

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการให้สุขศึกษาก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพื่อจัดการความปวด ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

อัจฉราภรณ์ ทิมพ์เพียง*, นพรัตน์ สงเสริม**, เผาไทย วงศ์เหล่า***

*โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

***คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของการให้สุขศึกษาก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพื่อจัดการความปวดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 32 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 16 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการดูวิดีโอทัศน์เพียงอย่างเดียว ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการให้สุขศึกษาและคู่มือการจัดการความปวดก่อนผ่าตัด 1 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า (1) กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขศึกษาควบคู่กับคู่มือมีการจัดการความปวดดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) กลุ่มทดลองมีระดับความปวดภายหลังการผ่าตัดในวันที่ 1, 2 และ 3 ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ (3) กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิจัยครั้งนี้ในขั้นตอนการเตรียมแผนสุขศึกษา มีการจัดเตรียมเนื้อหาโดยการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ตลอดจนจนประสบการณ์การทำงานเพื่อนำมาบอกเล่าอธิบาย การสอนสุขศึกษาร่วมกับการใช้คู่มือโดยการเขียนเนื้อหาที่กะทัดรัดและมีความสมบูรณ์ในตัวเอง ซึ่งเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย ช่วยในการแก้ไขข้อข้องใจเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาที่ต้องการคำอธิบาย หรือต้องการหาความรู้บางอย่างเพื่อให้ได้คำตอบอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเองได้ดี ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจึงมีการจัดการความปวดและมีระดับความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุม อันเนื่องมาจากผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ได้รับความใส่ใจจากทีมสุขภาพที่ดูแลและเมื่อเกิดความไม่เข้าใจสามารถสอบถามได้ทันที ทำให้คลายความกังวล ความกลัว และ อุ่นใจเมื่อเข้ารับการรักษา

คำสำคัญ: การให้สุขศึกษา, การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด, การจัดการความปวด

Original article

The effects of pre-health education on open heart surgery for pain management at Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province

Atcharaporn Phimphiang*, Nopparat Songserm**, Paothai Wonglao***

*Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province

**Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

***Faculty of Science, Ubon Ratchathani Rajabhat University

Abstract

This was experimental research studying the effects of pre-health education on open heart surgery for pain management at Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 32 patients undergoing open heart surgery at Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani. The samples were selected by the selection criteria. The samples were divided into 2 groups: a control group and an experimental group: 16 persons for each group. The control group received normal nursing care by watching only the video. The experimental group received health education and pain management manual one day before receiving the operation. The reliability of the instruments used in the study was tested by Cronbach's Alpha Coefficient which was 0.81. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were employed to analyze the data. Independent t-test was used to test the hypothesis.

The results showed that (1) the experimental group receiving the health education along with the manual had better pain management than the control group receiving normal nursing care at the significance level of 0.05. (2) The pain level on the first, second and third day of the experimental group after the surgery was not different from the control group with statistical significance at the 0.05 level. (3) The experimental group was more satisfied than the control group with statistical significance at the 0.05 level.

In the preparation stage of health education plan, the researcher prepared the content by searching information from various sources as well as work experiences for teaching health education along with the use of the manual with concise and complete content which was written by the researcher. This was useful for patients and it helped to resolve a grievance when patients wanted desirable explanation or needed some knowledge to get answers quickly. So, the patients were able to manage their own pain well. After the open heart surgery, the patients in the experimental group had better pain management and satisfaction than the control group since they felt that they were being treated by the health care team. In addition, when the patients did not understand anything, they can immediately ask or consult the health personnel. This can help relieve anxiety, fear and increase peace of mind when they were admitted.

