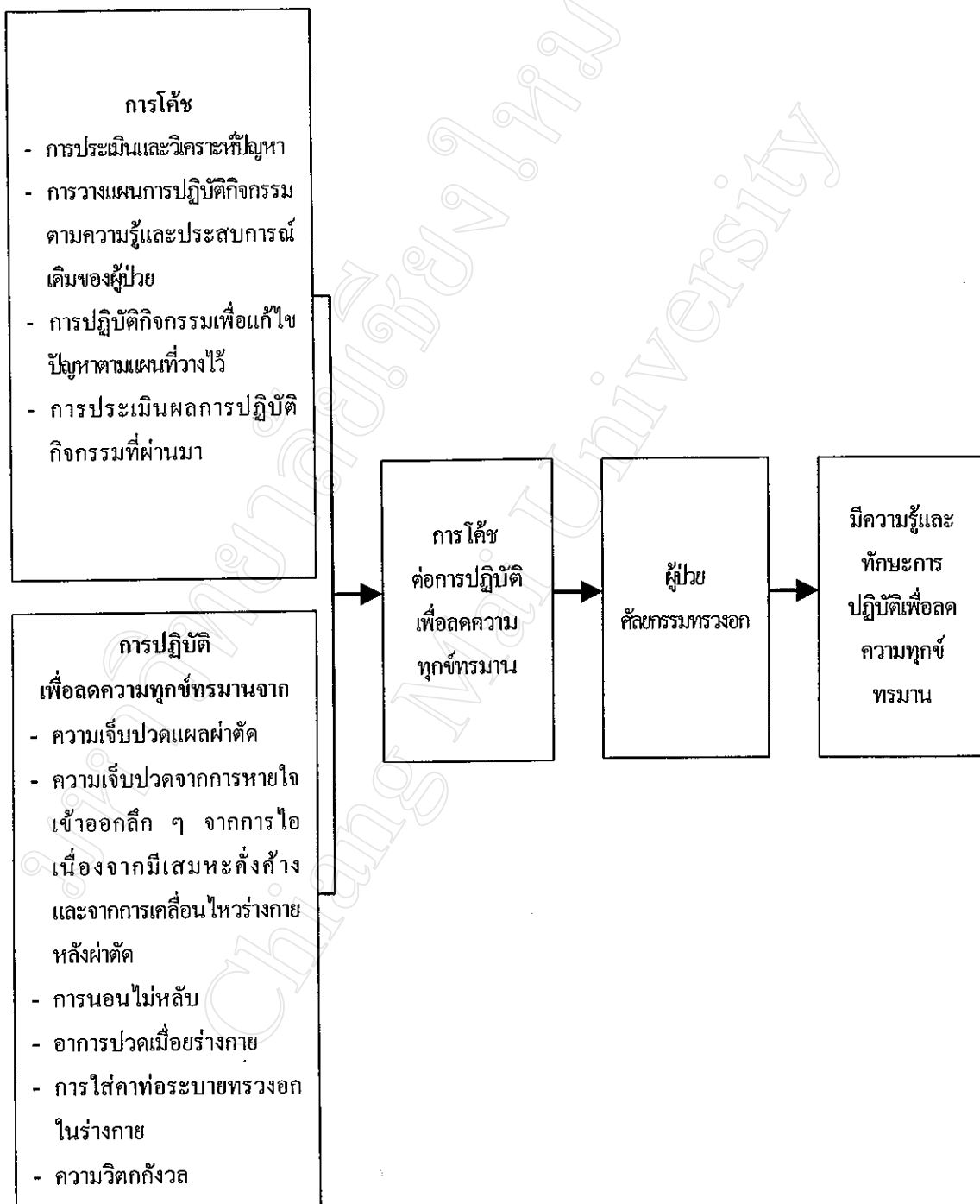
ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วย ประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมาปฏิบัติกิจกรรมเพื่อประเมินถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อลดความทุกข์ทรมานที่ผ่านมาด้วยตนเอง และร่วมกันประเมินถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่ เกิดขึ้นระหว่างที่มีการฝึกปฏิบัติ หรือมีส่วนที่ต้องแก้ไขในการปฏิบัติกิจกรรมใดบ้าง เพื่อนำไปใช้ วางแผนเพื่อการปรับเปลี่ยน ปรับปรุงหรือพัฒนากิจกรรมที่ปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์ให้มีความสมบูรณ์ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมทรวงอกผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่สำคัญที่เกิดหลังผ่าตัดทรวงอกที่สำคัญ ได้แก่ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความเจ็บปวดจากการหายใจเข้าออกลึก ๆ จากการไอเนื่องจากมีเสมหะกักค้าง และจากการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การนอนไม่หลับ อาการปวดเมื่อยร่างกาย การใส่คาทอระบายทรวงอกไว้ในร่างกาย ส่วนความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจที่สำคัญ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัด และความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายและลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น โดยใช้การโค้ชซึ่งเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนรูปแบบหนึ่งในการพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากปัญหาและอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ทำให้การแก้ไขปัญหาดังกล่าวตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและมีความถูกต้องยิ่งขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้นที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้นที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานตามแผนที่วางไว้ และการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของการโค้ชและการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการทำศัลยกรรมทรวงอก ที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทาง ดังนี้ ภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังการทำศัลยกรรมทรวงอก ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความเจ็บปวดจากการหายใจเข้าออกถี่ ๆ จากการไอเนื่องจากมีเสมหะค้างค้ำ และจากการเคลื่อนไหวร่างกาย การนอนไม่หลับ อาการปวดเมื่อยร่างกาย การใส่ค้ำท่อน้ำยาทรวงอกในร่างกาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พยาบาลเป็นบุคลากรซึ่งมีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจลดลง โดยใช้การโค้ชซึ่งเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีในการสอนรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาหรือเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ โดยมีพยาบาลเป็นโค้ชหรือผู้ฝึกสอน ทำหน้าที่ฝึกสอนทักษะการปฏิบัติ รวมทั้งให้การสนับสนุน การชี้แนะ การช่วยเหลือ การเสริมแรง ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยที่ได้รับการโค้ชประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ได้เต็มศักยภาพที่มีอยู่ ซึ่งผลจากการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัตินั้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับและทักษะที่ฝึกปฏิบัตินั้นไปใช้ปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยการโค้ชที่ผู้วิจัยนำมาใช้มี 4 ขั้นตอน คือ การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานตามความรู้พื้นฐานและประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานตามแผนที่วางไว้ และการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับปรุงหรือพัฒนาทักษะการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แสดงดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย