

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองด้านความสบายตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมดังนี้

1. การผ่าตัดหัวใจ

1.1 ชนิดของการผ่าตัด

1.2 โรคหัวใจที่สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

1.3 ผลกระทบต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองด้านความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2.1 แนวคิดความสบาย

2.2 โครงสร้างของความสบาย

2.3 การประเมินความสบาย

2.4 ความต้องการด้านความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2.5 การได้รับการตอบสนองด้านความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจ

การผ่าตัดหัวใจ (Heart Surgery) เป็นการรักษาโดยหัตถการศัลยกรรมที่มุ่งแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจ หลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจ หรือหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ เพื่อให้ระบบการไหลเวียนโลหิตและการทำงานของหัวใจดีขึ้น (ธิวสา ลีวัธนะ, 2547; ลลิตา นพคุณ, 2547)

ชนิดของการผ่าตัดหัวใจ

การผ่าตัดหัวใจแบ่งออกเป็น 2 ชนิดตามวิธีการผ่าตัด คือ การผ่าตัดหัวใจแบบปิด (Closed Heart Surgery) และการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Opened Heart Surgery)

1. การผ่าตัดหัวใจแบบปิด (Closed Heart Surgery) เป็นการผ่าตัดหัวใจชนิดที่ไม่ต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเข้าช่วย โดยที่ในขณะที่ทำการผ่าตัดอยู่นั้นการไหลเวียนของเลือดผ่านหัวใจและปอดยังเป็นปกติ ซึ่งการผ่าตัดชนิดนี้ส่วนใหญ่จะทำภายนอกหัวใจ เช่น การขยายหรือถ่างลิ้นหัวใจ การตัดหรือเย็บผูกพี ดี เอ (อัจฉรา เศรษฐพิทักษ์, 2540)

2. การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Opened Heart Surgery) เป็นการผ่าตัดหัวใจโดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม (Heart Lung Machine) ช่วยทำหน้าที่แทนหัวใจและปอดขณะผ่าตัด ทำให้สามารถมองเห็นพยาธิสภาพที่ต้องการแก้ไขได้ชัดเจน เนื่องจากเลือดจะไม่ผ่านหัวใจ และต้องทำให้หัวใจหยุดเต้นเพื่อให้ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดได้อย่างประณีตและสะดวก โดยที่ขณะผ่าตัดอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ (อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์, 2540; ชิวสา ลีวัธนะ, 2547; ลลิตา นพคุณ, 2547; Rosdahl & Kowaiski, 2003)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความก้าวหน้าขึ้นมากนับจากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเริ่มเมื่อปี ค.ศ.1954 กีบบอน (Gibbon) ประสบผลสำเร็จในการประดิษฐ์เครื่องปอดและหัวใจเทียม (ชิวสา ลีวัธนะ, 2547) ซึ่งช่วยให้การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดกระทำได้ประสบผลสำเร็จมากขึ้น เนื่องจากเครื่องปอดและหัวใจเทียมมีส่วนสำคัญในการทำหน้าที่แทนหัวใจและปอด ช่วยควบคุมระบบไหลเวียนและการแลกเปลี่ยนก๊าซ โดยมีการเบี่ยงเบนระบบไหลเวียนไม่ให้ผ่านหัวใจและปอดขณะผ่าตัด (Cardiopulmonary Bypass) หรือเรียกว่าระบบไหลเวียนเลือดนอกร่างกาย (Extracorporeal Circulation) ทำให้ระหว่างการผ่าตัดมีเลือดไปเลี้ยงสมอง และอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเพียงพอ (ชิวสา ลีวัธนะ, 2547; อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์, 2540)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเริ่มจากศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดเปิดทรวงอกด้านหน้าตรงกลางอก (Median Sternotomy) และหยุดการไหลเวียนเข้าสู่หัวใจ โดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมทำหน้าที่แทนหัวใจและปอด และทำให้หัวใจหยุดเต้นในระยะหลายตัว โดยใช้สารละลายที่มีโปแตสเซียมคลอไรด์สูง (Cardioplegic Solution) และในระหว่างที่หัวใจหยุดเต้นนั้น กล้ามเนื้อหัวใจจะได้รับการป้องกันอันตรายเพื่อไม่ให้เกิดการเสื่อมสลายของเซลล์โดยการลดอุณหภูมิของกล้ามเนื้อหัวใจให้อยู่ที่ 10-15 องศาเซลเซียสและควบคุมสมดุลกรดด่างให้อยู่ที่ pH 7.4-7.8 และเมื่อทำการแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว ก่อนการเย็บปิดแผล ศัลยแพทย์จะใส่ท่อระบายทรวงอกไว้ 2 ท่อ โดยให้ปลายของท่อหนึ่งอยู่ในชั้นเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial Drain) และปลายอีกท่อหนึ่งอยู่ชั้นนอกเยื่อหุ้มหัวใจ (Mediastinal Drain) เพื่อระบายเลือดและสารคัดหลั่งที่คั่งค้างอยู่ภายในทรวงอกภายหลังการผ่าตัดออกมา (ชิวสา ลีวัธนะ, 2547; ลลิตา นพคุณ, 2547)

โรคหัวใจที่สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้รับการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นทุก ๆ ด้าน โดยเริ่มจากการวินิจฉัยที่ถูกต้องก่อนผ่าตัด การมีศัลยแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญในการผ่าตัดโรคหัวใจ วิวัฒนาการของเครื่องปอดและหัวใจเทียม การใช้ระบบความรู้สึกลดลงจนทีมงานที่ชำนาญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดหัวใจเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพและระบบไหลเวียน

สามารถกระทำได้เพิ่มมากขึ้น โรคหัวใจที่สามารถรักษาได้โดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมี ดังนี้ (อัจฉรา เศรษฐพิทักษ์, 2540; Deelstra & Blue, 2003)

1. โรคลิ้นหัวใจพิการ (Valvular Heart disease) สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ ชนิดที่เป็นมาแต่กำเนิด (Congenital Valvular Heart Disease) และชนิดที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquired Valvular Heart Disease) การผ่าตัดอาจจะทำเพื่อซ่อมแซม ตกแต่ง หรือขยายขอบลิ้นหัวใจ (Valvuloplasty or Annuloplasty) เพื่อพยายามรักษาลิ้นหัวใจเดิม แต่ถ้าลิ้นหัวใจมีพยาธิสภาพมากก็ต้องพิจารณาทำการเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valve Replacement) โดยใช้ลิ้นหัวใจเทียม ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ลิ้นหัวใจเทียมที่สร้างขึ้นจากโลหะหรือพลาสติก (Prosthetic Valve) และลิ้นหัวใจที่ทำมาจากเนื้อเยื่อ (Biological Tissue Valve)

2. โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Artery Disease) เป็นโรคที่มีการตีบแคบหรือมีการหดตัวของหลอดเลือดแดงโคโรนารี จนทำให้ปริมาณเลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง การผ่าตัดจะทำเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดโดยการผ่าตัดต่อหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Artery Bypass Graft [CABG])

3. โรคหัวใจประเภทอื่น ๆ ได้แก่โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease) เช่น โรคผนังกันห้องหัวใจบนหรือล่างรั่ว (Atrial Septal Defect or Ventricular Septal Defect) โรคหัวใจพิการในเด็กทั้งชนิดเขียวและไม่เขียว ซึ่งจะทำการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติทางกายวิภาคและการไหลเวียนเลือด หรือผ่าตัดเย็บรูรั่วที่ผนังกันระหว่างห้องหัวใจ

4. โรคหัวใจระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่กล้ามเนื้อหัวใจหมดสภาพในการทำงาน ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ โดยการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart Transplantation) แม้ว่าการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีวิวัฒนาการสูงขึ้นตามลำดับ แต่การผ่าตัดที่ต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม เพื่อไม่ให้มีเลือดออกมารบกวนในบริเวณที่แพทย์ทำผ่าตัด ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือดในขณะผ่าตัด ต้องให้ผู้ป่วยดมยาสลบ ได้รับยาหยุดการเต้นของหัวใจ ให้สารน้ำที่ทำให้เลือดไม่หนืด การลดอุณหภูมิของร่างกาย การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ดังนั้นหลังการผ่าตัดจึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายได้ (นิภัสสรณ์ บุญญาสันติ, 2548)

ผลกระทบต่อผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มุ่งแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแก่หัวใจซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย จึงนับได้ว่าเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง ใช้เวลาในการผ่าตัดนานและผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยดังนี้ (ธิดาสา ลีวัธนะ, 2547; อัจฉรา เศรษฐพิทักษ์, 2540; Smeltzer & Bare, 2000)

1. ด้านร่างกาย

1.1 ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดัชนีที่สำคัญในการแสดงถึงการทำงานของหัวใจ ได้แก่ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาที (Cardiac Output) โดยมีสาเหตุดังนี้

1.1.1 ปริมาณการไหลเวียนเลือดลดลง (Hypovolemia) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด อาจเกิดจากการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด สาเหตุที่พบบ่อยได้แก่ การเสียเลือดหลังผ่าตัด เนื่องจากการทำลายปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดขณะใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม และผลจากการใช้สารยับยั้งการแข็งตัวของเลือด (Heparin) ในระหว่างการผ่าตัด โดยมีการสะสมของสารน้ำในช่องว่างระหว่างเซลล์ขณะผ่าตัด และมีการซึมกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียน หรือมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อทำให้มีการรั่วซึมของเลือดจากรอยเย็บและหลอดเลือด (Nowak, 2003) การประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดและท่อระบายทรวงอกมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ภายหลังการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบายทรวงอกไม่ควรมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ถ้ามากกว่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกได้ (Haugh & Reid, 2003)

1.1.2 ภาวะหัวใจถูกกด (Cardiac Tamponade) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ในระยะแรกหลังผ่าตัด เป็นผลจากมีเลือดออกในช่องทรวงอกและช่องเยื่อหุ้มหัวใจ และไม่สามารถระบายออกได้ทางท่อระบายทรวงอก ทำให้เกิดการคั่งและมีแรงกดต่อหัวใจ ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถขยายตัวรับเลือดที่ไหลกลับคืนเข้าสู่หัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Holloway, 2004)

1.1.3 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดประสิทธิภาพ สาเหตุที่สำคัญได้แก่ สภาพเดิมของหัวใจก่อนผ่าตัด และอาจมีสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ ขณะผ่าตัดได้รับอุบัติเหตุหรือมีภัยอันตรายต่อกล้ามเนื้อหัวใจ การเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดที่ทำทางเบี่ยง และการหนีหลอดเลือดแดงเอออร์ตา (Cross Clamp Aorta) (Nowak, 2003) นอกจากนี้ภาวะโปตัสเซียมต่ำ หรือภาวะเลือดเป็นกรดมาก ก็มีผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (Coleman, Lavieri, & Gross, 1993)

1.1.4 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังการผ่าตัดหัวใจ (อจธรา เตชฤทธิพิทักษ์, 2540)

1.2 ระบบหายใจ ภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดปัญหาในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ จากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจมีโอกาสเกิดถุงลมปอดแฟบในวันแรกหลังผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 87 และร้อยละ 30 ในวันต่อมา (อุไร ศรีแก้ว, 2543) เนื่องจากการทำลายของสารเคลือบ (Surfactant) ภายในถุงลมปอดจากภาวะอุณหภูมิต่ำระหว่างผ่าตัด และการอุดกั้นช่องทางเดินหายใจจากเสมหะจากการใส่ท่อหลอดลมคอในขณะผ่าตัด (Bojar, 1999)

1.3 ระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดพบได้น้อย และมักมีความเกี่ยวข้องกับภาวะปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจก่อนที่ลดลงหรือมีภาวะความดันโลหิตต่ำระหว่างการผ่าตัด จึงทำให้เลือดที่ไหลเวียนไปยังไตลดลง เป็นผลให้อัตราการกรองของหน่วยไตลดลง นอกจากนี้การใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเป็นเวลานาน ยังทำให้เกิดการแตกสลายของเม็ดเลือดแดง ทำให้มีการขับฮีโมโกลบินออกทางปัสสาวะ (อัจฉรา เชนสุทธิพิทักษ์, 2540; Ledoux & Luikart, 2000) โดยตัวที่บ่งบอกหน้าที่การทำงานของไต ได้แก่ ปริมาณและลักษณะของปัสสาวะ ซึ่งปริมาณปัสสาวะควรออกอย่างน้อย 0.5-1 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง (Bojar, 1999)

1.4 ระบบประสาท ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอาจมีอาการทางสมอง เนื่องจากสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอหรือเกิดลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดสมอง ซึ่งเกิดขึ้นจากการหนีบหลอดเลือดแดงเอออร์ตา ขณะผ่าตัด (อุไร ศรีแก้ว, 2543; Holloway, 2004) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน กระสับกระส่าย และในรายที่มีอาการรุนแรงอาจหมดสติและเสียชีวิตได้

1.5 ระบบป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดพบได้น้อยประมาณร้อยละ 1-3 แต่เมื่อเกิดการติดเชื้อผู้ป่วยจะเสี่ยงต่ออันตรายสูงจากการแพร่กระจายไปยังอวัยวะภายในทรวงอก นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการสอดใส่สายยาง หรือท่อระบายต่าง ๆ เข้าไปในร่างกาย เพื่อวัดและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ โดยเฉพาะถ้าหากมีการใส่สายคาไว้มากกว่า 7 ชั่วโมง อัตราการติดเชื้อก็จะสูงขึ้น (O'Brien & Alexander, 1992) บริเวณที่มักมีการติดเชื้อ ได้แก่ ระบบหายใจจากการระบายอากาศที่ไม่เพียงพอและการใส่ท่อหลอดลมคอ ระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

