

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดเปิดช่องท้องเป็นการผ่าตัดที่พบได้บ่อยในหน่วยงานศัลยกรรม เนื่องจาก ตำแหน่งช่องท้อง เป็นตำแหน่งที่มีอวัยวะต่างๆ เช่น กระเพาะอาหาร ตับ ตับอ่อน ท่อน้ำดี ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ เป็นต้น ซึ่งการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องสามารถเกิดขึ้นได้ ทุกเพศ ทุกวัย ทำให้อุบัติการณ์การผ่าตัดมากขึ้น รวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุ หรือการได้รับบาดเจ็บของช่องท้อง ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน จากสถิติการผ่าตัดของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคใต้ พบว่าอัตราการผ่าตัดเกี่ยวกับช่องท้องทั้งแบบฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี 2545-2549 มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ดังนี้ 3,468, 3,296, 3,554, 3,664 และ 3,786 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี) ซึ่งพบว่าร้อยละ 80 เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินโดยส่วนใหญ่ เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ลำไส้อุดตัน ไส้เลื่อน หรือการผ่าตัดที่เกิดจากอุบัติเหตุ

การผ่าตัดเปิดทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน เป็นการผ่าตัดที่เร่งด่วนกระทำเมื่อผู้ป่วยมีอันตรายเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือความพิการ เพื่อป้องกันการสูญเสียชีวิตและลดการเกิดความพิการ โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน มักไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจที่จะรับการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดภายหลังจากวินิจฉัยจากแพทย์ก่อนได้รับการผ่าตัดเพียง 24 ชั่วโมง (DeNoon, 2003; Smith, 2003) ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากไม่เข้าใจเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย และการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยกลัวในสิ่งที่ต้องเผชิญในระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด กลัวความล้มเหลวหรือความไม่ประสพผลสำเร็จในการผ่าตัด กลัวการดมยาสลบ กลัวความพิการ กลัวตาย กลัวการพลัดพรากจากครอบครัวหรือบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวดในระยะหลังผ่าตัดรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อม (Caldwell, 1991; Cupples, 1991; DeLong, 1992) นอกจากนี้ Chapman (1985) พบว่า ช่วงก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดความสับสน เครียด วิตกกังวล กลัวความไม่มั่นคงต่อชีวิต กลัวการถูกแยกจาก โดยมีสาเหตุมาจากความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวในสิ่งที่ต้องเผชิญระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ทำให้มีผลกระทบต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยา และมีการรับรู้เกี่ยวกับความปวดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อม การพยาบาลในระยะนี้จึงเป็นการเตรียมตัวผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ พยาบาลต้องมีการประเมินและดูแลให้

ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองของความต้องการ โดยดูแลให้คำแนะนำหรือความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดที่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยในขณะนี้ไม่มีสมาชิกที่จะรับฟังข้อมูล และจดจำข้อมูลต่างๆ มากนัก ดังนั้นการให้ข้อมูลบางประเภท เช่น วิธีการจัดการความปวด ทักษะการจัดการความปวด เป็นต้น ควรให้ในระยะหลังผ่าตัดไปแล้ว (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535)

ความปวด เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์และความรู้สึกไม่สุขสบายเกี่ยวข้องกับภาวะเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย และเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ (Smeltzer และ Bare, 2000 อ้างถึงใน นवलสกุล แก้วฉาย, 2545: 1) โดยเฉพาะความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลันที่เกิดภายหลังเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ Good (1999) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยจำนวน 80 คน พบว่าประมาณ ร้อยละ 86 รายงานความปวดค่อนข้างสูงหรือสูงมากในวันแรกหลังผ่าตัด ร้อยละ 21 ผู้ป่วยมีความปวดมากและปวดจนทนไม่ไหว และเกือบร้อยละ 60 ของผู้ป่วยรายงานว่าความปวดทำให้รู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่สบาย ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของ Ashburn และคณะ (2001) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 80 รับรู้ความปวดในระยะหลังผ่าตัดในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลันและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัดพบว่า ความปวดจะมีความรุนแรงมาก ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เพียงพอในระยะนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (พงษ์ภรดี เจาตะเกษตริน, 2539; Good, 1999: 152; Ashburn และคณะ, 2001; Rahman และ Beattie, 2005: 145) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายภายหลังการผ่าตัดมักมีอุปกรณ์ต่างๆ ติดตัว เช่น ท่อระบายจากแผลผ่าตัด การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายจุก ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วย เนื่องจากมีการดึงรั้งขณะเคลื่อนไหวร่างกาย (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2542: 176) ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย หายใจเบาตื่น ไม่กล้าไอ ส่งผลให้การระบายอากาศลดลงมีการคั่งค้างของเสมหะเกิดภาวะถุงลมปอดแฟบเกิดการติดเชื้อ (Balfor, 1989: 28) และยังเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ได้แก่ การเกิดลิ้มเลือดอุดตัน ระบบทางเดินอาหารทำงานไม่ปกติ มีภาวะท้องอืด การนอนหลับถูกรบกวน และพักผ่อนได้น้อย ส่งผลให้เกิดความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งในภาวะนี้ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์และแคทีโคลามีนเพิ่มขึ้น โดยฮอร์โมนมีผลต่อการยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน ยับยั้งการสร้างและสะสมพลังงาน บั่นทอนความสามารถในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอ และกระบวนการหายของแผล กดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งเพิ่มภาวะการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดมากขึ้น หรืออาจเป็นสาเหตุให้ความปวดกลายเป็นความปวดชนิดเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษา และกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้ช้า

ลง (ประสงค์ คุณทรงเกียรติ, 2534: 1-2; Bray, 1986: 674; Copp, 1984; Rahman และ Beattie, 2005: 145)

ความปวดที่รุนแรงในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน มีผลมาจาก ปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความปวด เนื่องจากการผ่าตัดเปิดช่องท้อง เป็นความปวดที่เกิดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายขณะผ่าตัดจาก ศัลยแพทย์ โดยให้มีดกรีดผ่านผิวหนังและเนื้อเยื่อต่างๆ เป็นผลให้ปลายประสาทรับความรู้สึกปวดที่ผิวหนัง หลอดเลือด เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เนื้อเยื่อพังผืด และกล้ามเนื้อถูกกระตุ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อซึ่งได้รับภัยอันตรายจะปล่อยสารเคมีต่างๆออกมา เช่น โพรสตาแกลนดินอีทู ออกมาทำให้ กระแสประสาทรับความรู้สึกปวดถูกกระตุ้น ส่งเสริมให้มีความปวดเพิ่มมากขึ้น (Coda และ Bonica, 2001; Cousins และ Power, 1999) นอกจากนี้ยังมีการหลั่งสารเคมีอื่นๆ เช่น ฮีสตามีน แรตตีโคนิน ออกมา ทำให้หลอดเลือดบริเวณที่ได้รับภัยอันตรายมีการขยายตัว เป็นผลให้มีการคั่งของเลือดบริเวณนั้น และเพิ่มความสามารถในการซึมผ่านของสารเหลวในหลอดเลือดฝอย ทำให้บริเวณแผลผ่าตัดมีอาการบวม และกดปลายประสาทรับความรู้สึกปวด ผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกปวด บริเวณแผลผ่าตัดมากขึ้น (นันทา เลิกสวัสดิ์, 2542: 55-56; Boss, 1992: 1498; Heffline, 1990: 321-322; Migneault และคณะ, 2004) ปัจจัยทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความปวดที่รุนแรงมากขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความเครียด กลัว หรือวิตกกังวล จะเกิดความรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจจากการที่ไม่สามารถควบคุมความปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้น (Kurth, 1991; Walding, 1991) ส่งผลต่อการทำงานในระบบควบคุมส่วนกลางในส่วนของการกระตุ้นเร้าอารมณ์ ทำให้ขีดเริ่มความปวด และความทนต่อความปวดลดลง (สุพร, 2528) ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม พบว่าการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกตัวออกจากสังคม ครอบครัว และเพื่อนสนิท ร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้เกิดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายก่อให้เกิดความเครียดส่งผลต่อการรับรู้ความปวดมากขึ้น (Gilchrist และ Wright, 1992) ส่วนปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม มีผลต่อความปวดเป็นอย่างมาก เนื่องจากจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี หรืออาจส่งเสริมให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นก็ได้ สิ่งแวดล้อมที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัว และอดทนต่อสิ่งเร้าได้มากขึ้น ส่วนสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความเครียด ทำให้บุคคลต้องใช้พลังงานมากขึ้น พลังงานสำรองลดลง ความสามารถในการใช้กลไกการปรับตัวลดลง ฉะนั้น ความอดทนต่อความปวดก็จะลดลงด้วย และการรับรู้ต่อความปวดก็จะเพิ่มขึ้น (Ulrich, 1984: 420-421) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพภายในห้องที่ไม่เหมือนบ้าน การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นที่ไม่คุ้นเคย และมีสิ่งรบกวนความสบาย เช่น เสียงที่ดังรบกวน อากาศร้อนอบอ้าว กลิ่นที่รบกวนของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล และรับรู้ความ