Keywords: Health education, open heart surgery, pain management

บทนำ

โรคหัวใจเกิดจากความผิดปกติด้านโครงสร้างของหัวใจ หรือความผิดปกติทางด้านการทำหน้าที่ของหัวใจโรคที่เกิดจากความผิดปกติด้านโครงสร้างหัวใจ ได้แก่ โรคของลิ้นหัวใจ โรคหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบ และโรคของหลอดเลือดแดงที่ออกจากหัวใจโป่งพอง ซึ่งการผ่าตัดถือเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา โดยผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่จะมีความรุนแรงของโรคหัวใจ (Functional classification) ในระดับ 3 ขึ้นไป และได้รับการรักษาด้วยยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น (แวนดาว คำเขียว 2551) การผ่าตัดหัวใจ แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ การผ่าตัดหัวใจแบบปิด (Closed heart surgery) และการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) ซึ่งถือว่าการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง ในการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเพื่อทำทางเบี่ยงของระบบการไหลเวียนเพื่อไม่ให้เลือดไหลผ่านหัวใจและปอด (Cardiopulmonary bypass) ในระหว่างที่ทำหัตถการผู้ป่วยจะถูกจัดให้อยู่ในท่านอนหงายราบ เจยหน้าขึ้นเล็กน้อย ศัลยแพทย์จะทำการผ่าตัดเปิดทรวงอกด้านหน้าตรงกลางกระดูกอก (Median sternotomy) โดยกรีดผิวหนังต่ำกว่าปุ่มกระดูกกลางอก ส่วนบนลงไปประมาณ 3 เซนติเมตรไปยังบริเวณต่ำกว่ากระดูกสันหลัง และทำการกรีดผ่านเยื่อเหนียวที่หุ้มกระดูกกลางอกลงไป แล้วแยกกระดูกกลางอก ระหว่างการผ่าตัดกระดูกสันอกจะถูกถ่างขยาย กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ช่วยหายใจที่ทรวงอกจะถูกตัดผ่านตั้งแต่บริเวณปุ่มกระดูกสันอกจนถึงลิ้นปี่รวมถึงกล้ามเนื้อหน้าท้อง ได้แก่ กล้ามเนื้อเร็คตัสแอบโดมินิส (Rectus abdominis) และกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงด้านใน (Internal intercostals muscle) ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจออก นอกจากนี้ยังมีกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงด้านนอก (External intercostals muscle) ที่มีความสำคัญในการหายใจเข้าก็จะได้รับบาดเจ็บ (Ali et al., 2000; Farhat et al., 2003) หลังการผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยจะมีท่อระบายทรวงอก 2 สายโดยปลายสายแรกอยู่ด้านหลังของกระดูกสันอก (Sternum) และปลายอีกสายหนึ่งวางอยู่บริเวณเยื่อหุ้มปอดด้านซ้าย (Left pleura) ซึ่งท่อระบายทั้ง 2 ท่อจะผ่านออกสู่ภายนอกที่ส่วนล่างสุดของแผลผ่าตัด ท่อระบายดังกล่าวจะช่วยระบายเลือดและสารคัดหลั่งที่อยู่ในเยื่อหุ้มหัวใจและเยื่อ

หุ้มปอดในระยะหลังการผ่าตัด และเมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดแพทย์จะเย็บปิดกระดูกอก สันอก และผิวหนัง

ปัญหาความปวดในระยะหลังการผ่าตัดถือเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยต้องประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยผู้ป่วยอาจมีความปวดได้ตั้งแตในระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ถึงร้อยละ 80 (Ashburn and Ready, 2001)

ความปวดหลังผ่าตัดหัวใจจะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาไม่นาน โดยในช่วง หลังการผ่าตัดวันที่ 1-3 อาจมีความรู้สึกปวดค่อนข้างมาก ซึ่งลักษณะความปวดอาจเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ปวดตึงๆ เจ็บจี๊ดๆ ปวดตื้อๆ แน่นๆ หรือปวดเมื่อย ปกติความปวดจะค่อยลดลงหลังการผ่าตัดวันที่ 3 โดยค่อยๆ ลดลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลา ซึ่งส่วนใหญความปวดจะลดลงอย่างมากช่วงหลังผ่าตัดได้ 1-2 สัปดาห์ และความปวดจะหมดไปภายใน 1-2 เดือน หลังการผ่าตัด “ความเจ็บปวด” เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวมากเป็นอันดับสองรองจากความตาย (Miller and Perry, 1990) เป็นความทุกข์ทรมานและเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดหลังผ่าตัด (Tack and Gilliss, 1992) ส่วนภาวะจิตใจของผู้ป่วย พบว่ามีความวิตกกังวล และหวาดกลัว (Milgrom et al., 2004) ดังนั้นการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยทั่วไปการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลและการเตรียมทั้งสภาพร่างกายและจิตใจให้พร้อมก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ได้แก่ การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป การฉายภาพรังสีทรวงอก การตรวจคลื่นหัวใจ ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ผลการตรวจสอบสมรรถภาพของหัวใจ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะสามารถบ่งบอกถึงอาการและปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้ รวมทั้งการเตรียมเลือดไว้สำหรับการผ่าตัดด้วย สำหรับการเตรียมผู้ป่วยทางด้านจิตใจนั้นการประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยมีความสำคัญมาก ในระยะก่อนผ่าตัด (เกศินี รัตนมณี, 2549) ซึ่ง Leventhal and Johnson, 1983) พบว่าการให้ข้อมูลทั่วไปเพื่อเตรียมความพร้อมจะช่วยลดความรู้สึกที่ไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ความรู้สึกและลดการตอบสนองทางอารมณ์ได้ จากการศึกษาของ Lamarche และคณะ (1998) พบว่าการให้ข้อมูลด้านต่างๆ และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับก่อนผ่าตัดจะ

ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงขณะอยู่ในโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกละและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติจะมีความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญ (เกศินี รัตนมณี, 2549) และพบว่าใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดมีจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอีกด้วย (เกศินี รัตนมณี, 2549) ดังนั้นการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกละและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพเร็วขึ้นและมีความมั่นใจในเหตุการณ์ที่จะเผชิญอุบัติเหตุการมีโรคหัวใจที่ต้องได้รับการผ่าตัดในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2555 พบว่ามีจำนวน 432 ราย 470 ราย 280 ราย 186 ราย และ 259 ราย ตามลำดับ (สถิติหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจทรวงอกและหลอดเลือดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, 2551-2555) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจมีจำนวนมาก และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจทรวงอกและหลอดเลือด และจากการปฏิบัติงานอยู่ในแผนกหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจทรวงอกและหลอดเลือด พบว่าการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะเวลา 1-3 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้จะยังใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการคาทอระบายทรวงอกมีสายให้ยาทางหลอดเลือดดำอยู่ เมื่อผู้ป่วยตื่นดีแล้วแพทย์จะเริ่มให้ลดเครื่องช่วยหายใจ จนสามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ และผู้ป่วยจะหายใจเอง หลังจากนั้นจะเริ่มกิจกรรมการฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทันที ในขณะที่ผู้ป่วยยังคงมีความปวดอยู่จึงทำให้ผู้ป่วยมีความปวดที่รุนแรงจะเห็นได้ว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมาก มีความวิตกกังวลกับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย เพราะกลัวเจ็บปวดและแผลผ่าตัดแยก ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ และจากการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าผู้ป่วยหากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการจัดการความปวดหลังผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเผชิญกับสถานการณ์ และความเจ็บปวดได้ ส่งผล

ให้ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและร่างกายฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ดังนั้นจึงต้องการที่จะศึกษาผลของการให้สุขศึกษาเพื่อจัดการความปวดก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย และเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจทรวงอกและหลอดเลือดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการให้สุขศึกษาก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพื่อจัดการความปวดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วยการจัดการความปวด ระดับความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดภายหลังการผ่าตัด 3 วัน
2. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการความปวดด้วยตนเอง ระดับคะแนนความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อการจัดการความปวดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการให้สุขศึกษาควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวดภายหลังการผ่าตัด 3 วัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร (Population)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในเดือนมกราคม – เมษายน 2559 จำนวน 40 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sampling)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนทั้งหมด 32 คน จัดลำดับแบ่งเป็น 2 กลุ่มและจับสลากแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ซึ่งมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 15 – 65 ปี 2) ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 3) รู้สึกตัวดี และรับรู้สภาพการณ์ต่างๆ ได้ดี 4) ไม่มี ความผิดปกติในการมองเห็น การได้ยิน และประสาทสัมผัสอื่นๆ 5) อ่านหนังสือไทยได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ 6) ยินยอมให้ความร่วมมือในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาของแพทย์ แบบวิธีการปฏิบัติเพื่อการบรรเทาความปวด แบบวัดความเจ็บปวดและแบบประเมินความพึงพอใจ โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของคณะกรรมการที่ปรึกษาแล้วนำมาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องระหว่างนิยามกับข้อความจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องที่ 0.60 - 1.00 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ในการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รหัสเอกสารรับรอง 038/2558

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนนและลงรหัสเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งการวิเคราะห์การศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ สถิติ Independent t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลของการให้สุขศึกษาก่อนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อจัดการความปวด พบว่า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุขศึกษาควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวดมีการจัดการความปวดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุขศึกษาแบบปกติ ซึ่งพบว่าการปฏิบัติตัวเพื่อการบรรเทาความปวดด้วยวิธีฝึกผ่อนคลาย โดยการหายใจลึกๆ