1.6 ความเจ็บปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะมีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดอย่างเฉียบพลันรุนแรงมากในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด (Davey, 1994; Muro, Keeling, & Long, 1995) และจากการหายใจเข้าออกลึก ๆ การไอเนื่องจากมีเสมหะกักค้าง และจากการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (Finkelmeier, 2000) หลังจากนั้นความรุนแรงจะทุเลาลงในวันที่ 3 หลังผ่าตัด เนื่องจากเริ่มมีการหายใจของบาดแผล และการทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้นมีการใช้เครื่องถ่างขยายกระดูกซี่โครง เพื่อเปิดให้พื้นที่สำหรับผ่าตัด และใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ทำการผ่าตัดและเส้นประสาทได้รับอันตราย โดยเฉพาะแนวผ่าตัดด้านหน้าตรงกลางอก ซึ่งเป็นบริเวณกระบังลมที่ช่วยในการหายใจ

(Matassarini-Jacobs, 1997) เมื่อผู้ป่วยหายใจเข้าออกถี่ ๆ หรือไอแต่ละครั้ง จึงทำให้แผลผ่าตัด
 สันตะเทือน ก่อให้เกิดความเจ็บปวดต่อผู้ป่วยมากขึ้นและบ่อยครั้งกว่าการทำผ่าตัดบริเวณอื่น
 (Lewis & Collier, 1992)

2. ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการการเกิดปัญหาด้านจิตใจและยังมี
 แนวโน้มของการเกิดความผิดปกติทางจิตใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนักมากกว่า ผู้ป่วยอื่น
 (Pritchard, 1991) เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะต้องเผชิญกับความเครียดทางอารมณ์
 หลายประการ ได้แก่ ความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในภาวะ
 วิกฤตที่ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างกะทันหัน การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษา
 ตัวในโรงพยาบาลและได้รับการผ่าตัด ผลการรักษา ความไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้นและการเปลี่ยนแปลง
 ภาพลักษณ์ที่เกิดจากแผลผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะมีความกลัวและวิตกกังวลจากสาเหตุอื่น
 เช่น กลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัดซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงมาก กลัวตาย กลัวการได้ยา
 ระงับความรู้สึก กลัวการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะที่มีพยาธิสภาพ กลัวต่อการสูญเสียบทบาทหน้าที่
 ของตนเองในสังคมและครอบครัว กังวลเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2546)
 มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกว่ามีสิ่งคุกคาม สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง
 สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมความเจ็บปวด และหากความ
 กลัวและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นรุนแรงจนผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ อาจเกิดภาวะเครียดทาง
 อารมณ์และเกิดความต้องการทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ทำให้บางครั้งต้องพึ่งพาไสยศาสตร์ ความ
 เชื่อทางศาสนา เช่น การทำบุญสะเดาะเคราะห์ หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เป็นต้นดังการศึกษาของ
 นิภัตสรณ์ บุญญาสันติ (2548) ที่ศึกษาความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจ และ
 หลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า
 ผู้ป่วยมีความต้องการการตอบสนองด้านพลังใจสูงสุด รองลงมาคือความต้องการด้านการยอมรับ
 การรักษาพยาบาล ด้านความศรัทธา และด้านพิธีกรรม การที่ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายด้าน
 จิตใจ-จิตวิญญาณ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง และความหวังก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับขบวนการ
 ฟื้นฟู (Healing Process) (Gropper, 1992; Stewart, 1993)

3. ด้านสังคม

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาหลาย
 วันซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจที่ไม่สามารถพบปะพูดคุยกับญาติได้ตามเวลาที่ตน
 ต้องการ โดยเฉพาะหอผู้ป่วยหนักที่จำกัดเวลาในการเยี่ยมมากกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป จากการศึกษาของ
 แบลนชาร์ด (Blanchard, 1995 อ้างถึงใน พรณี ไพศาลทักษิณ, 2540) พบว่าการมีกฎระเบียบการเยี่ยม

ของหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด มีผลให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจที่ไม่สามารถพบปะพูดคุยกับญาติได้ตามเวลาที่ตนเองต้องการ และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลจะมีผลทำให้หัวใจของผู้ป่วยเต้นเร็วกว่าปกติ ในขณะที่การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจแต่อย่างใด และการที่ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้ต้องหยุดทำงาน ขาดรายได้ประจำและอาจมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยเฉพาะการผ่าตัดหัวใจซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ หากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวก็จะเกิดความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวได้ตามบทบาทเดิมขณะที่อยู่โรงพยาบาล นอกจากนี้ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะภายหลังการผ่าตัดระยะแรก que ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และถ้าผู้ป่วยไม่เคยพึ่งพาใครในชีวิตก็ค่อนข้างยากที่จะยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลที่ไม่คุ้นเคย (Chandler & Drake, 1991)

นอกจากนี้สัมพันธภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ก็มีผลต่อความสบายได้เช่นกัน การที่บุคลากรมีปฏิสัมพันธ์ไม่เหมาะสม ขาดความเข้าใจ ขาดความเห็นอกเห็นใจ บังคับ ใช้น้ำเสียงข่มขู่หรือรับแรง เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อความสบายของผู้ป่วยทั้งสิ้น จากการศึกษาของแฮมิลตัน (Hamilton, 1989 อ้างถึงใน ลลิตา นพคุณ, 2547) พบว่า ถ้าพยาบาลที่ให้การดูแลมีความเห็นอกเห็นใจ มีความเป็นมิตร ให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ตลอดจนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ตนเองจะต้องได้รับ ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบายได้

4. ด้านสิ่งแวดล้อม

จากการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยต้องนอนในห้องร่วมกับ ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่ไม่เคยรู้จักคุ้นเคยกันมาก่อน ที่นอนหรือเตียงของโรงพยาบาลที่แข็งและหุ้มด้วยพลาสติกแตกต่างกับที่บ้าน อาจทำให้ผู้ป่วยร้อนและมีเหงื่อ ในหอผู้ป่วยบางแห่งที่มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากต้องใช้เตียงแทรก ทำให้สถานที่แออัด ขาดความเป็นส่วนตัว (ลลิตา นพคุณ, 2547) และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เช่น เสียง แสงสว่าง อุณหภูมิ กลิ่น ก็มีผลต่อความสบายของผู้ป่วยได้

เสียงในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากต่อการรบกวนผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีการตอบสนองต่อเสียงแตกต่างกันออกไป ตามข้อกำหนดขององค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมแห่งสหรัฐอเมริกา เสียงในโรงพยาบาลควรอยู่ระหว่าง 40-45 เดซิเบลหรือน้อยกว่าในเวลากลางวัน และควรน้อยกว่า 35 เดซิเบลในเวลากลางคืน (Griffin, 1992) ซึ่งระดับเสียงในหอผู้ป่วยสัณยกรรมจะดังกว่าระดับมาตรฐาน และเป็นเสียงที่เกิดจากการพูดคุยกันของพยาบาล เสียงจากผู้ป่วยข้างเตียงที่

ตับสนและมีอาการหนัก รวมถึงเสียงที่เกิดขึ้นขณะมีเหตุการณ์ฉุกเฉินในเวลากลางคืน ทำให้ระดับเสียงในหอผู้ป่วยโดยเฉลี่ยประมาณ 45-85 เดซิเบล ในขณะที่ระดับเสียงที่เหมาะสมสำหรับการพักผ่อน คือระดับเสียงที่ต่ำกว่า 40 เดซิเบล (Urban, 1993) เสียงมีผลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงโดยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้การหลั่งสารแคทีโกลามีนเพิ่มขึ้น กระตุ้นการบีบตัวและการเต้นของหัวใจ อัตราการเผาผลาญอาหารเพิ่มขึ้น ความตึงตัวของผิวหนังเพิ่มขึ้น ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ภูม่านตาขยาย ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เพิ่มการหลั่งสารอะดรีนาลีนเข้าสู่กระแสเลือด ส่วนผลของเสียงต่อจิตใจมีความแตกต่างกันตามความเข้ม ความถี่และชนิดของเสียง โดยเสียงที่ไม่มีความหมายต่อผู้ป่วยหรือเสียงที่มีลักษณะเดิมซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่องตลอดเวลาเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อความสุขสบายของผู้ป่วย พบว่าจะทำให้ลดความสามารถในการควบคุมความเครียด และเกิดความวิตกกังวลสูง (Urban, 1993)

แสงสว่างเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับตามธรรมชาติของผู้ป่วยทั้งทางด้านแบบแผนและปริมาณการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ทำให้ความสามารถในการคิด การตัดสินใจลดลง ความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อปรับตัวของผู้ป่วยและการหายของแผลผ่าตัด (Urban, 1993) อีกทั้งการที่มีแสงไฟสว่างมากเกินไปและเปิดอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยขาดการรับรู้ความแตกต่างระหว่างกลางวันและกลางคืน (Chenitz, Stone, & Salisbury, 1991) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนหลับได้ดีในที่ที่มีแสงไฟสลัว จากการศึกษาของคาร์สัน โพรธาส (2538) พบว่า การช่วยเหลือของพยาบาลในเรื่องของแสงสว่างโดยการปิดหรือเปิดไฟภายในหอผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายและพักผ่อนนอนหลับได้

อุณหภูมิในหอผู้ป่วยมักจะมีอากาศร้อนอบอ้าว อุณหภูมิสูงกว่าที่ผู้ป่วยเคยชินและจะรู้สึกร้อนมากขึ้น ถ้ามีภาวะไข้หรืออาการกระวนกระวายร่วมด้วย จากการศึกษาของคาร์สัน โพรธาส (2538) พบว่า สิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ ภายในหอผู้ป่วยที่ไม่ติดเครื่องปรับอากาศ อุณหภูมิมักไม่คงที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าอากาศร้อนในตอนค่ำและเริ่มเย็นในตอนกลางวันหรือตอนเช้า บางคนไม่ชอบอากาศเย็นหรือร้อน หอผู้ป่วยทั่วไปมักจะมีผู้ป่วยแออัด ทำให้การระบายอากาศไม่ดี อากาศถ่ายเทไม่สะดวก พยาบาลมักจะช่วยเปิดพัดลมเมื่ออากาศร้อนและปิดหน้าต่างเมื่ออากาศเย็น ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการแก้ปัญหาหรือมีการช่วยเหลือไม่ครบถ้วนตามความต้องการของผู้ป่วยจนทำให้รู้สึกสุขสบายได้

กลิ่นในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นกลิ่นจากน้ำยาทำความสะอาดพื้น หรือกลิ่นสิ่งคัดหลั่งจากแผล กลิ่นต่าง ๆ เหล่านี้จะรบกวนผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไวต่อการรับกลิ่นมาก เช่น

ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อยู่แล้ว เมื่อถูกรบกวนก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายมากขึ้นและอาเจียนได้ (พรณี ไพศาลทักษิณ, 2540; Davey, 1994)

จากผลกระทบด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม สังคม และจิตใจ-จิตวิญญาณของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ โดยเฉพาะใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังผ่าตัด และเกิดการรบกวนการนอนหลับ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องการ เพราะสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อการหายของแผล เนื่องจากการนอนหลับจะช่วยส่งเสริมกระบวนการเจริญเติบโตและความแข็งแรงของร่างกายซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายหรือได้รับการเสียหาย สร้างและสะสมพลังงาน เพื่อนำไปใช้ในการทำงานของระบบต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต (พรณี ไพศาลทักษิณ, 2540)

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองด้านความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจมีผลกระทบกับผู้ป่วยมากมายไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม สังคม และจิตใจ-จิตวิญญาณของผู้ป่วย จะส่งผลให้ความสุขสบายของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้ตนเองนั้นหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น

แนวคิดความสบาย (Comfort)

ความสบาย เป็นเป้าหมายที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลมาตั้งแต่สมัยเริ่มแรกของการพยาบาลยุคฟลอเรนซ์ในดิงเกล ปัจจุบันความสบายได้ถูกนำมาใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและนำมาใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Potter & Perry, 1999) มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของความสบายไว้ดังนี้

ความสบาย หมายถึง สภาพของร่างกายที่มีความผาสุก ปราศจากความเจ็บปวดและความเค็ดรื้อน มีความพึงพอใจในความต้องการทางร่างกาย จิตใจหรือจิตใจ-จิตวิญญาณ (Groppe, 1992)

ความสบาย หมายถึง ภาวะที่ความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความสุขและพึงพอใจ (Kolcaba, 1991) ความสบาย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการทาง สุขภาพ (Morse, 1992)

ความสุขสบาย หมายถึง การทำให้เกิดกำลังใจ ได้รับความสุข มีความสนุกสนาน ทำให้เกิดความหวัง ปราศจากความเสียใจหรือความเจ็บปวดหรือบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน (Bucholtz, 1994)

ความสุขสบาย หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกบรรเทาจากความไม่สุขสบาย ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ (Morse, 1992)

ความสุขสบาย หมายถึง การทำให้เกิดความหวัง มีความสดชื่นและได้รับความสุข ปราศจากความทุกข์และความเคียดแค้น (Christensen, 1999)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของความสุขสบายตามแนวคิดของคอลคาบา (Kolcaba, 1991) ว่าความสุขสบายหมายถึง ภาวะที่ความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนองทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความสุขและพึงพอใจ ซึ่งคอลคาบามองบุคคลว่าเป็นองค์รวม (Whole Person) (Kolcaba, 1992) ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่ไม่สามารถวิเคราะห์แยกออกเป็น ส่วน ๆ ได้ของการมีชีวิต โดยมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในฐานองค์รวม พัฒนาการของบุคคลจะต้องมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม อยู่ตลอดเวลา ในบางครั้งสิ่งแวดล้อมอาจเป็นสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดการบีบคั้นที่เข้ามาช่วยเพิ่มความคล่องตัว หรือขัดขวางความพยายามของบุคคลในการมุ่งสู่หรือหลีกเลี่ยงเป้าหมายใด ๆ ที่อาจทำให้บุคคลไม่ได้รับความสุขสบาย ความบีบคั้นที่เกิดขึ้นอาจเป็นสิ่งที่เป็นวัตถุจริง ๆ ที่มากระทบตัวบุคคลโดยตรงหรือเป็นการรับรู้จากสิ่งเร้า ที่เข้ามาขัดขวางต่อความสุขสบาย ทำให้ภาวะสุขภาพของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป บุคคลจึงเกิดความต้องการการดูแลทางสุขภาพ (Health Care Need) เพื่อให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี

โครงสร้างของความสุขสบาย

ความสุขสบายประกอบด้วย ความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากบุคคลเป็นองค์รวมอย่างผสมผสานของร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณและอารมณ์ของการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกัน หากมีอะไรทำให้ส่วนใดเสียสมดุลไป ย่อมส่งผลกระทบต่อส่วนประกอบอื่น ๆ ด้วย (Watson, 1985)

คอลคาบา (Kolcaba, 1992) ได้อธิบายโครงสร้างของความสุขสบาย ไว้ว่าประกอบไปด้วย ลักษณะของความสุขสบายใน 2 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 กล่าวถึง ความสุขสบายในมิติของระดับการตอบสนองต่อความต้องการ ประกอบด้วยความรู้สึก (Sense) 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การบรรเทา (Relief) คือ ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อความต้องการที่เฉพาะเจาะจง การบรรเทาจากความต้องการนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการกลับคืนสู่ภาวะปกติ เมื่อความไม่สบายสบายได้รับการบรรเทาจะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพเป็นปกติ

ระดับที่ 2 การได้รับความสุข (Ease) คือ เป็นภาวะที่บุคคลมีความสุขหรืออยู่ในสภาวะที่สงบ (Calm) สภาพร่างกายพร้อมที่จะทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการบรรเทา เมื่อผู้ป่วยได้รับการบรรเทาเป็นระยะเวลานานจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุข

ระดับที่ 3 ภาวะเหนือตนเอง (Transcendence) คือ เป็นความสามารถของบุคคลในการอยู่เหนือความเจ็บป่วยของตนเองเหนือสิ่งที่กังวล หรือหลุดพ้นจากการหมกมุ่นคิดถึงแต่ตนเอง เพราะสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยมีโลกทัศน์ในการมองชีวิตกว้างขึ้น มีทางเลือกในการค้นหาเป้าหมายชีวิตที่มีคุณค่าและสามารถดำรงความเป็นสุขอยู่ได้ (Coward, 1990 อ้างถึงใน สิรินาถ มีเจริญ, 2541) ซึ่งบุคคลนั้นต้องค้นพบด้วยตนเอง ความรู้สึกของภาวะเหนือตนเอง จะแตกต่างจากความรู้สึกของการบรรเทาและการได้รับความสุข เนื่องจากเป็นความรู้สึกในระดับสูงสุดที่ต้องค้นพบด้วยตนเองเพื่อทำให้บุคคลเกิดพลังและศักยภาพในตนเองที่จะดิ้นรนเพื่อให้พ้นจากสภาพที่เป็นอยู่หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งใหม่ (Renewal)

มิติที่ 2 กล่าวถึง ความสุขสบายในมิติของการตอบสนองความต้องการพื้นฐานใน 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านร่างกาย (Physical) ความสุขสบายด้านร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกที่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น การได้รับอาหารและน้ำ อากาศ การขับถ่าย การพักผ่อน มีอุณหภูมิของร่างกายที่ปกติ การได้รับความปลอดภัยรวมถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกายที่มีผลกระทบต่อความสบาย เช่น การปวดแผลผ่าตัด

ด้านที่ 2 ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psychospiritual) ความสุขสบายด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกภายในตนเองของบุคคลที่ทำให้เกิดความหวังในชีวิต เช่น ความมีคุณค่า (Esteem) สิ่งที่มีความหมายในชีวิต รวมถึงสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น ศาสนาและความเชื่อต่าง ๆ

ด้านที่ 3 ด้านสังคม (Social) ความสุขสบายด้านสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ความเป็นอยู่ในสังคมและวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังรวมถึงการได้รับความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความสำคัญต่อชีวิต

ด้านที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อมจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกทั้งสิ่งที่เป็นธรรมชาติและสิ่งที่สร้างขึ้นมาที่เข้ามามีผลกระทบต่อความสบาย เช่น ลักษณะสถานที่ เสียง แสงสว่าง อุณหภูมิ และกลิ่น เป็นต้น

ทั้ง 2 มิติดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อกัน โดยในมิติที่ 1 เป็นระดับของความต้องการความสุขสบายที่ได้รับและไม่ได้รับการตอบสนอง โดยมีระดับต่ำสุดจนถึงระดับสูงสุดตามลำดับ ดังนี้คือ Relief Ease และ Transcendence และมีความสัมพันธ์กับบริบทในแต่ละด้านของความสุขสบายหรือความต้องการความสุขสบายทั้งภายในและภายนอกร่างกายดังนี้คือ ด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม ในภาวะที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงความสุขสบายเพียงเล็กน้อยจะสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เอง ก็จะเกิดการบรรเทา ทำให้ได้รับความสุข และถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดความต้องการที่จะได้รับการตอบสนอง เพื่อที่จะทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้น แต่ถ้าการเปลี่ยนแปลงความสุขสบายที่เกิดขึ้นนั้นรุนแรงและใช้เวลานาน บุคคลจะพัฒนาตนเองจากสภาพที่เกิดขึ้น โดยการค้นหาวิธีการต่าง ๆ จากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เพื่อช่วยให้ตนเองอยู่เหนือความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดที่ถูกคาม เกิดการหลุดพ้นทำให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข (Kolcaba, 1992)

การประเมินความสุขสบาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสุขสบายหลายชนิด ดังนี้

1. แบบสอบถามความสุขสบายทั่วไปของคอลลัมบา (General Comfort Questionnaire [GCQ]) (Kolcaba, 1992) ประกอบด้วยข้อคำถาม 48 ข้อ เกี่ยวกับการประเมินความสุขสบายทั่วไป ตามการรับรู้ความสุขสบายของผู้ป่วยเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนมากหมายถึงมีความสุขสบายมาก คะแนนน้อยหมายถึงมีความสุขสบายน้อย
2. แบบสอบถามความสุขสบายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (Peri-operative Comfort Questionnaire) (Kolcaba, 2003) ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ เกี่ยวกับการประเมินความสุขสบายทั่วไป ตามการรับรู้ความสุขสบายของผู้ป่วยเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คะแนนมากหมายถึงมีความสุขสบายมาก คะแนนน้อยหมายถึงมีความสุขสบายน้อย
3. มาตรวัดความสุขสบายของคอลลัมบา (Visual Analog Scale [VAS]) ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อในเรื่องความสุขสบายทั้งหมด (Total) การบรรเทา (Relief) การได้รับความสุข (Ease) และการหลุดพ้น (Transcendence) มาตรวัดมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร โดยปลายเส้นตรงด้านบนเป็นคำว่าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนปลายด้านล่างเป็นคำว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง หากคะแนนความสุขสบายโดยรวมมีระดับคะแนนต่ำ จึงจะถามผู้ป่วยต่อไปว่ามีความไม่สุขสบายในด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคมหรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งมาตรวัดความสุขสบายมีรายละเอียดไม่ครอบคลุม จึงมักใช้ร่วมกับการซักถามจากผู้ป่วยโดยตรงหรือการซักถามจากญาติ บุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย

การประเมินวิธีนี้นิยมใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูด (Hurley, Volicer, Hanrahan, Houde, & Volicer, 1992)

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบเครื่องมือที่ใช้ประเมินความต้องการความสุขสบาย และการได้รับการตอบสนองด้านความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยเฉพาะ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบสอบถามความต้องการความสุขสบายและการได้รับการตอบสนองด้านความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขึ้นจากแนวคิดความสุขสบายของ คอลคาบา (Kolcaba, 1992)

ความต้องการด้านความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

มนุษย์มีความต้องการตลอดเวลาเพื่อพัฒนาชีวิต ความต้องการต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนองครบถ้วนทั้งหมด แต่ได้รับการตอบสนองแค่เพียงบางส่วนและบางเวลาเท่านั้น มนุษย์จึงได้รับความพอใจแค่เพียงบางส่วน และมีความไม่พอใจในบางส่วนต่อการตอบสนองความต้องการของตน (Maslow, 1970) ความต้องการของมนุษย์จะเป็นลำดับขั้นตอนตามความจำเป็นหรือความสำคัญ เมื่อความต้องการขั้นตอนใดได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ความต้องการลำดับต่อไปจะเกิดขึ้นมา ความต้องการของมนุษย์สามารถจะเข้าซ้อนได้ ความต้องการอย่างหนึ่งอาจจะหมดไป ความต้องการอย่างอื่นอาจเกิดขึ้นขึ้นมาได้ ความต้องการ จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน เป็นคำกริยา หมายถึง อยากได้ ใครได้ ประสงค์ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) ความต้องการด้านความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด หมายถึง ความประสงค์ที่จะมีความสุขและความพึงพอใจจากการได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม

จากผลกระทบภายหลังการผ่าตัดหัวใจร่วมกับการที่ผู้ป่วยต้องเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยรุนแรงและการรักษาที่ได้รับเสี่ยงต่อชีวิต อาการและการรักษาเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา อีกทั้งยังต้องพบกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและรีบเร่งในการช่วยชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจและไม่สามารถคาดเดาผลการรักษาได้ จึงทำให้ผู้ป่วยต้องการความสุขสบายไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม สังคมและจิตใจ-จิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาถึงความต้องการด้านความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดครบทั้ง 4 ด้าน มีวิจัยบางเรื่องที่ได้ศึกษาถึงความต้องการในบางด้าน เช่นการศึกษาของนิภัสสรณ์ บุญญานันติ (2548) เกี่ยวกับการสร้างเครื่องมือเพื่อวัดความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการตอบสนองด้านพลังใจสูงสุด รองลงมาคือ ความต้องการด้านการยอมรับการรักษาพยาบาล ด้านความศรัทธา และด้านพิธีกรรม จะเห็นว่าการศึกษา

นี้ได้ศึกษาเฉพาะความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งยังไม่ครอบคลุมถึงความสุขสบายทั้ง 4 ด้าน ดังนั้นควรมีการศึกษาถึงความต้องการด้านความสุขสบายให้ครบทั้ง 4 ด้าน เพื่อที่จะสามารถประเมินความสุขสบายของผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และนอกจากการประเมินความสุขสบายของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการตอบสนองด้านความสุขสบายที่ตรงกับความต้องการเพื่อให้เกิดความสุขและความพึงพอใจในคุณภาพการบริการมากยิ่งขึ้น

การได้รับการตอบสนองด้านความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวและได้รับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อสังเกตอาการ ติดตามการทำงานของระบบไหลเวียนและระบบต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจ คือผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระในผู้ป่วยเป็นอย่างดี และพยายามแก้ไขสภาวะที่ผิดปกติให้กลับคืนสภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีดังนี้

1. ด้านร่างกาย

การผ่าตัดหัวใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายเป็นอย่างมาก ซึ่งรวมทั้งระบบต่าง ๆ เช่นระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจ ระบบประสาท ระบบการทำงานของไต และของตับในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นระยะที่อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ (สุจิตร์ บุญญติปิยะพจน์, 2540)

การพยาบาลที่สามารถช่วยลดผลกระทบด้านร่างกายแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้แก่

1.1 การมอนิเตอร์ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สิ่งเหล่านี้ประกอบด้วย สัญญาณชีพ, คลื่นไฟฟ้าหัวใจ, แรงดันศูนย์กลางหลอดเลือดดำ (CVP) แรงดันเลือดหัวใจห้องบนซ้าย (LAP) หรือแรงดันหลอดเลือดที่ไปยังปอด (PAP), จำนวนเปอร์เซ็นต์ออกซิเจนอิ่มตัวในเลือด (O_2 Sat) (สุจิตร์ บุญญติปิยะพจน์, 2540)

1.2 การดูแลระบบทางเดินหายใจ หลักสำคัญโดยทั่วไปคือ ต้องให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะอุดตัน การหายใจเป็นปกติ และปริมาณเลือดออกจากหัวใจปกติอยู่เสมอ ปกติหลังออกจากห้องผ่าตัดมาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยต้องอยู่ในเครื่องช่วยหายใจชั่วคราว ต้องปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม ผู้ป่วยต้องมีความสบายเมื่ออยู่ในเครื่องช่วยหายใจ ต้องจัดทำของท่อหลอดลมคอให้เหมาะสม ผู้ป่วยไม่ควรมีอาการกระสับกระส่าย ฟังปอด 2 ข้างอากาศเข้าได้ดี และมีผลการวิเคราะห์แก๊สในเลือดแดงปกติ (วิจิตรา กุสุมภ์, เพ็ญศิริ

สันตโยภาส และพวงผกา กริทอง, 2546) พยาบาลต้องหมั่นดูแลและระวังไม่ให้ผู้ป่วยมีภาวะช็อคได้อีก กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวและไออย่างสม่ำเสมอ เมื่อผู้ป่วยออกจากเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้จนแน่ใจได้แก่ หายใจได้เองพอ ไม่กระสับกระส่ายหรือมีเสมหะมาก ฟังเสียงหายใจเข้าปอดดี การถ่ายพยาธิปอดดีทั้งสองข้าง ไม่มีภาวะหัวใจเต้นไม่ปกติ ผลการวิเคราะห์แก๊สในเลือดแดงปกติ ปริมาณอากาศหายใจเข้า-ออก แต่ละครั้งปกติ ไม่มีการเสียเลือดหรือมีภาวะช่องรอบหัวใจถูกกด (อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์, 2540)

1.3 เฝ้าระวังสังเกตสภาวะของสมอง ถ้าอยู่ในสภาวะออกซิเจนต่ำจะแสดงอาการ กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ สับสน ความดันเลือดต่ำ บันทึกระดับความรู้สึกตัว ความสามารถ ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ขนาดของรูม่านตา ปฏิกริยาต่อแสง และความสามารถเคลื่อนไหวของแขนขา ถ้ามีอาการเกร็งชักกระตุก ให้ยาตามแผนการรักษา (อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์, 2540)

1.4 รักษาสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์โดย จำกัดปริมาณน้ำ บันทึกปริมาณน้ำเข้า/ออก ประเมินภาวะน้ำในร่างกายจากค่า แรงดันจากหลอดเลือดที่ไปปอด (PAP), แรงดันเลือดหัวใจห้องบนซ้าย (LAP) แรงดันศูนย์กลางหลอดเลือดดำ (CVP) ระดับอิเล็กโทรไลต์ หลอดเลือดดำที่คอ ขนาดของตับ เสียงหายใจ ภาวะบวม และน้ำหนักที่เพิ่มผิดปกติ (อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์, 2540)

1.5 ดูแลบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยจิตเวชแก่ปวดตามแผนการรักษา หากวิธีบรรเทาอาการเจ็บปวดโดยการเปลี่ยนท่านอน การประคบประคบบริเวณผ่าตัดระหว่างกรอ การให้ออกซิเจน ลดสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวน เช่น แสง เสียง กิจกรรมการพยาบาลบางอย่าง

2. ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในช่วงที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นระยะที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยต้องพบกับสภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่ การรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและซับซ้อนเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ การรักษาที่ได้รับและผลของการรักษาที่ไม่สามารถคาดเดาได้ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความหวัง กำลังใจและความมั่นใจ ผู้ป่วยจึงต้องการสิ่งเหล่านี้จากทีมสุขภาพและจากสิ่งที่เป็นพลังอำนาจเหนือธรรมชาติตามความเชื่อ ความศรัทธา ความเคารพนับถือในสิ่งต่าง ๆ ของแต่ละคน (วิลาวรรณ ศรีวรรณนที, 2548)

การพยาบาลที่สามารถช่วยลดผลกระทบด้านจิตใจ-จิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่

2.1 การดูแลเรื่องความสุขสบายด้านร่างกาย เช่น การจัดเปลี่ยนท่านอน การจัดตำแหน่งของสายและท่อระบายต่าง ๆ ให้เหมาะสม (วิลาวรรณ ศรีวรรณนที, 2548)

2.2 ประเมินความต้องการของผู้ป่วย โดยการสอบถาม สังเกตสีหน้า ท่าทางของ
ผู้ป่วย (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546)

2.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล โดย

2.3.1 แสดงความสนใจและรับฟัง

2.3.2 สร้างบรรยากาศที่ดีและเป็นกันเอง

2.3.3 มีการติดต่อสื่อสารที่เอื้ออำนวยต่อกัน

2.4 จัดหาวิธีการติดต่อกับผู้ป่วยในขณะที่ยังมีข้อสงสัยอยู่

2.5 แนะนำวิธีการผ่อนคลาย เช่น การนั่งสมาธิ การหายใจเข้าออกลึก ๆ เป็นการ
ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยตนเอง (Potter & Perry, 1999)

3. ด้านสังคม

ภายหลังการผ่าตัดระยะแรก ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ จำเป็นต้อง
พึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น และต้องแยกจากครอบครัวมาอยู่กับบุคคลที่ไม่คุ้นเคย ถ้าพยาบาลที่ให้การ
ดูแลมีความเห็นอกเห็นใจ มีความเป็นมิตร ให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว กระตุ้นให้ผู้ป่วย
ช่วยเหลือตนเอง ตลอดจนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่
ตนเองจะต้องได้รับ ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายได้

การพยาบาลที่สามารถช่วยลดผลกระทบด้านสังคมแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่

3.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การแสดงพฤติกรรมหรือคำพูดที่แสดงให้เห็นว่าสนใจ
เอาใจใส่การรับฟังอย่างตั้งใจ การพูด การยิ้ม การสัมผัส การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความ
รู้สึก จะช่วยลดความเครียดได้ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สามารถระบายความรู้สึกได้
เต็มที่ นอกจากนี้การเรียกชื่อผู้ป่วยแทนการเรียกเบอร์เตียง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับความเคารพใน
ฐานะบุคคลคนหนึ่ง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2546)

3.2 การให้ข้อมูลและการให้คำแนะนำต่าง ๆ เช่นการให้รู้จักกับสิ่งแวดล้อม สถานที่
บุคคล อธิบายให้ทราบถึงพยาธิสภาพของการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ การปฏิบัติ
ตัวทั้งขณะที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

3.3 ให้คำอธิบายตั้งแต่แรกเข้าถึงสถานที่ บุคคล สิ่งแวดล้อม การอนุญาตให้ญาติเยี่ยม
(อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์, 2540)

3.4 ให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยวิตกกังวลและกลัว ได้แก่ อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นของ
การใส่เครื่องช่วยหายใจ การใส่ท่อระบายต่าง ๆ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อธิบายถึงการ
ทำงานว่าจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลคอยดูแลตลอดเวลาขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับ (วิลาวัณย์ ศรีวรรณนท์,
2548)

286122

๒
๒๑.๔.๒
๒๕๖๒

3.5 แนะนำการปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัดหัวใจ เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การหายใจ การไอ

3.6 แนะนำให้ญาติมาเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ป่วย

4. ด้านสิ่งแวดล้อม

สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตที่เต็มไปด้วยเครื่องใช้มากมาย เสียงอึกทึกครึกโครมขณะมีการช่วยเหลือผู้ป่วยข้างเตียง เสียงผู้ป่วยอื่นที่เอะอะโวยวาย มีแสงสว่างตลอดที่ไม่สามารถรับรู้เวลาเท่าไร เป็นเวลากลางวันหรือกลางคืน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสบายน้อยกว่าอยู่หอผู้ป่วยธรรมดา

การพยาบาลที่สามารถช่วยลดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่

4.1 ลดระดับความดังของเสียงรบกวนในหอผู้ป่วย เช่น เสียงสนทนาของเจ้าหน้าที่ เสียงของผู้ป่วยข้างเตียง เสียงสัญญาณเตือน เสียงจากเครื่องมือต่าง ๆ เสียงโทรศัพท์ เสียงกิจกรรมการพยาบาล เป็นต้น สิ่งสำคัญอย่างมากในการควบคุมไม่ให้มีเสียงรบกวนในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ ความตระหนักของเจ้าหน้าที่ พยาบาลในการที่จะไม่ทำให้เกิดเสียงรบกวนเพราะปัจจัยที่ก่อให้เกิดเสียงรบกวนมากที่สุดในหอผู้ป่วยหนัก มาจากเสียงเจ้าหน้าที่พยาบาลและสัญญาณเตือนของเครื่องอุปกรณ์ต่าง ๆ (Fontain, Briggs, & Pope-smith, 2001)