ปวดมากขึ้น

จากการศึกษาข้างต้น เห็นได้ว่าความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน มีความรุนแรงมากกว่า การผ่าตัดที่ได้รับการเตรียมความพร้อม ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้ได้รับความสุขสบายนับว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวด สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่เหมาะสมและถูกต้อง ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่าย (Herry และ Mobily, 1999; Close, 1988; Marie, 2006: 9) ซึ่งการจัดการความปวดเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา และเป็นบุคคลแรกในทีมสุขภาพที่รับทราบเกี่ยวกับความปวดหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

วิธีการจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัด สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 วิธีใหญ่ๆ ได้แก่ การจัดการความปวดด้วยยา (pharmacological pain management) และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological pain management) (วรินี เล็กประเสริฐ, 2544; Curtis, Kolotylo, และ Broom, 1998; Herr และ Mobily, 1999; Smeltzer และ Bare, 2000; Wilkie, 2000) สำหรับวิธีการจัดการความปวดด้วยยา แม้จะไม่ใช่บทบาทอิสระของพยาบาล แต่พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาความปวดชนิดต่างๆ ที่แพทย์นำมาใช้ในการบำบัดความปวดในระยะหลังผ่าตัด รวมถึงผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อที่จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ในการให้ยาบรรเทาความปวดตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ และเพียงพอในการจัดการกับความปวด รวมทั้งปราศจากภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้รวมถึงบทบาทในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับแผนการรักษา โดยใช้ยาบรรเทาความปวดของแพทย์

วิธีการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นวิธีการที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการระงับปวดด้วยยา และช่วยลดขนาดการใช้ยาบรรเทาปวดลง (Sloman, 1995; Syrjala, Cumming และ Donaldson, 1992; Syrjala, Donaldson, Davis, Kippes, และ Carr, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการแบ่งวิธีการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยาไว้เป็น 3 หมวดใหญ่ๆ ได้แก่ วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย (physical-interventions) เช่น การนวด การกระตุ้นปลายประสาทด้วยเครื่องไฟฟ้าผ่านผิวหนัง และการจัดทำ เป็นต้น วิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ (cognitive-behavioral interventions) เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจในรูปแบบต่างๆ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การให้ข้อมูล และฝึกปฏิบัติตัว เป็นต้น และการใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การสอนร่วมกับการสัมผัส การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เป็นต้น ซึ่งพบว่าสามารถลดความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ มีรายงานการวิจัยสนับสนุนว่า ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ไม่ได้รับการจัดการกับความปวดที่เพียงพอ ทำให้