ยาวๆ อย่างสม่ำเสมอ และใช้ผ้าหรือหมอนประคองบริเวณแผลผ่าตัดทรวงอก ระหว่างการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือ การบริหารการหายใจ และมีการเปลี่ยนแปลงท่าที่ถูกต้อง เช่น ใช้วิธีการตะแคงตัวในการลุกนั่งหรือนอนมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 2.00 และวิธีที่กลุ่มทดลองปฏิบัติน้อยที่สุด ได้แก่ การขอยาแก้ปวดจากพยาบาลทันทีเมื่อรู้สึกปวด ค่าเฉลี่ย 1.06 ดังตารางที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t = -13.76, p < 0.001$ ดังตารางที่ 3

2. ระดับความปวดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระดับความปวดเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{x} = 3.00$ และ 2.88) ระดับความปวดในวันที่ 2 อยู่ในระดับความปวดปานกลาง ($\bar{x} = 2.81$ และ 2.75) และระดับความปวดในวันที่ 3 อยู่ในระดับความปวดปานกลางเช่นกัน ($\bar{x} = 2.13$ และ 2.06) ดังตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบระดับความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $t = -0.961, p = 0.344$ ดังตารางที่ 3

3. ระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.75$) ส่วนกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจระดับมาก ($\bar{x} = 3.44$) และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t = -4.044, p < 0.001$ ดังตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุขศึกษาควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวดมีการจัดการความปวดดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุขศึกษาแบบปกติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการให้สุขศึกษา ซึ่งกล่าวไว้ว่า การให้สุขศึกษาโดยการบรรยายเป็นวิธีนิยมใช้ เป็นวิธีสอนที่จัดทำได้ง่ายมีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียนได้ฟัง คิด พิจารณา เข้าใจเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการจดบันทึก ผู้วิจัยเป็นผู้เตรียมเนื้อหาศึกษาความรู้เพิ่มเติมจากตำราหนังสือการศึกษาวิจัย ตลอดจนประสบการณ์การทำงานและแหล่งประโยชน์อื่นๆ เพื่อนำมาบอกเล่าอธิบาย (วิจิตร อวาทะกุล, 2534) การสอนสุขศึกษา

ร่วมกับการใช้หนังสือคู่มือ (Hand book) ซึ่งเป็นสิ่งพิมพ์ทางการศึกษาในการวิจัยได้จัดทำขึ้นในรูปของหนังสือ โดยเขียนเนื้อหาที่กะทัดรัด และมีความสมบูรณ์ในตัวเอง ซึ่งเป็นประโยชน์กับผู้ป่วย ช่วยในการแก้ไขข้อข้องใจเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาต้องการอธิบาย หรือต้องการให้เฉลยปัญหา หรือต้องการหาความรู้บางอย่าง เพื่อให้ได้คำตอบอย่างรวดเร็ว และสามารถทบทวนความรู้ได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองกับความเจ็บปวดได้ดี สอดคล้องกับแนวคิดการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulatory model) ของ Leventhal and Johnson (1983) ที่กล่าวไว้ว่าการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นขณะได้รับการรักษา ช่วยให้บุคคลสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่เหมือนจริง ในทางตรงข้ามถ้าแบบแผนความรู้ความเข้าใจไม่ชัดเจน บุคคลอาจคาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ถูกต้อง เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่รุนแรง และการให้ข้อมูลที่อธิบายถึงรายละเอียด เหตุผลของการเกิดเหตุการณ์ ลำดับเหตุการณ์ ขั้นตอนการดูแลรักษา เวลาที่เกิดและช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์ เช่น ข้อมูลความหมายของความปวด ขั้นตอนการผ่าตัดแบบคร่าวๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความปวด ประเมินอาการปวดด้วยตนเอง และแนวทางการรักษาของแพทย์ที่จะบรรเทาความปวดให้ผู้ป่วยอย่างดีที่สุดโดยวิธีการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จึงลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาก ความ การให้ข้อมูลที่อธิบายความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส สัมผัสกลิ่น เสียง และการมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่างๆ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้นและสาเหตุของการเกิดความรู้สึกนั้นๆ จากเหตุการณ์ที่เผชิญ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับ ชนิด ความรุนแรง ลักษณะ ระยะเวลา และตำแหน่งของความปวดที่สัมพันธ์กับชนิดการผ่าตัด จะมีภาพรวมของความคิด ทำให้มีการรับรู้และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้องชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ และเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ควบคุมปฏิกิริยา

ตอบสนองทางอารมณ์ และเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และข้อมูลการปฏิบัติตน เช่น การประเมินความปวด และการบรรเทาความปวดโดยวิธีการใช้และไม่ใช้ยา เป็นต้น ดังนั้นเมื่อมีเหตุการณ์คุกคามความปลอดภัยในที่นี้คือ ความปวด ทำให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการแก้ไข เพื่อให้เกิดความสบาย และช่วยให้ควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ เมื่อเผชิญเหตุการณ์นั้นๆ ได้ (Leventhal and Johnson, 1983) การให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีเผชิญความปวด โดยใช้คู่มือเป็นสื่อ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ แล้วสร้างแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ จัดเก็บข้อมูลเหล่านี้ไว้ตามประสบการณ์ที่ได้จากข้อมูลเตรียมความพร้อม ทำให้คาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่คาดการณ์ล่วงหน้าอย่างผิดๆ ผู้ป่วยจึงมีความปวดลดลง ส่วนข้อมูลกิจกรรมการรักษายาบาลที่มีผลต่อความปวด ทำให้ผู้ป่วยมีความระมัดระวังและทราบวิธีการจัดการความปวดขณะทำกิจกรรมได้ดีขึ้น ข้อมูลประโยชน์ของการบรรเทาความปวดต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและลดผลกระทบจากความปวด จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ให้ความเอาใจใส่ และตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นต้น (Sjoling et al., 2003) การให้ข้อมูลดังกล่าวนอกจากจะช่วยให้การบรรเทาความปวดมีประสิทธิภาพแล้วยังช่วยลดความเครียด ความกังวล เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริง (Smeltzer and Bare, 2000) และส่งผลให้อาการที่สัมพันธ์กับอาการปวดอันได้แก่อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับลดลงด้วย (Lenz et al., 1997) ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของอุรวาดิ เจริญไชย (2541) ที่ทำการศึกษาลงของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำ สิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวล ความรู้สึกเจ็บปวด พฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บปวดด้านสีหน้า น้ำเสียง การเคลื่อนไหว และการมีปฏิสัมพันธ์และความทุกข์ทรมาน น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม สอดคล้องกับ Bostrom และคณะ (1997) การจัดการความปวดที่มีคุณภาพจะต้องมีการแก้ไขอย่างเร่งด่วนในเรื่องของความรู้และแนวทางการรักษาพยาบาลเพื่อเป็นการประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม

ในด้านความเจ็บปวดผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุศึกษาควบคุมกับคู่มือการจัดการความปวดมีระดับความปวดไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุศึกษาแบบปกติ ซึ่งสอดคล้องกับเกดสินี สมศรี (2547) ระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดขณะมีกิจกรรมการทำกายภาพบำบัด ของกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนร่วมกับดนตรี กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม หลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก จะได้เริ่มการฟื้นฟูร่างกาย โดยนักกายภาพบำบัดจะสอนท่าการฟื้นฟูร่างกาย และให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตาม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น เนื่องจาก หลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความปวดรุนแรงที่สุด (สุกัญญา พทวิ, 2541; Mueller et al., 2000) และเป็นช่วงเวลาผู้ป่วยไม่สุขสบายรวมทั้งมีความทุกข์ทรมานมากที่สุด ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยยังมีท่อระบายหรือสายสวนคาต่างๆ อยู่ตามร่างกาย ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายได้ไม่สะดวก และยังความรู้สึกปวดแผลร่วมกับอาการอ่อนเพลีย เป็นต้น (พรธณี ไพศาลทักษิณ, 2540; นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2542) ส่วนหลังผ่าตัดวันที่ 3 เป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการถอดสายระบาย และสายสวนคาต่างๆ ออกจากร่างกาย แต่จะเริ่มกระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การเดิน การออกกำลังกาย ตามความเหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะมีแผลที่ขา เนื่องจากผู้ป่วยจะฉีกแผลที่ขาและหลอดเลือดที่ขาทำให้เกิดเป็นทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้มีอาการปวดขา บริเวณต้นขา หรือข้อ (Yorke, Wallis and Mclean, 2004) ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย และการมีกิจกรรมก็ยิ่งไปเพิ่มให้อาการปวดมากขึ้น ในทิศทางเดียวกันความปวดเองก็มีผลรบกวนต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ไปรบกวนสภาวะอารมณ์ และการนอนหลับตามลำดับ โดยการรบกวนอยู่ที่ระดับปานกลางถึงรุนแรง (Watt-Watson et al, 2004) ถึงแม้ว่าในวันหลังการผ่าตัด วันที่ 1, 2 และ 3 ระดับความเจ็บปวดกลุ่มที่ให้สุศึกษาควบคุมกับคู่มือการจัดการความปวดก่อนผ่าตัด จะแตกต่างกันกับกลุ่มที่ดูวีดิทัศน์การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดตามปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามหากดูจากระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มที่ได้รับสุศึกษาควบคุมกับคู่มือการจัดการ

ความปวดก่อนผ่าตัด มีคะแนนความปวดลดลง แต่อยู่ในช่วงระดับความปวดไม่แตกต่างกัน ซึ่งการให้สุศึกษาเพื่อการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดหัวใจ ก็ยังให้ผลในการบำบัดหรือบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการดูวีดิทัศน์อย่างเดียว แต่จากผลการวิจัย การให้สุศึกษาควบคุมกับการแจกคู่มือก่อนผ่าตัดเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะสามารถลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวด หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยควรได้รับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดเพิ่มเติมเข้าไป ซึ่งสอดคล้องกับ ทิศากร สุทธิประภา (2556) ศึกษาระดับความปวดของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงแรกขณะทำกิจกรรมลูกนั่งของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือเพิ่มกิจกรรมที่จะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความ เช่น การนวดกดจุด สอดคล้องกับ สุภาทิพ เกษตรลักษณ์ (2548) ที่ศึกษาโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มอาการไม่สบายจากการประเมินหลังการผ่าตัดวันที่ 2 วันที่ 3 และวันที่ 4 และผลรวมจากการประเมินหลังการผ่าตัดทั้ง 3 ครั้ง ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติทั้งคะแนนกลุ่มอาการไม่สบายรวม 3 มิติ และเมื่อแยกเป็นมิติด้านความรุนแรง ด้านเวลาและด้านความทุกข์ทรมาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในด้านความพึงพอใจอาจเนื่องมาจากการให้ผู้ป่วยดูวีดิทัศน์เพียงอย่างเดียว ยังไม่มีการให้ข้อมูลในเรื่องของความปวด การจัดการความปวด มีเพียงการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด อีกทั้งยังไม่มีพยาบาลที่คอยให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลก่อนผ่าตัดแบบปกติมีความพึงพอใจน้อยกว่า ตรงกับแนวคิด ความพึงพอใจคือความรู้สึกในทางบวกหรือความรู้สึกที่ดีของผู้ป่วยต่อการได้รับการจัดการความปวดจากทีมผู้ดูแล (Lovatsis et al., 2007) และความพึงพอใจ ยังเป็นดัชนีตัวหนึ่งในการประเมินคุณภาพของกระบวนการดูแลสุขภาพที่สำคัญ ส่งเสริมให้เกิดการ

พัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด จึงเป็นดัชนีชี้ให้เห็นถึงคุณภาพของการจัดการความปวดได้ด้วย (Auquier et al., 2005)

ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด เช่น การได้รับการจัดการความปวดจนสามารถบรรเทาความปวดได้ (Jensen et al., 2005) ผลสำเร็จของยาบรรเทาความปวด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวด ทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมดูแลสุขภาพกับผู้ป่วย (Carlson et al., 2003; Macintyre and Schug, 2007) ดังนั้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดกลุ่มที่ได้รับได้รับสุขศึกษาควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวดก่อนผ่าตัด จึงมีการจัดการความปวด และมีระดับความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ผู้ป่วยดูวิดีโอที่ค้นเพียงอย่างเดียว อันเนื่องมาจากผู้ป่วย รู้สึกว่าได้รับความใส่ใจจากทีมสุขภาพที่ดูแล และเมื่อเกิดความไม่เข้าใจสามารถสอบถามได้ทันที ทำให้คลายความกังวล ความกลัว และอุ่นใจเมื่อเข้ารับการรักษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ จีรพร อินนอก (2551) ที่สรุปว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุขศึกษาควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวดมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุขศึกษาแบบปกติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของจรรยา หมื่นรังสี (2554) ที่สรุปว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 97.50 มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในระดับสูง ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 77.05 ของกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก แสดงความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในระดับสูง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรทดลองศึกษาประสิทธิภาพการให้ข้อมูลการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกาย เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการทดลองไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างกว้างขวางและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยทำนองเดียวกันนี้ โดยศึกษาถึงผลดีจากการบรรเทาความปวด ระดับความวิตกกังวลภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อค้นหาว่าที่ปัจจัยใดบ้างที่อาจจะมีผลกระทบต่อการปวดแผลผ่าตัด
3. ควรทำการศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกันนี้ในโรงพยาบาลอื่นๆ และใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปสรุปอ้างอิงถึงผลการวิจัยให้มากขึ้น
4. ควรทำการศึกษาวิจัยโดยเพิ่มกิจกรรมการบรรเทาความเจ็บปวด เช่น ฟังเพลง นวดกดจุดมือ - ฝ่าเท้า หรือการคิดค้นนวัตกรรมที่จะช่วยลดอาการปวดแผลหน้าอกขณะเคลื่อนไหว เพื่อให้ผู้ป่วยได้บรรเทาความเจ็บปวดจากการผ่าตัดหัวใจนั่นเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี รวมถึงแผนกหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก แผนกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและดำเนินงานวิจัยให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

- เกศินี สมศรี. (2547). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เกศินี รัตนมณี. (2549). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อระดับความเจ็บปวดขณะมีกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยา หมั่นรังสี. (2554). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจของผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ศัลยกรรมทรวงอกหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. การศึกษาค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จีรพร อินนอก. (2551). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ทิศาร สุทธิประภา. (2556). ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อความปวดขณะทำกิจกรรมลูกนั่งของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายใน 48 ชั่วโมงแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณี ไทศาลทักษิณ. (2540). ความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2542). รายงานการวิจัยเรื่องความทุกข์ทรมานของผู้ใหญ่หลังผ่าตัดใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แนวดาว คำเขียว. (2551). ผลของดนตรีต่อการลดปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจของผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจทรวงอกและหลอดเลือดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. การศึกษาค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตร อารวกุล. (2534). การประชาสัมพันธ์หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี, โรงพยาบาล. สถิติผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจทรวงอกและหลอดเลือดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจทรวงอกและหลอดเลือด (2551-2555). อุบลราชธานี: โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี.
- สุดกัญญา พัทที. (2541). ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุราทิพ เกษตรลักษณ์. (2548). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบาย ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณดี เจริญไชย. (2541). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวลความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Auquier, P. et al. (2005). Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology*. 6: 1116-1123.
- Ali, I. M., El-shanafi, S., Kinley, E. C., and Clark, V. (2000). Subtotal median sternotomy for heart surgery. *European journal of cardiothoracic surgery*. 17: 255-258.
- Ashburn, M. A. and Ready, B. (2001). Postoperative pain. In J. D. Loeser, S. H. Butler, C. R. Chapman, & D.C. Turk (Eds.), *Bonica's management of pain*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bostrom, B., Sandh, M., Lundberg, D., and Fridlund, B. (2004). patient's experiences of care related to pain management before and after palliative care referral. *European Journal of Cancer Care*. 13: 238-245.
- Carlson, J., and others. (2003). Is patient satisfaction a legitimate outcome of pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*. 25: 264-275.
- Farhat, F., Lu, Z., Lefevre, M., Montagna, P., Mikaeloff, P., and Jegaden, O. (2003). Prospective comparison between total sternotomy and ministernotomy for aortic valve replacement. *Journal of cardiac surgery* 18: 396-401.

- Jensen, M. P. et al. (2005). The meaning of pain relief in a clinical trial. *The Journal of Pain*. 6: 400-406.
- Lamarche,D.,Taddeo,R. and Pepler,C. (1998). The preparation of patients for cardiac surgery. *Clinical Nursing Research*. 7: 390-405.
- Lovatsis, D., Jose, J. B., Tufman, A., Drutz, H. P., & Murphy, K. M. (2007). Assessment of patient satisfaction with postoperative pain management after ambulatory gynecologic laparoscopy. *Journal Obstetrics Gynecology Canada*. 29,8: 664-667.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A. G., and Suppe. (1997). The middle range theory of unpleasant symptoms: an update. *Advances in Nursing Science*. 17,3: 1-13.
- Leventhal, H., and Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experiment of a theory of self-regulation. In *Behavioral Science and Nursing Theory*. Wooldridge ,P.T., et al. (eds), St. Louis: The C.V. Mosby Co, pp.189-282.
- Macintyre, P. E.,and Schug. (2007) "Safety and efficacy of patient-controlled analgesia," *British Journal of Anaesthesia*. 87,1: 36-46.
- Milgrom, L. B., Brooks, J. A., Qi, R., Bunnell, K., Wuestefeld, S., & Beckman, D. (2004). "Painlevels experienced with activities after cardiac surgery," *American Journal of Critical Care*. 13: 116-125.
- Miller, K. M. and Perry, P. A. (1990) Relaxation technique and postoperative pain in patient undergoing cardiac surgery. *Heart & Lung*. 19: 136-146.
- Mueller, X. M. et al. (2000). Impact of duration of chest tube drainage on pain after cardiac surgery. *European journal of cardio-thoracic surgery*. 18: 570-574.
- Sjoling, M. et al. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*. 51: 69-176.
- Smeltzer, S.C. and Bare, B. G. (Eds.). (2004). Pain management. *Medical-surgical nursing*.10thed. Philadelphia: Lippincott. 216-245.
- Tack BB, Gilliss CL. (1992). Nurse-monitored cardiac recovery: A description of the first 8 weeks. *Heart and Lung* 1990. 19: 491-499.
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkel, P., Streiner, D., & Gallop, R. (2001). Relationship between nurse, pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing*. 36,4: 535-545.
- Yorke, J., Wallis, M., and Mclean, B. (2004). Patients' perceptions of pain management after cardiac surgery in an Australian critical care unit. *Heart & Lung*. 33,1.



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของวิธีการปฏิบัติเพื่อการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายละเอียดของการปฏิบัติกิจกรรม	กลุ่มควบคุม(n = 16)		กลุ่มทดลอง(n = 16)	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S
1. ขอยาแก้ปวดจากพยาบาลทันทีเมื่อรู้สึกปวด	0.00	0.00	1.06	0.25
2. มีกฝอนคลาย โดยการหายใจลึกๆ ยาวๆ อย่างสม่ำเสมอ	1.19	0.40	2.00	0.00
3. ใช้ผ้าหรือหมอนประคองบริเวณแผลผ่าตัดทรวงอก ระหว่างการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือ การบริหารการหายใจ	1.19	0.40	2.00	0.00
4. มีการเปลี่ยนแปลงท่าที่ถูกต้อง เช่น ใช้วิธีการตะแคงตัวในการลุกนั่งหรือนอน	1.06	0.44	2.00	0.00
5. นวดคลึงเบาๆ บริเวณที่ไม่มีแผลหรือสายน้ำเกลือ	0.13	0.50	1.00	0.00
6. อ่านหนังสือ / ฟังเพลง / ดูโทรทัศน์ / พูดคุยกับคนอื่น	0.88	0.50	1.94	0.25
7. นึกถึงสิ่งที่ทำให้มีความสุขหรือความสบายใจ	1.00	0.00	1.94	0.25
8. ทำสมาธิ / ภาวนาการบริหารการหายใจ	1.00	0.51	1.44	0.51

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนความปวดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด และผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนความปวดของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

วันที่	จำนวน	\bar{x}	S	t	p-value
วันที่ 1 หลังผ่าตัด					
กลุ่มควบคุม	16	3.00	0.00	1.46	0.164
กลุ่มทดลอง	16	2.88	0.34		
วันที่ 2 หลังผ่าตัด					
กลุ่มควบคุม	16	2.81	0.40	0.42	0.681
กลุ่มทดลอง	16	2.75	0.45		
วันที่ 3 หลังผ่าตัด					
กลุ่มควบคุม	16	2.13	0.50	0.45	0.658
กลุ่มทดลอง	16	2.06	0.25		

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความปวดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

หัวข้อเปรียบเทียบ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t	p-value
	\bar{x}	S	\bar{x}	S			
ระดับความปวด	6.52	1.01	6.79	0.48	30	-0.961	0.344
ผลของวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความปวด	0.75	0.25	1.67	0.75	30	-13.76	<0.001
ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด	2.75	0.45	3.44	0.51	30	-4.044	<0.001