4.2 ประเมินระดับเสียงในหอผู้ป่วยและหาแหล่งกำเนิดเสียงที่รบกวนผู้ป่วย

4.3 จัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของเสียงต่อผู้ป่วย มีการวางแผนหาวิธี ลดความดังลง ควรระวังไม่ให้ เกิดเสียงดังในขณะที่ทำการพยาบาล โดยเฉพาะในเวลากลางคืน สนทนากันโดยใช้ระดับเสียงที่ไม่ดัง การปิดเปิดประตูควรทำเบา ๆ ในกรณีที่ประตูติดขัดต้องช่างให้ดูแล การใส่รองเท้าควรเปลี่ยนเป็นส้นยางหรือรองเท้าฟองน้ำ (Kozier, Erb, Berma, & Burke, 2000) และไม่ควรเดินแบบลากเท้า

4.4 จัดเตียงของผู้ป่วยให้อยู่ห่างจากบริเวณที่เกิดเสียงรบกวนบ่อย ๆ เช่น ที่ทำงาน พยาบาล ห้องชะล้าง จัดผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือผู้ป่วยที่ส่งเสียงรบกวน ให้อยู่ห่างจากกันหรือแยกห้องกัน

4.5 จัดวางอุปกรณ์ที่มีเสียงรบกวนให้ห่างและหันออกจากผู้ป่วย และเปิดให้ดังพอได้ยิน ปิดเครื่องมือเมื่อไม่ใช้แล้วและไม่ใช้อุปกรณ์ที่มีเสียงเตือนโดยไม่จำเป็น ควรหลีกเลี่ยงการพยาบาลที่ต้องใช้เครื่องในตอนกลางคืน ปรับเสียงโทรศัพท์ให้ลดเสียงลงในเวลากลางคืน (Fontain, Briggs, & Pope-smith, 2001)

4.6 จัดให้มีแสงสว่างที่เหมาะสมกับเวลากลางวันและเวลากลางคืน ไม่ควรเปิดแสงจ้าตลอดเวลา โดยเฉพาะในเวลากลางคืน และไม่ควรรับไฟทั้งหมด ควรเปิดไฟสลัวในตอนกลางคืน เปิดไฟสว่างบางบริเวณ เช่น ที่ทำการพยาบาล ทางเดิน ห้องน้ำ แสงไฟไม่ควรเกิน 30 แรงเทียน (Fontain, Briggs, & Pope-smith, 2001)

การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับขณะที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตนี้ ส่วนมากมุ่งหวังเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งอาจขาดการประเมินถึงความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ควรจะเป็นการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลต้องสามารถประเมินความสุขสบายของผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ได้ครบทุกด้าน ซึ่งถ้าความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วยและการได้รับการตอบสนองด้านความสุขสบายไม่ตรงกัน ผู้ป่วยก็ไม่เกิดความสุขและความพึงพอใจได้ ดังเช่นการศึกษาของ สุรัตน์ มณีแสง (2543) ที่เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและพยาบาลใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าการรับรู้ความต้องการการพยาบาลจิตสังคมของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและการรับรู้ของพยาบาลมาความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ใน 3 ด้านและโดยรวม คือด้านการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้บาดเจ็บ ด้านการพยาบาลที่เน้นผู้บาดเจ็บเป็นหลัก และด้านการเคารพความเป็นบุคคล ส่วนการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมระหว่างการรับรู้ของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและการรับรู้ของพยาบาลทั้งรายด้านและโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือ ผู้บาดเจ็บรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการเรียกผู้บาดเจ็บอย่างสุภาพและให้เกียรติ ส่วนการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลจิตสังคมของพยาบาลค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ มีความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ และการศึกษาของ กรรณิการ์ บัวสุข (2549) ที่ศึกษา ความต้องการการพยาบาลที่คาดหวังและการพยาบาลที่ได้รับจริงของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องพักรฟื้น โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าความต้องการการพยาบาลที่คาดหวังและการพยาบาลที่ได้รับจริงของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องพักรฟื้นทั้งโดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ ทางด้านร่างกายความต้องการการพยาบาลที่คาดหวังที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือต้องการได้รับยาแก้ปวดทันทีที่มีอาการปวดแผลผ่าตัดมาก ในขณะที่การพยาบาลที่ได้รับจริงคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ได้รับการซักถามเกี่ยวกับอาการปวดแผลผ่าตัด ทางด้านจิตใจความต้องการการพยาบาลที่คาดหวังที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือต้องการให้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างสุภาพนุ่มนวล ในขณะที่การพยาบาลที่ได้รับจริงคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือได้รับการ โต้ตอบด้วยความสุภาพนุ่มนวล และทางด้านสิ่งแวดล้อมความต้องการการพยาบาลที่

คาดหวังที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือต้องการนอนพักที่มีแสงรบกวนน้อยในขณะที่การพยาบาลที่ได้รับจริงคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือได้รับการใส่ไม้กันเตียงไว้ตลอดเวลาเพื่อป้องกันอุบัติเหตุตกเตียง การศึกษาข้างต้น จะเห็นได้ว่าความต้องการการพยาบาลและการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลยังไม่ตรงกัน และยังไม่ครอบคลุมถึงความสุขสบายทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วย เมื่อความต้องการพื้นฐานทั้ง 4 ด้านไม่ได้รับการตอบสนอง หรือได้รับการตอบสนองแต่ไม่ตรงกับความต้องการ ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ผู้ป่วยก็ไม่เกิดความสุขและความพึงพอใจ ส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมความเครียดลดลงและเกิดความวิตกกังวลสูง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (ลลิตา นพคุณ, 2547)

จากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสุขสบายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้ตนเองเกิดความสุขและความพึงพอใจตามแนวคิดความสุขสบายของคอลคาบา (Kolcaba, 1992) ที่กล่าวว่า ภาวะที่ความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนองทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความสุขและพึงพอใจ จึงทำให้ผู้ป่วยต้องการได้รับการตอบสนองความต้องการจากพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงต้องสามารถประเมินความสุขสบายของผู้ป่วยให้ครบทุกด้าน ซึ่งถ้าความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วยและการได้รับการตอบสนองด้านความสุขสบายไม่ตรงกัน ผู้ป่วยก็ไม่เกิดความสุข ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ อาจไม่ให้ความร่วมมือต่อการรักษา ซึ่งจะส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาในด้านความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจยังไม่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน และยังไม่มีการศึกษาถึงการได้รับการตอบสนองด้านความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีเพียงการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและการพยาบาลที่ได้รับในผู้ป่วยอื่น ๆ ซึ่งก็พบว่าความต้องการการพยาบาลและการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลมีความแตกต่างกัน และยังไม่ครอบคลุมถึงความสุขสบายทั้ง 4 ด้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองด้านความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อมุ่งหวังที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ให้การพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขและความพึงพอใจในคุณภาพการบริการ