เกิดความปวดแบบเรื้อรังตามมา ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากยิ่งขึ้น (จำเริญ สุทธิพัฒน, 2530; Acute pain Management Guideline Panel, 1992: 3; Weiner, 2001: 1) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Adams (2005) พบว่าการจัดการกับความปวดในระยะหลังผ่าตัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว สามารถลดความปวดภายหลังการผ่าตัด ได้เพียงร้อยละ 40 และการใช้ยาระงับปวดในปริมาณมาก ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ ง่วงซึม สูงถึงร้อยละ 61–75 (Good และคณะ, 2001: 208; Laurion et al, 2003: 254; Adams, 2005: 4) ดังนั้นแนวทางในการจัดการความปวดควรเน้นหลายวิธีร่วมกัน (multimodality - approach) คือ การใช้เทคนิคการระงับปวดมากกว่าหนึ่งชนิด เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนว่าการจัดการความปวดโดยผสมผสานวิธีการบำบัดทางการพยาบาล มีประสิทธิภาพดีกว่าการจัดการความปวดด้วยยาเพียงอย่างเดียว และการผสมผสานวิธีการบำบัดทางการพยาบาลไม่มีผลข้างเคียงใดๆ (Ready, Ashburn, และ Caplan, 1995) นอกจากนี้ วิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา ถือเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำได้ภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ และเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม (ทัศนยา บุญทอง, 2531) ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการให้ข้อมูลและการฟังดนตรีในการจัดการความปวด เพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การให้ข้อมูล เป็นการจัดการความปวดที่อาศัยกระบวนการคิด และการกระทำที่เน้นให้บุคคลสามารถเผชิญกับประสบการณ์ความปวด และช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น (Herry และ Mobily, 1999) ช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด จึงมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูล เช่น อรวาดิ เจริญไชย (2541) ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวด พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความปวด และพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ อุบล จวงพานิช และคณะ (2538) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิบัติการตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีความรู้สึกความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม อย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูล พบว่าส่งผลต่อการลดความปวดหลังการผ่าตัดได้จริง แต่ยังไม่มียางานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินอย่างจริงจัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการศึกษาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะมีประโยชน์เป็นอย่างยิ่ง

การฟังดนตรี เป็นการจัดการความปวดอีกวิธีหนึ่งที่จัดอยู่ในใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อช่วยในการลดการรับรู้ความปวด และเพิ่มความอดทนต่อความปวด โดยการฟังดนตรีเป็นวิธีการจัดการความปวดที่สะดวกและง่ายแก่การใช้ ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ได้

เองตามความพอใจ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จากการฟังดนตรี ได้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับดนตรีต่อความปวดหลายการศึกษา เช่น Mullulawin และคณะ (1988) ศึกษาผลของดนตรีต่อการลดความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผลการศึกษาพบว่า ระดับความปวดของกลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังดนตรีน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ ดวงดาว ดุลยธรรม (2544) ทำการศึกษาในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดต้อกระจก ผลการศึกษาพบว่าระดับความปวดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน Good และคณะ (2004) ศึกษาการใช้ดนตรีที่ผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวล และความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะนั่งพักในเก้าอี้ ผลการทดลองพบว่า การใช้ดนตรีที่ทำให้ผ่อนคลายและความทุกข์ทรมานจากความปวดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทำการทดลอง

จากการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูง ส่งผลให้ระดับความปวดหลังผ่าตัดสูงด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดที่เกิดขึ้น โดยมีการประยุกต์ใช้การบำบัดทางการพยาบาลร่วมกับการให้การพยาบาลตามปกติ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการความปวด มีการประยุกต์การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และการนำดนตรีมาใช้ร่วมด้วย ซึ่งเป็นแนวทางในการส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการรักษาของแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี น่าจะมีความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความปวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งกล่าวว่า อาการ หรืออาการแสดง เป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และรบกวนการทำงานประจำวัน โดย Dodd และคณะ (2001) มีแนวคิดว่า การ

จัดการอาการต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นพร้อมๆกัน และการจัดการอาการ เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากการจัดการความปวดจะมีประสิทธิภาพดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถนำแนวทางการจัดการความปวดมาประยุกต์ใช้ได้ อย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลบรรลุเป้าหมาย โดยใช้มุมมองเกี่ยวกับทั้ง 3 องค์ประกอบในแบบจำลอง ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย (Symptom Experience) กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom Management Strategies) ผลลัพธ์จากอาการ (Symptom-Outcome)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี ต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ต้องอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยโปรแกรมนี้พัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการฟังดนตรี ซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานมาใช้ในการจัดการความปวดที่เกิดขึ้น

การจัดการความปวดโดยการฟังดนตรี โดยดนตรีทำหน้าที่ปรับเปลี่ยนอารมณ์และ ความรู้สึก การรับรู้ จดจำ ทำให้เกิดความสนใจ มีสมาธิ เพลิดเพลิน และส่งผลสัญญาณประสาทลง มาที่ระบบลำเอียงส่วนกลาง คือ เรติคูลาฟอร์มเมชัน เพื่อปรับเปลี่ยนสัญญาณประสาทนำเข้าไป รับรู้สัญญาณประสาทจากดนตรี มากกว่าสัญญาณประสาทจากความปวด มีผลให้การส่ง สัญญาณประสาทจากความปวดไปยังระบบควบคุมส่วนกลางลดลง และทำให้สัญญาณประสาทจากระบบควบคุมส่วนกลางไม่สามารถส่งกระแสประสาทไปยังไขสันหลังบริเวณเอสจี ทำให้ไม่มีการส่งสัญญาณประสาทความปวดไปยังสมอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่เรียกว่าประตูปิด (Henry, 1995) นอกจากนี้ การฟังดนตรีมีผลต่อกลไกการควบคุมความปวดภายในร่างกาย โดยการ กระตุ้นต่อมใต้สมอง ให้หลั่งสารเอนโดฟินส์ที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินออกมา เกิดสัญญาณ ประสาทนำลงจากทาลามัสและคอร์เทกซ์ เพื่อควบคุมความปวดภายในระดับไขสันหลัง ด้วยการ หลั่งเอนเคฟาลิน การทำหน้าที่ของสารเหล่านี้ จะให้ผลควบคุมความปวดโดยการกระตุ้นให้เอน เคฟาลินไปจับกับโอพิเอทที่อยู่บนปลายประสาทรับความรู้สึกปวดตัวแรก เกิดการยับยั้งการหลั่ง การสื่อประสาทหรือสารพี เมื่อไม่มีสารสื่อประสาทจึงไม่เกิดการประสานความปวดขึ้น เรียกว่า ประตูปิด จึงไม่มีการถ่ายประสาทความปวดไปยังสมองผู้ป่วย จึงรับรู้ความปวดลดลง (Meinhart และ McCaffery, 1983; ศิริชัย เอกสันตวิวงศ์, 2535 อ้างถึงใน เอมอร ดุลยโกศาธร, 2543) ด้วย เหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย

ผู้วิจัยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารรู้เรื่อง ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความปวด โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง จากนั้นประเมินโดยการประเมินความรู้ และความต้องการความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด แนวทางการรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบจากความปวด รวมทั้งการฟังดนตรีเพื่อลดปวดจากผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูล

ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ประกอบกับคู่มือ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยให้ข้อมูลตามการประเมินความต้องการของผู้ป่วย และประเมินในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบเพื่อปรับการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาครอบคลุมรายละเอียดดังนี้ ความหมายของความปวด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดให้รุนแรงมากขึ้น ผลกระทบของความปวด การจัดการความปวด (มีรายละเอียดดังนี้ คือ การรายงานความปวด การขอความช่วยเหลือ การให้ยาระงับปวด และวิธีการลดความปวดโดยไม่ใช้ยา) ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรีเพื่อลดปวดและวิธีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความปวด ดังนี้

การจัดการความปวดโดยพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการความปวดด้วยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากขึ้น การประเมินระดับความปวดร่วมกับการรายงานจากผู้ป่วย (self-report) ดูแลให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา และติดตามผลการรักษาหลังให้ยาระงับปวด ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา บันทึกปริมาณ เวลาในการให้ยาระงับปวดอย่างสม่ำเสมอ และเป็นระบบแบบแผน ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความปวด เช่น ทักษะการหายใจ การจัดท่านอนผู้ป่วย การฝึกสมาธิ เป็นต้น

การจัดการความปวดโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยวิธีการฟังดนตรี ซึ่งเป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจที่ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ได้ตลอดเวลา มีขั้นตอนดังนี้ คือ ให้ผู้ป่วยเลือกฟังดนตรีที่ชอบ โดยการให้ผู้ป่วยทดลองฟังจากเทปเพลงจำนวน 4 ชุด อธิบายวิธีการฟังดนตรี ดังนี้ ให้ผู้ป่วยฟังดนตรีอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อวัน ซึ่งใช้เวลาในการฟังดนตรีอย่างน้อย 30 นาที ต่อครั้ง

และระหว่างวันผู้ป่วยสามารถฟังเพลงได้ตามความต้องการ โดยเลือกเพลงชุดไหนก็ได้ และสามารถฟังได้ตั้งแต่เริ่มมีความปวดเล็กน้อย โดยการฟังผ่านหูฟังเพื่อลดการรบกวนจากสิ่งแวดล้อม คุณแล้จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายที่สุด และมีความปวดน้อยที่สุด เมื่อฟังดนตรีเสร็จ ให้ออนพัก 10 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ประเมินผลของโปรแกรม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับ จากการนำความรู้เรื่องการจัดการความปวดว่าได้ผลอย่างไร เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย รวมทั้งประเมินผลจากการฟังดนตรีต่อการลด ความปวด ประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวด

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด ร่วมกับการฟังดนตรีจะมีความปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการ จัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรีจะมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนการทดลองและหลังการ ทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความปวดใน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 40 ราย

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี

ตัวแปรตาม คือ ความปวด

คำจำกัดความในการวิจัย

ความปวด หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้น เมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลาย เกิดความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย และจิตอารมณ์ ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมความปวด และความรู้สึกที่บุคคลนั้นบอกว่ามีความปวด ถ่ายทอดโดยการพูด การแสดงพฤติกรรม ซึ่งขึ้นกับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล โดยประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale; NRS) กำหนดระดับความปวด ตั้งแต่ 0-10 และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0, 5, 10 (0 หมายถึง ไม่มี ความปวดเลย 5 หมายถึง ปวดปานกลาง และ 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด)

โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย

โดยผู้วิจัยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารรู้เรื่อง มีการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความปวด โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวด ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง จากนั้นประเมินโดยการประเมินความรู้และความต้องการความรู้ เกี่ยวกับการจัดการความปวด แนวทางการรักษาที่ได้รับ สาเหตุ และผลกระทบจากความปวด รวมทั้งการฟังดนตรีเพื่อลดปวด จากผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูล

ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ประกอบกับคู่มือ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยให้ข้อมูลตามการประเมินความต้องการของผู้ป่วย และประเมินในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบเพื่อปรับการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาครอบคลุมรายละเอียดดังนี้ ความหมายของความปวด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดให้รุนแรงมากขึ้น ผลกระทบของความปวด การจัดการความปวด (มีรายละเอียดดังนี้ คือ การรายงานความปวด การขอความช่วยเหลือ การใช้ยาระงับปวด และวิธีการลดความปวดโดยไม่ใช้ยา) ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรีเพื่อลดปวดและวิธีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความปวด

การจัดการความปวดโดยพยาบาล ในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการความปวดด้วยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากขึ้น การประเมินระดับความปวดร่วมกับการรายงานจากผู้ป่วย (self-report) ดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา และติดตามผลการรักษาหลังให้ยาบรรเทาปวด ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา บันทึกปริมาณ เวลาในการให้ยาบรรเทาปวดอย่างสม่ำเสมอ และเป็นระบบแบบแผน ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความปวด เช่น ทักษะการหายใจ การจัดทำนอนผู้ป่วย การฝึกสมาธิ เป็นต้น

การจัดการความปวดโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยวิธีการฟังดนตรี ซึ่งเป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจที่ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ได้ตลอดเวลา มีขั้นตอนดังนี้ คือ ให้ผู้ป่วยเลือกฟังดนตรีที่ชอบ โดยการให้ผู้ป่วยทดลองฟังจากเทปเพลง จำนวน 4 ชุด อธิบายวิธีการฟังดนตรี ดังนี้ ให้ผู้ป่วยฟังดนตรี อย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อวัน ซึ่งใช้เวลาในการฟังดนตรีอย่างน้อย 30 นาที ต่อครั้ง และระหว่างวันผู้ป่วยสามารถฟังเพลงได้ตามความต้องการ โดยเลือกเพลงชุดไหนก็ได้ และสามารถฟังได้ตั้งแต่เริ่มมีความปวดเล็กน้อย โดยการฟังผ่านหูฟังเพื่อลดการรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ดูแลจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายที่สุด และมีความปวดน้อยที่สุด เมื่อฟังดนตรีเสร็จ ให้นอนพัก 10 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ประเมินผลของโปรแกรม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับ จากการนำความรู้เรื่องการจัดการความปวดว่าได้ผลอย่างไร เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย รวมทั้งประเมินผลจากการฟังดนตรีต่อการลดความปวด ประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวด

การผ่าตัดเปิดทางช่องทางแบบฉุกเฉิน หมายถึง การผ่าตัดที่เร่งด่วน เป็นการวินิจฉัยจากแพทย์ก่อนได้รับการผ่าตัด 24 ชั่วโมง กระทำเมื่อผู้ป่วยมีอันตรายเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือความพิการ เพื่อป้องกันการสูญเสียชีวิต และลดการเกิดความพิการ โดยผู้ป่วยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย ภายหลังจากทราบการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องเข้ารับการผ่าตัด โดยพยาบาลทำหน้าที่ดูแลเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย และการให้ข้อมูลที่จำเป็นก่อนการผ่าตัด และภายหลังจากการผ่าตัดเปิดช่องทางผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลประจำการ ตามการรักษาของแพทย์ และมาตรฐานการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่

ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ได้แก่ การประเมินความปวด การจัดการความปวด การให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวแบบ Routine ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบทางเดียว ไม่ได้มีการประเมินการรับรู้การมีอาการของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. **ทางด้านการพยาบาล** สามารถนำเอาผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาบทบาท และความสามารถของพยาบาลในการพัฒนาการพยาบาลที่เป็นรูปธรรมและเป็น การปฏิบัติการพยาบาลที่มีการนำความรู้จากการวิจัยรองรับ เพื่อช่วยลดความปวดในผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน และสามารถนำผลการวิจัยประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มีความปวดได้
2. **ทางด้านการศึกษา** สามารถนำเอาผลการวิจัยเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในคลินิก รวมทั้งนักศึกษาพยาบาลให้สามารถให้การพยาบาล เพื่อช่วยเหลือ ผู้ป่วยที่ได้รับความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
3. **ทางด้านการวิจัย** เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า พัฒนาการวิจัยเพื่อค้นหา รูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลอื่นๆ ในการนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย