

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฝังดนตรีต่อความปวด
ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน



นางสาวขวัญจิต ไชชุม

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PAIN MANAGEMENT PROGRAM WITH MUSIC LISTENING
ON PAIN OF POST EMERGENCY ABDOMINAL SURGICAL PATIENTS



Miss Kwanjit Ochum

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

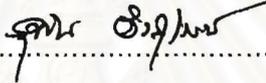
Chulalongkorn University

Academic Year 2006

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดรวมกับการฝังดนตรีต่อความปวด
ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
โดย นางสาวขวัญจิต ไชยุม
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์

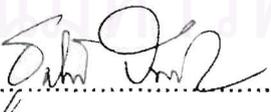
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลสิทธิ์)

ขวัญจิต ไชยธรรม : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน. (THE EFFECT OF PAIN MANAGEMENT PROGRAM WITH MUSIC LISTENING ON PAIN OF POST EMERGENCY ABDOMINAL SURGICAL PATIENTS) อาจารย์ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 159 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ที่เข้ารับการรักษาน ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 ราย แล้วจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี การวินิจฉัยและชนิดการผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการปวดและการฟังดนตรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากรูปแบบการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดเกี่ยวกับดนตรี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ข้อมูล 3) การจัดการความปวดด้วยยาบรรเทาปวดและการฟังดนตรี 4) การประเมินผล สื่อที่ใช้ในโปรแกรมประกอบด้วย เครื่องเล่นซีดี แผ่นซีดีบรรจเพลง แผนการสอน และคู่มือการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน โดยโปรแกรมและสื่อผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินความปวด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนความปวดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดที่เน้นการฟังดนตรีน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

($X_{\text{หลังการทดลอง}} = 3.35$; $X_{\text{ก่อนการทดลอง}} = 6.10$; $t\text{-test} = 27.69$)

2. คะแนนความปวดภายหลังการเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($X_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 3.35$; $X_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 4.60$; $t\text{-test} = 3.88$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา 2549

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

##4877556236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: PAIN MANAGEMENT WITH LISTENING MUSIC / PAIN / POST EMERGENCY ABDOMINAL SURGICAL PATIENTS

KWANJIT OCHUM : THE EFFECT OF PAIN MANAGEMENT WITH LISTENING MUSIC ON PAIN OF POST EMERGENCY ABDOMINAL SURGICAL PATIENTS. THESIS ADVISOR : ASSOCIATE PROFESOR SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 159 pp,

This quasi-experimental research aim to test the effect of pain management with listening music on pain of post-emergency abdominal surgery patient. Study sample were 40 post emergency abdominal surgery outpatients who were treated at the Surgery Department of Surathanee Hospital. The subjects were divided into control groups and experimental groups. The groups were matched in terms of sex, age, diagnosis and type of operation. The control group received routine nursing care, while the experimental group received the pain management with listening music in addition to routine nursing care. The program was based on the Symptom Management Model (Dodd et al.,2001) and Listening Music as part of Complementary Concepts comprising of four sessions: a) symptom experience assessment, b) knowledge providing, c) pain management by medicine and music listening, d) pain management evaluation phase. The pain numeric scale was used to measure the collected data. Furthermore, Independent t-test was used to analyze comparison of data between the two groups.

The major findings showed that:

1. The post test mean score on pain of the experimental group was significantly lower than that of the pretest ($\bar{X}_{\text{post test}} = 3.35$; $\bar{X}_{\text{pretest}} = 6.10$; $t\text{-test} = .27.69$; $p < .05$).
2. The post test mean score of pain in experimental group was significantly lower than that of the control group ($\bar{X}_{\text{experiment}} = 3.35$; $\bar{X}_{\text{control}} = 4.60$; $t\text{-test} = 3.88$; $p < .05$).

Field of study Nursing Science
Academic year 2006

Student's Signature.....
Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของรองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและคำปรึกษา รวมทั้งคำชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขปัญห และข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา ห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ด้วยความรักความห่วงใย และเอาใจใส่เป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาของการศึกษา

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ และกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล ขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำการ และเจ้าหน้าที่แผนกศัลยกรรมทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี รวมทั้งที่ขาดเสียมิได้คือขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ประดับ สมทรง มารดาอันเป็นที่รักยิ่งผู้ซึ่งให้กำเนิดเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้อีกครั้ง รวมทั้งขอขอบคุณ พี่ น้อง หลาน เพื่อนๆ พี่ๆ และกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้เสมอมาตลอดจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณ คุณมารวิธู มารีโค ที่คอยให้การช่วยเหลือและคอยให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวด.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน.....	40
การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้อง...	43
แนวคิดเกี่ยวกับแบบจำลองการจัดการอาการ.....	47
แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล.....	51
แนวคิดเกี่ยวกับดนตรี.....	54
โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรี.....	63
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	66
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	74
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	75
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	77
การดำเนินการทดลอง.....	83
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	85

บทที่	หน้า
	การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 85
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง..... 87
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 87
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 89
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และเสนอข้อเสนอแนะ..... 99
	สรุปผลการวิจัย..... 106
	อภิปรายผลการวิจัย..... 107
	เสนอข้อเสนอแนะ..... 112
	รายการอ้างอิง..... 114
	ภาคผนวก..... 128
	ภาคผนวก ก ลักษณะเพลงที่ใช้ในการวิจัย..... 129
	ภาคผนวก ข ตารางแสดงข้อมูลการฟังดนตรีและตารางแสดงความพึงพอใจ..... 132
	ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 136
	ตัวอย่างจดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ..... 139
	จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล.. 142
	เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและหนังสืออนุมัติจริยธรรม
	การวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง..... 142
	ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย..... 145
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 159

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ความถี่ และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การวินิจฉัยโรค และชนิดการผ่าตัด.....	90
2. ความถี่ และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างในการได้รับยาระงับปวด.....	93
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวด ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Dependent t-test	94
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวด ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test	95
5. แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความปวดของกลุ่มทดลองจำแนก ตามเวลาในการฟังดนตรี ด้วยสถิติ RANOVA.....	96
6. เปรียบเทียบความแตกต่างความปวดเป็นรายคู่ โดยจำแนกตามเวลาในการฟังดนตรี ด้วยสถิติ Scheffe'.....	97
7. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความปวดในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการฟังดนตรี.....	98
8. แสดงประเภท ของดนตรี และระยะเวลาในการฟังดนตรี.....	133
9. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด หลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในวันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด.....	134
10. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวด หลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	135

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. ชนิดของความปวด	20
2. กลไกแสดงการเกิดความปวดซึ่งเกิดจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย.....	21
3. สารเคมีซึ่งเป็นตัวกลางจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีบทบาททำให้เกิดความปวด	22
4. ภาพตัดขวางของ dorsal horn ซึ่งแสดงตำแหน่งที่เข้าของ A α ,C และ A β fiber..	23
5. Gate control theory ของ Melzaack & Wall (1965).....	23
6. เส้นทางของความปวด.....	24
7. Central modulation of pain perception	25
8. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลังจากการเกิด central sensitization ของระบบประสาทในไขสันหลัง (WDR).....	26
9. ผลของการกระตุ้น NMDA receptor ด้วย EAAs ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ของ WDR neuron หลายอย่างซึ่งนำไปสู่การเกิดความปวดเรื้อรัง.....	27
10. Projection ของ spinal neuron ไปยัง sensory และ affective area ของสมอง..	28
11. แบบจำลองการจัดการอาการ.....	49
12. ไดอะแกรมแสดงขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการความปวดที่เน้นการฟังดนตรี.....	63
13. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	74
15. กราฟเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการฟังดนตรี ทั้ง 4 ครั้ง.....	98

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดเปิดช่องท้องเป็นการผ่าตัดที่พบได้บ่อยในหน่วยงานศัลยกรรม เนื่องจาก ตำแหน่งช่องท้อง เป็นตำแหน่งที่มีอวัยวะต่างๆ เช่น กระเพาะอาหาร ตับ ตับอ่อน ท่อน้ำดี ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ เป็นต้น ซึ่งการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องสามารถเกิดขึ้นได้ ทุกเพศ ทุกวัย ทำให้ อุบัติการณ์การผ่าตัดมากขึ้น รวมทั้งการเกิดอุบัติเหตุ หรือการได้รับบาดเจ็บของช่องท้อง ยังเป็น สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน จากสถิติการผ่าตัดของ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคใต้ พบว่าอัตราการผ่าตัดเกี่ยวกับ ช่องท้องทั้งแบบฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี 2545-2549 มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ดังนี้ 3,468, 3,296, 3,554, 3,664 และ 3,786 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี) ซึ่ง พบว่าร้อยละ 80 เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินโดยส่วนใหญ่ เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ลำไส้ อุดตัน ไส้เลื่อน หรือการผ่าตัดที่เกิดจากอุบัติเหตุ

การผ่าตัดเปิดทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน เป็นการผ่าตัดที่เร่งด่วนกระทำเมื่อผู้ป่วยมีอันตราย เสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือความพิการ เพื่อป้องกันการสูญเสียชีวิตและลดการเกิดความพิการ โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน มักไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจที่จะรับ การผ่าตัด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดภายหลังการวินิจฉัยจากแพทย์ก่อนได้รับการผ่าตัดเพียง 24 ชั่วโมง (DeNoon, 2003; Smith, 2003) ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากไม่ เข้าใจเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย และการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยกลัวในสิ่งที่ต้องเผชิญในระหว่างการ ผ่าตัดและหลังผ่าตัด กลัวความล้มเหลวหรือความไม่ประสบผลสำเร็จในการผ่าตัด กลัวการดม ยาสลบ กลัวความพิการ กลัวตาย กลัวการพลัดพรากจากครอบครัวหรือบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเกิด ความปวดในระยะหลังผ่าตัดรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อม (Caldwell, 1991; Cupples, 1991; DeLong, 1992) นอกจากนี้ Chapman (1985) พบว่า ช่วงก่อนการผ่าตัดเปิด ช่องท้องแบบฉุกเฉิน เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดความสับสน เครียด วิตกกังวล กลัวความไม่มั่นคงต่อ ชีวิต กลัวการถูกแยกจาก โดยมีสาเหตุมาจากความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวใน สิ่งที่ต้องเผชิญระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ทำให้มีผลกระทบต่อตอบสนองทางสรีรวิทยา และมีการรับรู้เกี่ยวกับความปวดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อม การพยาบาล ในระยะนี้จึงเป็นการเตรียมตัวผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ พยาบาลต้องมีการประเมินและดูแลให้ ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ โดยดูแลให้คำแนะนำหรือความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดที่

จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยในระยะนี้ไม่มีสมาธิที่จะรับฟังข้อมูล 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 Ashburnและคณะ (2001) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 80 รับรู้ความปวดในระยะหลังผ่าตัดในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลันและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัดพบว่า ความปวดจะมีความรุนแรงมาก ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เพียงพอในระยะนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (พงษ์ภรดี เจาทะเกษตริณ, 2539; Good, 1999: 152; Ashburnและคณะ, 2001; Rahman และ Beattie, 2005: 145) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายภายหลังการผ่าตัดมักมีอุปสรรคต่างๆ ติดตัว เช่น ท่อระบายจากแผลผ่าตัด การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายจุก ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วย เนื่องจากมีการดึงรั้งขณะเคลื่อนไหวร่างกาย (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2542: 176) ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย หายใจเบาถี่ขึ้น ไม่กล้าไอ ส่งผลให้การระบายอากาศลดลงมีการคั่งค้างของเสมหะเกิดภาวะถุงลมปอดแฟบเกิดการติดเชื้อ (Balfor, 1989: 28) และยังเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ได้แก่ การเกิดลิ้มเลือดอุดตัน ระบบทางเดินอาหารทำงานไม่ปกติ มีภาวะท้องอืด การนอนหลับถูกรบกวน และพักผ่อนได้น้อย ส่งผลให้เกิดความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งในภาวะนี้ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์และแคทีโคลามีนเพิ่มขึ้น โดยฮอร์โมนมีผลต่อการยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน ยับยั้งการสร้างและสะสมพลังงาน บั่นทอนความสามารถในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอ และกระบวนการหายของแผล กดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งเพิ่มภาวะการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดมากขึ้น หรืออาจเป็นสาเหตุให้ความปวดกลายเป็นความปวดชนิดเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษา และกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้ช้าลง (ประสงค์ คุณทรงเกียรติ, 2534: 1-2; Bray, 1986: 674; Copp, 1984; Rahman และ Beattie, 2005: 145)

ความปวดที่รุนแรงในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน มีผลมาจากปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความปวด เนื่องจากการผ่าตัดเปิดช่องท้อง เป็นความปวดที่เกิดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายขณะผ่าตัดจากศัลยแพทย์ โดยใช้มีดกรีดผ่านผิวหนังและเนื้อเยื่อต่างๆ เป็นผลให้ปลายประสาทรับความรู้สึกปวดที่ผิวหนัง หลอดเลือด เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เนื้อเยื่อพังผืด และกล้ามเนื้อถูกกระตุ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อซึ่งได้รับภัยอันตรายจะปล่อยสารเคมีต่างๆออกมา เช่น โพรสตาแกลนดินอีทู ออกมาทำให้กระแสประสาทรับความรู้สึกปวดถูกกระตุ้น ส่งเสริมให้มีความปวดเพิ่มมากขึ้น (Coda และ Bonica, 2001; Cousins และ Power, 1999) นอกจากนี้ยังมีการหลั่งสารเคมีอื่นๆ เช่น ฮีสตามีน แบริดดีโคจีน ออกมา ทำให้หลอดเลือดบริเวณที่ได้รับภัยอันตรายมีการขยายตัว เป็นผลให้มีการคั่งของเลือดบริเวณนั้น และเพิ่มความสามารถในการซึมผ่านของสารเหลวในหลอดเลือดฝอย ทำให้บริเวณแผลผ่าตัดมีอาการบวม และกดปลายประสาทรับความรู้สึกปวด ผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกปวดบริเวณแผลผ่าตัดมากขึ้น (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2542: 55-56; Boss, 1992: 1498; Heffline, 1990: 321-322; Migneaultและคณะ, 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) ส่วนปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมมีผลต่อความปวดเป็นอย่างมาก เนื่องจากจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี หรืออาจส่งเสริมให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นก็ได้ สิ่งแวดล้อมที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัว และอดทนต่อสิ่งรบกวนได้มากขึ้น ส่วนสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความเครียด ทำให้บุคคลต้องใช้พลังงานมากขึ้น พลังงานสำรองลดลง ความสามารถในการใช้กลไกการปรับตัวลดลง ฉะนั้นความอดทนต่อความปวดก็จะลดลงด้วย และการรับรู้ต่อความปวดก็จะเพิ่มขึ้น (Ulrich, 1984: 420-421) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพภายในห้องที่ไม่เหมือนบ้าน การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นที่ไม่คุ้นเคย และมีสิ่งรบกวนความสบาย เช่น เสียงที่ดังรบกวน อากาศร้อนอบอ้าว กลิ่นที่รบกวนของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล และรับรู้ความปวดมากขึ้น

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) (วรีณี เล็กประเสริฐ, 2544; Curtis, Kolotylo, และ Broom, 1998; Herr และ Mobily, 1999; Smeltzer และ Bare, 2000; Wilkie, 2000) สำหรับวิธีการจัดการความปวดด้วยยา แม้จะไม่ใช่บทบาทอิสระของพยาบาล แต่พยาบาล ต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาความปวดชนิดต่างๆ ที่แพทย์นำมาใช้ในการบำบัดความปวดในระยะหลังผ่าตัด รวมถึงผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อที่จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ในการให้ยาบรรเทาความปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ อย่างมีประสิทธิภาพ และเพียงพอในการจัดการกับความปวด รวมทั้งปราศจากภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้รวมถึงบทบาทในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับแผนการรักษา โดยให้ยาบรรเทาความปวดของแพทย์

วิธีการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นวิธีการที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการระงับปวดด้วยยา และช่วยลดขนาดการใช้ยาระงับปวดลง (Sloman, 1995; Syrjala, Cumming และ Donaldson, 1992; Syrjala, Donaldson, Davis, Kippes, และ Carr, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการแบ่งวิธีการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยาไว้เป็น 3 หมวด ใหญ่ๆ ได้แก่ วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย (physical-interventions) เช่น การนวด การกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง และการจัดท่า เป็นต้น วิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ (cognitive-behavioral interventions) เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจในรูปแบบต่างๆ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การให้ข้อมูล และฝึกปฏิบัติตัว เป็นต้น และการใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การสอนร่วมกับการสัมผัส การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เป็นต้น ซึ่งพบว่าสามารถลดความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ มีรายงานการวิจัยสนับสนุนว่า ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ไม่ได้รับการจัดการกับความปวดที่เพียงพอ ทำให้เกิดความปวดแบบเรื้อรังตามมา ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากยิ่งขึ้น (จำเริญ สรพิพัฒน์,

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 (ทัศนาศา บัญทอง, 2531) ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการให้ข้อมูลและการฟังดนตรีในการจัดการความปวด เพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การให้ข้อมูล เป็นการจัดการความปวดที่อาศัยกระบวนการคิด และการกระทำที่เน้นให้บุคคลสามารถเผชิญกับประสบการณ์ความปวด และช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น (Herry และ Mobily, 1999) ช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับ ความอดทนต่อความปวด จึงมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูล เช่น อูรวาดิ เจริญไชย (2541) ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวด พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความปวด และพฤติกรรมตอบสนองต่อความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ อุบล จวงพานิช และคณะ (2538) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีความรู้สึกความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม อย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูล พบว่าส่งผลต่อการลดความปวดหลังการผ่าตัดได้จริง แต่ยังไม่มียางานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินอย่างจริงจัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการศึกษาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะมีประโยชน์เป็นอย่างยิ่ง

การฟังดนตรี เป็นการจัดการความปวดอีกวิธีหนึ่งที่จัดอยู่ในใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อช่วยในการลดการรับรู้ความปวด และเพิ่มความอดทนต่อความปวด โดยการฟังดนตรีเป็นวิธีการจัดการความปวดที่สะดวกและง่ายแก่การใช้ ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ได้เองตามความพอใจ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จากการฟังดนตรี ได้มีผู้ทำการศึกษา

เกี่ยวกับดนตรีต่อความปวดหลายการศึกษา 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 ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี น่าจะมีความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความปวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งกล่าวว่า อาการ หรืออาการแสดง เป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และรบกวนการทำงานวัตรประจำวัน โดย Dodd และคณะ (2001) มีแนวคิดว่าการจัดการอาการต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นพร้อมๆกัน และการจัดการ

อาการ เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากการจัดการความปวดจะมีประสิทธิภาพดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย 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 โดยโปรแกรมนี้ออกแบบมาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการฟังดนตรี ซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานมาใช้ในการจัดการความปวดที่เกิดขึ้น

การจัดการความปวดโดยการฟังดนตรี โดยดนตรีทำหน้าที่ปรับเปลี่ยนอารมณ์และ ความรู้สึก การรับรู้ จดจำ ทำให้เกิดความสนใจ มีสมาธิ เพลิดเพลิน และส่งผลสัญญาณประสาทลง มาที่ระบบลำเอียงส่วนกลาง คือ เรติคูลาฟอร์เมชัน 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 เอกสันติวงศ์, 2535 อ้างถึงใน เอมอร ดุลยโกศาจร, 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 ประกอบด้วยคู่มือ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยให้ข้อมูลตามการประเมินความต้องการของผู้ป่วย และประเมินในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบเพื่อปรับการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาครอบคลุมรายละเอียดดังนี้ ความหมายของความปวด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดให้รุนแรงมากขึ้น ผลกระทบของความปวด การจัดการความปวด (มีรายละเอียดดังนี้ คือ การรายงานความปวด การขอความช่วยเหลือ การใช้ยาระงับปวด และวิธีการลดความปวดโดยไม่ใช้ยา) ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรีเพื่อลดปวดและวิธีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความปวด ดังนี้

การจัดการความปวดโดยพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการความปวดด้วยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากขึ้น การประเมินระดับความปวดร่วมกับการรายงานจากผู้ป่วย (self-report) ดูแลให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา และติดตามผลการรักษาหลังให้ยาระงับปวด ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา บันทึกปริมาณ เวลาในการให้ยาระงับปวดอย่างสม่ำเสมอ และเป็นระบบแบบแผน ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความปวด เช่น ทักษะการหายใจ การจัดทำนอนผู้ป่วย 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 ดูแลจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายที่สุด และมีความปวดน้อยที่สุด เมื่อฟังดนตรีเสร็จให้นอนพัก 10 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

ประเมินผลของโปรแกรม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้เรื่องการจัดการความปวดว่าได้ผลอย่างไร เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย รวมทั้งประเมินผลจากการฟังดนตรีต่อการลดความปวด ประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวด

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรีจะมีความปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรีจะมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน 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 ที่

แสดงออกเป็นพฤติกรรมความปวด และความรู้สึกที่บุคคลนั้นบอกว่าจะมีความปวด ถ่ายทอดโดยการพูด การแสดงพฤติกรรม ซึ่งขึ้นกับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล โดยประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale; NRS) กำหนดระดับความปวด ตั้งแต่ 0–10 และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0, 5, 10 (0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย 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 แจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอน และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความปวด โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวด ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง จากนั้นประเมินโดยการประเมินความรู้และความต้องการความรู้ เกี่ยวกับการจัดการความปวด แนวทางการรักษาที่ได้รับ สาเหตุ และผลกระทบจากความปวด รวมทั้งการฟังดนตรีเพื่อลดปวดจากผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูล

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

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความปวด

การจัดการความปวดโดยพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการความปวดด้วยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากขึ้น การประเมินระดับความปวดร่วมกับการรายงานจากผู้ป่วย (self-report) ดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา และติดตามผลการรักษาหลังให้ยาบรรเทาปวด

ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา บันทึกรปริมาณ เวลาในการให้ยาระดับปวดอย่างสม่ำเสมอ และเป็นระบบแบบแผน ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความปวด เช่น ทักษะการหายใจ การจัดทำนอนผู้ป่วย การฝึกสมาธิ เป็นต้น

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

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

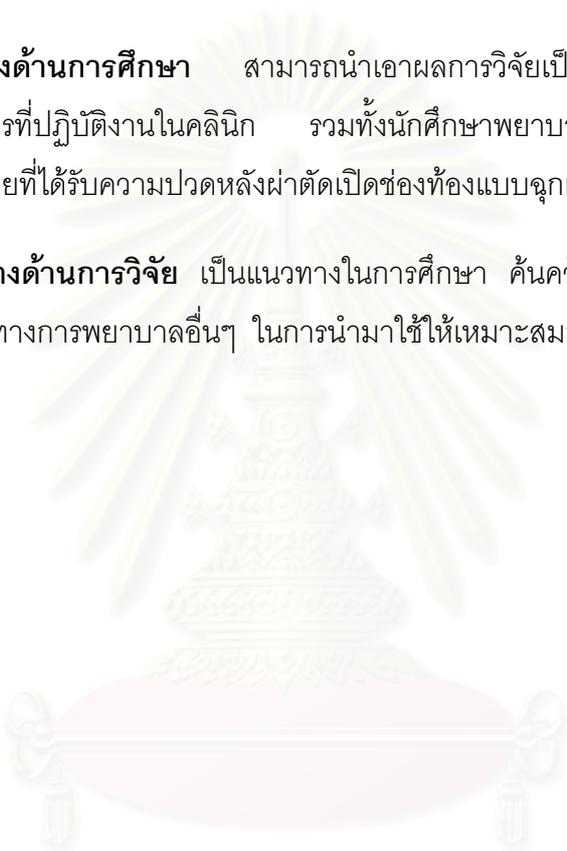
ประเมินผลของโปรแกรม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับ จากการนำความรู้เรื่องการจัดการความปวดว่าได้ผลอย่างไร เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย รวมทั้งประเมินผลจากการฟังดนตรีต่อการลดความปวด ประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวด

การผ่าตัดเปิดทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน หมายถึง การผ่าตัดที่เร่งด่วน เป็นการวินิจฉัยจากแพทย์ก่อนได้รับการผ่าตัด 24 ชั่วโมง กระทำเมื่อผู้ป่วยมีอันตรายเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือความพิการ เพื่อป้องกันการสูญเสียชีวิต และลดการเกิดความพิการ โดยผู้ป่วยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย ภายหลังจากทราบการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องเข้ารับการผ่าตัด โดยพยาบาลทำหน้าที่ดูแลเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย และการให้ข้อมูลที่จำเป็นก่อนการผ่าตัด และภายหลังจากการผ่าตัดเปิดช่องท้องผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลประจำการ ตามการรักษาของแพทย์ และมาตรฐานการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ได้แก่ การประเมินความปวด การจัดการความปวด การให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวแบบ Routine ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบทางเดียว ไม่ได้มีการประเมินการรับรู้การมีอาการของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

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



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร บทความ และ งานวิจัย ต่างๆ ในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความปวด
 - 1.1 ความหมายของความปวด
 - 1.2 ทฤษฎีความปวด
 - 1.3 ประเภทของความปวด
 - 1.4 กลไกการเกิดความปวด
 - 1.5 ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปวด
 - 1.6 ผลกระทบของความปวด
 - 1.7 การประเมินความปวด
 - 1.8 แบบประเมินความปวด
2. แนวคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
3. การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
4. แนวคิดเกี่ยวกับแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001)
5. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล
 - 5.1 ความหมายของการให้ข้อมูล
 - 5.2 ประเภทของข้อมูล
 - 5.3 วิธีการและแนวทางในการให้ข้อมูล
 - 5.4 การให้ข้อมูลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง
6. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรี
 - 6.1 ความหมายของดนตรี
 - 6.2 คุณสมบัติของดนตรี
 - 6.3 กลไกของดนตรี
 - 6.4 ผลของดนตรี
 - 6.5 ดนตรีกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
7. โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับความปวด

คำว่า “ความปวด” หรือ “ความเจ็บปวด” หรือ “อาการปวด” ซึ่งในการศึกษานี้เรียกว่า “ความปวด” มาจากคำในภาษากรีกว่า “โพอิน” (poine) และภาษาลาตินว่า “โพเอน” (poene) ซึ่งหมายถึงการทำโทษ (punishment) (Curtis และคณะ, 1998 อ้างถึงใน นวลสกุล แก้วฉาย, 2545) ความปวดเป็นประสบการณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงจากการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่ซับซ้อนยากที่จะอธิบายได้จริง

1.1 ความหมายของความปวด

มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับความปวดไว้อย่างมากมาย ดังนี้

ความปวด หมายความว่า ปวด แสบ ความปวด ปวดร้าว ทำให้ปวดร้าวด้วยความปวดร้าวหัวใจ ทำให้เสียใจ (พจนานุกรมไทยวัฒนาพานิช New Model English–Thai, 2002)

ความปวด เป็นความไม่สุขสบายเนื่องจากโรคภัย หรือภัยอันตรายต่อร่างกาย รวมทั้งความไม่สบายในจิตใจ ความอึดอัดใจ หรือความเศร้าโศก (Webster New Collegiate Dictionary, 1961)

ความปวด เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อคนคนนั้นได้รับความปวดทั้งในด้านร่างกาย และจิตใจ ในด้านร่างกายเป็นเรื่องของความทุกข์ทรมานซึ่งตรงกันข้ามกับความสุขสบาย ส่วนทางด้านจิตใจเป็นเรื่องของความกังวล ความเศร้าโศกกระทบทุกข์ (The Oxford English Dictionary, 1999)

นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ให้ความหมายของความปวดไว้อีกดังนี้

สุพร (2528) กล่าวว่าความปวด เป็นผลมาจากการที่เนื้อเยื่อได้รับอันตราย และปล่อยสารเคมีบางชนิดไปกระตุ้นปลายประสาทที่รับความรู้สึก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการรับรู้ความปวดขึ้น

ปรีชา สุนทรานันท์ (2534) ให้ความหมายว่า ความปวดคือ ความรู้สึกไม่สบายทางร่างกายและอารมณ์ ซึ่งเกิดจากการทำงานตอบสนองของระบบประสาทต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือการอักเสบ เป็นประสบการณ์เฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งมีส่วนของความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมรวมอยู่ด้วย

McCaffery (1979) กล่าวถึง ความปวด ว่าเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกำลัง ประสบกับความปวดอยู่ และความปวดนั้นยังคงมีอยู่เมื่อเขาบอกว่ามี

Feldman (1991) ให้ความหมายของ ความปวด ไว้ว่า เป็นความไม่สุขสบาย ก่อให้เกิดความรำคาญ และหมกมุ่นตลอดเวลาที่มีความปวดนั้นยังคงอยู่ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ สลับซับซ้อนของแต่ละบุคคล และเป็นธรรมชาติที่แต่ละบุคคลประสบ จะเสาะแสวงหาวิธีหลีกเลี่ยง การดูแลการรักษาตนเองให้หายจากความปวดนั้น

Boss (1992) กล่าวว่า ความปวด เป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่ สลับซับซ้อนในด้านชีววิทยา ด้านจิตสังคม ยากที่จะให้ความหมายชัดเจนลงไป หรือเป็นปฏิกริยา การตอบสนองของร่างกายที่เกี่ยวกับสังคม และวัฒนธรรมนั้น ๆ

Price (1990: 43) กล่าวว่า ความปวด เป็นประสบการณ์รวมหลายอย่างที่มีความ เฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคล ความรู้สึกนี้สามารถถ่ายทอดให้รู้ได้ด้วยการพูด และการ แสดงกริยาท่าทาง การที่จะรู้และเข้าใจความปวดของบุคคล จะต้องทราบปัจจัยเกี่ยวกับ วัฒนธรรม อารมณ์ และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น

สมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติ (The International association for the Study of Pain: IASP) (2003) ให้ความหมายของความปวด ว่าเป็นประสบการณ์อารมณ์ และ ความรู้สึกไม่สุขสบาย เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับการทำลายเนื้อเยื่อ หรือบรรยายเสมือนว่า มีการทำลายเนื้อเยื่อ

Aristotle นักปราชญ์ผู้มีชื่อเสียงในสมัยโบราณกล่าวว่า ความปวด เป็นเรื่องของ อารมณ์ความรู้สึก เป็นสิ่งที่สวนทางกับความพึงพอใจและก่อให้เกิดความไม่ยอมนับประการ (Bonica, 1990 ; Montes-Sและoval, 1999 ; Cheng, 2003)

Plato (1887: 427–347) เสนอความคิดเห็นว่า ความปวด เป็นเรื่องของจิต วิญญาณ ความพึงพอใจ ความสบายใจ เชื่อว่าความปวดจะถูกระงับจากปลายประสาทรับ ความรู้สึก โดยขึ้นอยู่กับความรู้สึกและอารมณ์ภายในจิตใจ ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการ บรรเทาความปวด (Bonica, 1990; Cheng, 2003)

นวลสกุล แก้วลาย (2545) กล่าวว่า ความปวดหลังผ่าตัด หมายถึง ประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึกไม่สุขสบาย ที่เกี่ยวข้องกับภาวะที่เนื้อเยื่อได้รับอันตราย

จากการผ่าตัด โดยสามารถประเมินได้จากการรายงานของผู้ป่วย การสังเกตพฤติกรรม หรือการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ตอบสนองต่อความปวด และปริมาณยาระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับ

สรุปว่า ความปวด คือ ประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลายเกิดความปวด ซึ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย และจิตอาวมณ์ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมความปวด และความรู้สึกที่บุคคลนั้นบอกว่ามี ความปวด ถ้ายทอดโดยการพูด การแสดงพฤติกรรม ซึ่งขึ้นกับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล

1.2 ทฤษฎีความปวด

มีทฤษฎีความปวดหลายทฤษฎี ที่อธิบายเกี่ยวกับกลไกการเกิดความปวด คือ ทฤษฎีจำเพาะ ทฤษฎีไม่จำเพาะ ทฤษฎีรวมตัว ทฤษฎีควบคุมประตู และทฤษฎีทางควบคุมความปวดภายใน ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ (สุพร พลยานันท์, 2528)

1.2.1 ทฤษฎีจำเพาะ (Specificity theory)

เป็นทฤษฎีแรกสุดที่เชื่อว่า มีตัวรับความปวดในเนื้อเยื่อ โดยเฉพาะการกระตุ้นให้เกิดความปวดอย่างเดี่ยว ส่งสัญญาณไปตามใยประสาทเอ เดลตา และใยประสาท ซี แล้วนำส่งขึ้นไปตามทางเดินกระแสประสาท Lateral spinothalamic ในไขสันหลังไปสิ้นสุดที่ศูนย์ประสาทรับความปวดในทาลามัส (Feldman, 1991: 92-93; Melzack และ Wall, 1975: 4-5)

1.2.2 ทฤษฎีไม่จำเพาะ (Non-specificity theory)

ทฤษฎีนี้ตรงกันข้ามกับทฤษฎีจำเพาะ (Specificity theory) และเชื่อว่าไม่มีเครื่องรองรับ และใยประสาทสำหรับความปวดเฉพาะ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นที่แรงพอก็ทำให้เกิดความปวดได้ เช่น ความร้อน ความเย็น ไฟฟ้า สารเคมี เสียงดังมาก ๆ เป็นต้น สิ่งกระตุ้นเหล่านี้ไปกระตุ้นเครื่องรับความปวดชนิดเดียวกันหรือหลายชนิดก็ได้ แล้วส่งพลังประสาทไปตามทางเดินประสาทไปยังสมอง (Bond, 1977 อ้างถึงใน สุพร พลยานันท์, 2528) ซึ่งสามารถอธิบายเกี่ยวกับการกระตุ้นเครื่องรับความรู้สึกอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ความปวดก็เกิดความปวดได้

1.2.3 ทฤษฎีแบบแผน (Pattern theory)

กล่าวว่า ความปวด ไม่ได้เกิดจากการกระตุ้นตัวรับเฉพาะความปวดเท่านั้น แต่อาจเกิดจากการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกอื่น ๆ ก็ได้ โดยการนำเข้าของสัญญาณประสาทหลายชนิดสามารถประกอบขึ้นเป็นแบบแผนสัญญาณประสาทที่แน่นอน และแบบแผนสัญญาณประสาทนี้

จะส่งผ่านขึ้นสู่ประสาทส่วนกลางแล้วแปลออกเป็นความรู้สึกความปวด (Feldman, 1991: 92-93; Melzack และ Wall, 1975: 6-7)

1.2.4 ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory)

ปี พ.ศ.2508 Melzack และ Wall ได้ศึกษาพบว่า ความปวดมีการควบคุมโดยมีระบบการควบคุมประตู ผ่านทางกระแสประสาทในไขสันหลังบริเวณเอสจี โดยกระแสประสาทที่ได้รับการกระตุ้นจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย จะผ่านใยประสาทขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก พุ่งเข้าไปประสานกับเซลล์ ซึ่งทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทส่วนปลาย เรียกว่าเซลล์ ที่ ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของสมองให้รับรู้ และเกิดความปวด แต่ก่อนที่จะผ่านไปยังเซลล์ ที่ กระแสประสาทจะต้องผ่านเซลล์เอส จี ซึ่งทำหน้าที่ยับยั้งหรือปิดกั้น การผ่านของกระแสประสาทไปสู่เซลล์ ที่ การยับยั้งได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นกับการเพิ่มกระแสประสาทในใยประสาทใหญ่และเล็ก ถ้าใยประสาทขนาดใหญ่มีกระแสประสาทมากกว่าจะไปกระตุ้นเซลล์ เอส จี ให้ทำงานทำให้มีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทไม่ให้ไปประสานกับเซลล์ ที่ จึงเป็นการยับยั้งการทำงานของเซลล์ ที่ ในการส่งข่าวหรือการรับรู้ไปยังสมองความปวดจะไม่เกิดขึ้น แต่ถ้าพลังกระแสประสาทเพิ่มขึ้นในใยประสาทขนาดเล็ก จะไปยับยั้งการทำงานของเอส จี หรือลดการปิดกั้นทางผ่าน เปิดทางให้กระแสประสาทผ่านเข้าไปประสานกับเซลล์ ที่ จะเกิดการกระตุ้นให้สมองได้รับรู้ส่งผลเป็นความปวด แสดงให้เห็นว่าใยประสาทขนาดเล็กทำหน้าที่นำกระแสประสาทที่ทำให้เกิดความปวด ส่วนใยประสาทขนาดใหญ่นำกระแสประสาทที่ช่วยปิดกั้นความปวด ซึ่งการเพิ่มกระแสประสาทในใยประสาทใหญ่อาจทำได้ง่าย เช่น การลูบ การนวด และการสัมผัสเพื่อนในระดับที่พอเหมาะจะช่วยลดความปวด

นอกจากนี้ ระบบการควบคุมประตู ยังได้รับการกระตุ้นจากสมอง ซึ่งมีกลไกส่วนกลางทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ ความจำ การเตรียมพร้อม และกลไกควบคุมส่วนกลางได้รับกระแสประสาทจากใยประสาทส่วนใหญ่วิ่งด้วย ดังนั้นสภาวะอารมณ์จิตใจ และประสบการณ์ต่างๆ จึงมีส่วนในการที่บุคคลจะตอบสนอง หรือควบคุมความปวดเป็นอย่างมาก สามารถอธิบายกลไกการเกิดความปวด โดยเน้นถึงพลังประสาทนำเข้ามาจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย จะถูกปรับสัญญาณในระดับไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความปวดในระดับสมอง ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ (สุรพล พลยานันท์, 2528: 25-31; Meinhart และ McCaffey, 1983: 64)

1.2.4.1 กลไกการปรับสัญญาณเป็น “ระบบควบคุมประตู” (Gate control system) อยู่ในระดับไขสันหลัง บริเวณ substantia gelatinosa โดยทำหน้าที่ปรับสัญญาณนำเข้าระหว่างพลังประสาท 2 กลุ่ม คือ พลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก และพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ กล่าวคือ พลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ไปปิดประตูส่วนพลัง

ประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กไปเปิดประตู เมื่อมีสิ่งกระตุ้นต่อร่างกายจะเกิดพลังประสาทจากใยประสาททั้ง 2 กลุ่มนี้ เข้าสู่ระบบควบคุมประตู ถ้าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กมีมากกว่าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ สัญญาณความปวดจะส่งออกจากระบบควบคุมประตูไปยังสมองจึงเกิดการรับรู้ความปวดนี้ แต่ถ้าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่า ระบบควบคุมประตูจะปิด ไม่มีสัญญาณนำเข้าขึ้นไปยังสมอง จึงไม่เกิดการรับรู้ความปวด

1.2.4.2 ใยประสาทขนาดใหญ่ส่งพลังประสาทไป 2 ทาง ทางหนึ่งนำพลังประสาทเข้าสู่ระบบควบคุมประตู อีกทางหนึ่งนำส่งพลังประสาทขึ้นไปยังระบบควบคุมส่วนกลาง (central control system) โดยทาง dorsal column pathway แล้วระบบควบคุมส่วนกลางจะย้อนกลับมามีอิทธิพลต่อการ เปิด-ปิด ประตูในระบบควบคุมประตู ต่อมาในปี พ.ศ. 2510 Melzack และ Casey ได้อธิบายต่อว่า เมื่อส่งสัญญาณความปวดผ่านระบบควบคุมประตู ในระดับไขสันหลังนำขึ้นไปยังสมอง เพื่อการรับรู้และการตอบสนองเป็นการทำงานของระบบที่ทำหน้าที่ เกี่ยวข้องอยู่ 3 ระบบ

1.2.4.2.1 ระบบรับรู้ และ แยกแยะ (Sensory-discriminative system) ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ แยกแยะ ความรุนแรง ลักษณะ และตำแหน่งของความปวดซึ่งส่งสัญญาณขึ้นไปยังสมอง โดยทาง neospinothalamic tract ไปยัง dorson thalamus และ sensory cortex

1.2.4.2.2 ระบบเร้าอารมณ์ (Motivational affective system) ทำหน้าที่เร้าอารมณ์ และสิ่งไม่พึงพอใจ ซึ่งส่งสัญญาณไปยังสมองทาง paleospino-thalamic tract ไปยัง medial thalamus, reticular formation, hypothalamus, limbic และ frontal cortex ระบบนี้จะแสดงผลกลับไปยังระบบควบคุมประตูด้วย

1.2.4.2.2 ระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) ทำงานโดยระบบประสาท ที่อยู่สูงขึ้นไป หรือระบบนีโอคอร์ติคอล ทำหน้าที่ประเมินสัญญาณนำเข้าเชิงประสบการณ์ในอดีต โดยแสดงต่อทั้งระบบรับรู้ และแยกแยะระบบเร้าอารมณ์ และระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลังด้วย

ทั้ง 3 ระบบนี้ ทำงานประสานกันและมีปฏิกริยาซึ่งกันและกัน เพื่อให้การรับรู้ความปวดสามารถบอกถึงตำแหน่ง ความรุนแรง ลักษณะความปวด และคุณสมบัติของตัวกระตุ้นได้อย่างละเอียด ร่วมกับการเกิดการเร้าทางอารมณ์ และการเตรียมพร้อมที่จะถอยหนีหรือจะสู้ แล้วจึงส่งต่อไปยังระบบการเคลื่อนไหว (Motor system) ซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับการแสดงออก และตอบสนองอันเป็นลักษณะของความปวด

1.2.5 ทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (Endogeneous pain control theory)

ในปี พ.ศ. 2518 Hughes และคณะ ได้พบสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีนอยู่ในร่างกาย (Endogenous opiate) ต่อมา พ.ศ. 2520 Jessell และ Iversen ได้ศึกษาและพบว่ากลไกการปรับสัญญาณนำเข้าไปในระดบไขสันหลัง ตามทฤษฎีเชื่อว่า เป็นการควบคุมประตูให้ปิด หรือเปิด เป็นการยับยั้งการทำงานระหว่างสารเคมี 2 ชนิด คือ enkephalin และ substance P กล่าวคือ เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้น โดยประสาทขนาดเล็กจะปล่อยสาร substance P บริเวณ dorsal horn ของไขสันหลัง ขณะเดียวกันโดยประสาทขนาดใหญ่ และโดยประสาทนำลงจากสมอง จะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์ของ substance gelatinosa ให้ปล่อยสาร enkephalin ซึ่งไปยับยั้งการทำงานของ substance P ทำให้ไม่มีสัญญาณไปกระตุ้น T-cell จึงไม่มีพลังประสาทส่งไปยังสมอง แต่ถ้าเมื่อใด enkephalin ไปยับยั้งการทำงานของสาร substance P ไม่หมด สาร substance P จะไปกระตุ้น T-cell ส่งสัญญาณไปยังสมอง และเกิดการรับรู้ความปวดนั้น (สุรพล พลยานันท์, 2528: 25-31; Boss, 1992: 1501; Denoon, 2003; Luckman, 1993: 44) สารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีนในร่างกาย ได้แก่

1.2.5.1 Enkephalin ทำหน้าที่ ควบคุมความปวด โดยมีบทบาทเป็นสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ถูกทำลายด้วยเอนไซม์ได้ง่าย มีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาในการควบคุมความปวดต่ำกว่าสารคล้ายมอร์ฟีนชนิดอื่น มีฤทธิ์แรงเพียง $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ เท่า ของมอร์ฟีน และออกฤทธิ์อยู่นานเป็นระยะเวลาหลายนาที่ พบได้ในสมองบริเวณ limbic system, periaqueductal graymatter, trigeminal spinal nucleus และ ไขสันหลัง บริเวณ substantia gelatinosa

1.2.5.2 Endorphin มีบทบาท เป็นสารควบคุมประสาท (neuromodulator) และเป็นฮอร์โมน มีประสิทธิภาพควบคุมความปวดมากกว่ามอร์ฟีนประมาณ 10 เท่า และมีระยะเวลาออกฤทธิ์ อยู่นานถึง 2-3 ชั่วโมง พบได้ในสมองบริเวณ hypothalamus, thalamus, ต่อมใต้สมอง และกระแสดโลหิต

1.2.5.3 Dynorphin มีประสิทธิภาพในการควบคุมความปวดสูงกว่า endorphin ถึง 50 เท่า จึงเรียกอีกชื่อว่า Dynamite endorphin

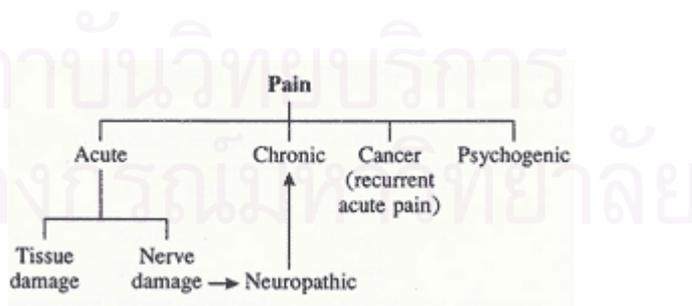
กล่าวโดยสรุป ได้ว่า องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความปวด ประกอบด้วยสิ่งกระตุ้นส่วนรับรู้ความปวด และวิถีประสาทนำความปวด ซึ่งอธิบายโดยทฤษฎีควบคุมประตู และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน โดยเน้นถึงพลังประสาทนำเข้าไปจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย จะถูกปรับสัญญาณในระดับไขสันหลัง ก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความปวดในระดับสมอง ซึ่งอธิบายว่ามี การถ่ายทอด(transmission) และตัดแปลง(modulation) กระแสประสาทเกิดขึ้น ในบริเวณต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย ส่วนประกอบสำคัญ 4 ส่วน คือ กลไกการควบคุมที่ระดับไขสันหลัง (spinal-

gate mechanism) ระบบควบคุมส่วนกลาง (central control) ระบบลำเลียงส่วนกลาง (central biasing system) และระบบตอบสนองต่อความปวด (action system) (Ignatavicius, 1995; Fields, 1999 อ้างถึงใน สุตกัญญา พัทวี, 2541) ซึ่งมีความสัมพันธ์ มีการทำงานของทั้งร่างกายและจิตใจ และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน ใช้อธิบายกลไกของร่างกายในการหลั่งสารที่มีฤทธิ์ควบคุมความปวด ซึ่งจะช่วยอธิบายการลดความปวดโดยการปิดประตูในทฤษฎีควบคุมประตูได้ชัดเจนมากขึ้น

1.3 ประเภทของความปวด

1.3.1 ความปวดแบบเฉียบพลัน (Acute pain) เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย ทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความปวด และเกิดการตอบสนองต่อความปวด ทั้งระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทอัตโนมัติ ระยะเวลาของความปวดมีระยะเวลาที่จำกัด ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของการทำลายเนื้อเยื่อ มักน้อยกว่า 6 เดือน เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ได้รับอุบัติเหตุ กระดูกหัก เป็นต้น

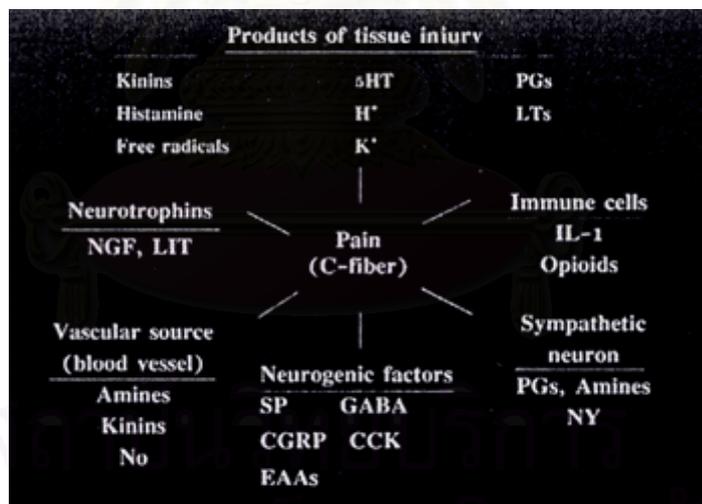
1.3.2 ความปวดชนิดเรื้อรัง (Chronic pain) เป็นความปวดที่มีระยะเวลานานเกินระยะเวลาของพยาธิสภาพของโรค หรือระยะการหายของแผล ความปวดจะค่อยๆ เกิดขึ้น และเป็นไปอย่างซ้ำๆ และไม่สามารถที่จะคาดการณ์ได้แน่นอน ว่าความปวดนั้นจะสิ้นสุดลงเมื่อใด โดยส่วนมากจะระยะเวลานานเกิน 6 เดือน (อาภรณ์ คำก้อน, 2545; Turk และ Okifuji, 2001) เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกบางรายที่มีการทำลายของผิวหนังในระดับระดับลึก (Second-Third degree burn) เป็นต้น



ภาพที่ 1 ชนิดต่างๆ ของความปวด ซึ่งมีทั้งหมด 4 ชนิด คือ ความปวดเฉียบพลัน ความปวดเรื้อรัง ความปวดจาก มะเร็ง และความปวดจากจิตใจ
ที่มา Dickenson (2002: 51-60)

Prostaglins และ leukotrienes pain sensitizers ช่วยให้ปลายประสาทของ C-fiber (nociceptor) อ่อนไหวมี threshold ที่ต่ำลง และถูกกระตุ้นด้วย K^+ ได้ง่ายขึ้น เมื่อ nociceptor ถูกกระตุ้น จะส่งกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทเข้าสู่ไขสันหลัง แต่ในขณะเดียวกัน จะมีกระแสประสาทบางส่วนวิ่งสวนทางออกไปยังทางแยกของ nociceptor (antidromic impulse) ไปหลังสาร substance P (SP) ออกจากปลายประสาท C-fiber นั้นเอง ซึ่ง SP ที่หลังออกมาจะมากกระตุ้น และขยายหลอดเลือดให้หลังสาร bradykinin (BK) ออกมาพร้อมๆ กัน การหลั่งสาร histamine (H) ออกจาก mast cells และสาร serotonin (5-hydroxytryptamine; 5HT) ออกจากเม็ดเลือด สารที่ถูกหลั่งออกมาทั้งหมดนี้ จะไปช่วยกระตุ้น nociceptor ทำให้ threshold ลดลงไป nerve action potential (NAP) วิ่งไปตามเส้นประสาทเข้าสู่ไขสันหลัง เพื่อส่งต่อไปยัง cerebral cortex แล้วเกิดเป็นความปวดขึ้น

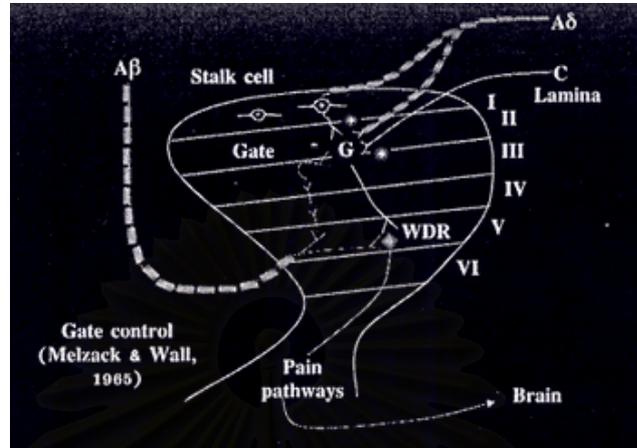
นอกจากสารทั้งหมดที่ได้กล่าวไปแล้ว ก็ยังมีสารเคมีอีกหลายตัวที่ถูกสร้าง และหลั่งออกมาบริเวณที่มีเนื้อเยื่อถูกทำลาย (บริเวณอักเสบ) เช่น CGRP, C5a, PAF, opioids, IL-1, NO, CCK เป็นต้น ซึ่งสารทั้งหมดนี้ จะช่วยกันเป็น sensitizing soup ทำให้การกระตุ้น nociceptor ของความปวดนั้นให้มี threshold ต่ำลง



ภาพที่ 3 สารเคมีซึ่งเป็นตัวกลางจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีบทบาททำให้เกิดความปวด (Cousins และ Power, 1999)

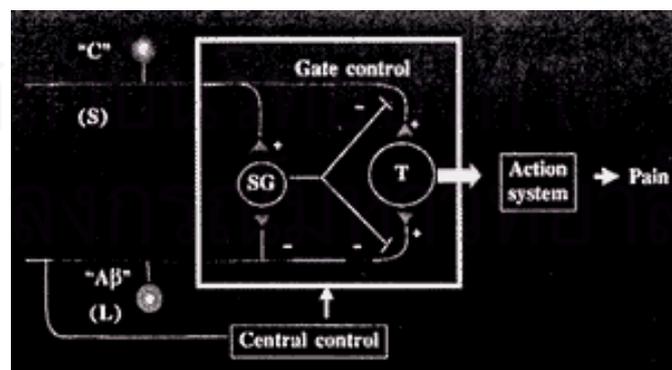
1.4.2 Transmission คือ การส่งกระแสไฟฟ้า ในรูปของ nerve action potential (NAP) จากปลายประสาท nociceptor ไปยังไขสันหลัง โดยเข้าทาง dorsal horn ไป synapse กับ second order neurons ดังแสดงไว้ภาพที่ 4 ซึ่งตำแหน่งที่เข้าของ A δ , C-fibers และ

large-diameter fiber ($A\beta$) อีกด้วย ซึ่งทั้งหมดนี้จะไปบรรจบกันที่ประตู (gate; G) ใน substantia gelatinosa (SG) ซึ่งอยู่ใน lamina 2 ของไขสันหลัง



ภาพที่ 4 ภาพตัดขวางของ dorsal horn ซึ่งแสดงตำแหน่งที่เข้าของ $A\delta$, C และ $A\beta$ fiber ซึ่งทั้งหมดนี้จะมี input ไปพบกันที่ G (gate) ใน lamina 2 ของไขสันหลัง (Cousins และ Power, 1999)

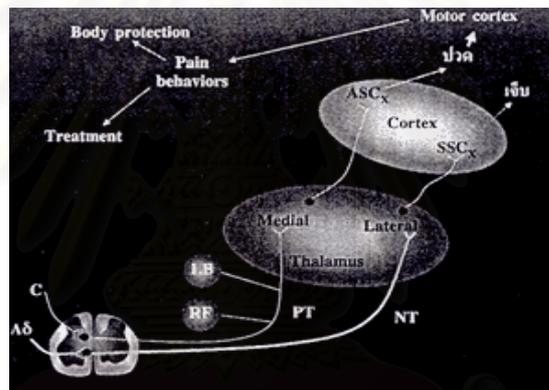
1.4.3 Modulation และ pathways เมื่อ NAP จาก nociceptor วิ่งเข้าประตูสันหลังทาง dorsals horn จะไปต่อกับ second order neurons หลายชนิด เช่น stalk cell, islet cell และ antenna cell ซึ่งอาจสรุปได้ว่าทั้ง $A\delta$, C และ $A\beta$ fiber จะไป synapse กับ second order cell เหล่านี้ซึ่งจะไป synapse substantia gelatinosa หรือ gate ซึ่งทำหน้าที่เป็นประตูเปิด-ปิด รับความรู้สึกตามทฤษฎีของ Melzack และ Wall (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 5 Gate control theory ของ Melzack และ Wall (1965) (Cousins และ Power, 1999)

เส้นประสาทขนาดใหญ่และเส้นประสาทขนาดเล็ก (S; C-fiber) จะส่งความรู้สึกเป็นกระแสไฟฟ้าไปยัง substantia gelatinosa (SG) และ central transmission cell (CT) ของ

spinal cord เมื่อกระตุ้น L-fiber จะมีผลกระตุ้นการทำงานของ T cell เป็นการปิดประตู ทำให้ไม่ได้รับความรู้สึกปวด ในทางตรงกันข้าม ถ้ากระตุ้น S-fiber จะไปยังการทำงานของ SG cells ทำให้ประตูเปิดรับความรู้สึกปวดได้ โดยที่การกระตุ้น A β จะปิดประตูรับความปวด แต่การกระตุ้น C-fiber จะเป็นการเปิดประตูส่ง nerve impulse ผ่านไปยัง wide dynamic range neuron (WDR) ใน lamina 5 ซึ่งจะไปทำเป็น pain pathways เข้าสู่ thalamus นอกจากนี้ที่ตัวประตู ยังมีการควบคุมการเปิด-ปิดจาก higher centers ของสมองอีกด้วย central control A δ จะกลายเป็น pain pathway ที่มีชื่อว่า neospinothalamic tract (NT) วิ่งตรงเข้าสู่ lateral thalamus แล้วไปสิ้นสุดที่ somatosensory cortex ซึ่งแปลตามความรู้สึกเจ็บ C-fiber จะกลายเป็น paleospinothalamic tract (PT) โดยมีสาขาแยกไปยัง reticular formation (RF) และ limbic system (LM) และไปสิ้นสุดที่ association cortex โดยผ่านทาง medial thalamus เป็นความปวด ซึ่งมีทั้งความทุกข์ทรมานและต้องการบำบัดรักษา (ภาพที่ 6)



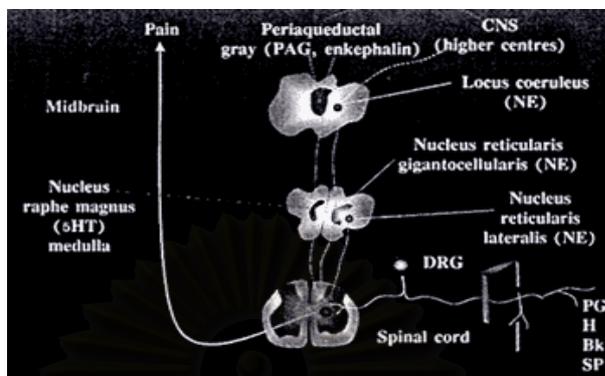
ภาพที่ 6 เส้นทางของความปวด (Cousins และ Power, 1999)

1.4.4 Pain perception ความรู้สึก เจ็บ และ ปวด นั้น เกิดขึ้นใน thalamus แต่ตัวแปลความรู้สึกที่สำคัญนี้อยู่ที่ cortex ด้วย

1.4.5 Pain behaviors โดยกระแสประสาทจาก association cortex (ASCx) จะส่งผ่านไปยัง motor cortex เพื่อบอกว่ามีความปวดเกิดขึ้นแล้ว และร่างกายก็จะแสดงอาการนี้ออกมาได้หลายรูปแบบ เช่น ร้องครวญ หน้าหนีว คิ้วขมวด เป็นต้น ส่วน impulse จาก somatosensory cortex (SSCx) จะส่งผ่านไปยัง motor cortex เพื่อเตือนให้ร่างกายทราบว่า มีอันตรายที่เกิดขึ้นให้หลีกเลี่ยงเสีย

กลไกการเกิดความปวด โดยกระบวนการทั้ง 5 นี้ รวมกันเรียกว่า nociception ซึ่งหมายถึง การที่ noxious stimuli (เข็มแทง มีดบาด น้ำร้อนลวก) ถูกเปลี่ยนให้เป็นกระแสไฟฟ้า (electrical impulse) วิ่งไปตามเส้นประสาท C-fiber เข้าสู่ไขสันหลัง และถูกส่งต่อไปยังระบบ

ประสาทส่วนกลาง ซึ่งก่อนที่จะมีการแปลเป็นความปวดนั้นจะต้องถูก modulation ทั้งที่ gate และจาก higher brain center เสียก่อน (ภาพที่ 7)



ภาพที่ 7 Central modulation of pain perception ซึ่งมีทั้งหมดจาก 5 แหล่งในระดับ ต่าง ๆ กันของสมอง (Cousins และ Power, 1999)

ดังนั้นการที่ thalamus จะได้รับ pain impulse จากส่วน periphery มากน้อยเท่าไรนั้น เกิดจากผลของการหักล้างกันระหว่าง activation process ของ nociceptor และ inhibition จาก ทั้ง gate ในไขสันหลังจาก higher center ของสมองดังได้กล่าวไปแล้ว ดังที่สรุปไว้ในภาพที่ โดยทั่วไปแล้วความปวดเฉียบพลันจะมี peripheral sensitization ในระยะเวลาจำกัด ซึ่ง หมายความว่าความกระแสปะสาดอันเนื่องมาจาก activation process ของ nociceptor นั้นแพ้ inhibition แต่ในทางตรงข้ามความปวดเรื้อรังจะมี central sensitization ซึ่งเกิดขึ้นตลอดเวลา เพราะไม่มี inhibition มายับยั้งการส่งผ่านของกระแสประสาท ซึ่งบอกว่าปวดไปยังสมอง การเกิด central sensitization นั้นมีกลไกที่สลับซับซ้อนมาก ซึ่งจะได้กล่าวถึงในตอนความ ปวดเรื้อรัง

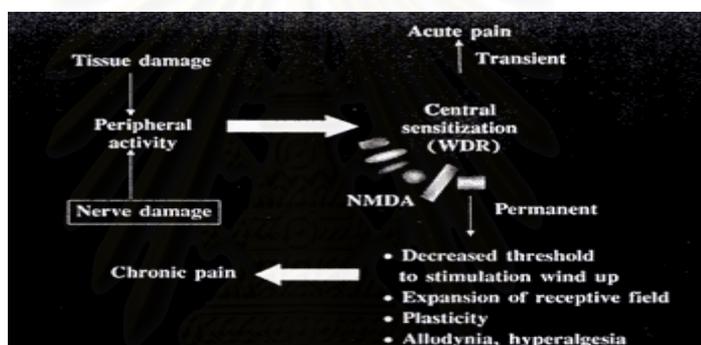
1.4.5.1 ความปวดเฉียบพลัน มีกลไกการเกิดจาก 5 ประการ กระบวนการนี้ ที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น คือ transduction, transmission, modulation และ pathways, pain perception และ pain behaviors แต่ว่าเป็น peripheral sensitization ที่สั้น หรือมีระยะเวลาที่ จำกัด (transient-sensitization) หรือค่อนข้างจะแน่นอน และสามารถคาดเดาได้ถูกต้อง โดยสรุป ความปวด ชนิดนี้มีคุณสมบัติและลักษณะดังนี้

1.4.5.1.1 มีลักษณะเป็น sharp shooting pain ทำให้รู้สึกไม่สบาย เกิดจาก การที่เนื้อเยื่อถูกทำลายและมีอาการอักเสบ (inflammation)

1.4.5.1.2 มีระยะเวลาของเวลาของความปวดนานกว่าเจ็บ ซึ่งเป็นความรู้สึกในช่วงสั้น ๆ ที่นำโดย A- fiber

1.4.5.1.3 C-fiber เป็น nociceptor ที่สำคัญในการรับความรู้สึก (ปวด) จาก periphery เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง

1.4.5.1.4 ไม่มี allodynia, hyperalgesia หรือความรู้สึกที่ผิดปกติ เพราะไม่มี central –sensitization ภายในไขสันหลังซึ่งถ้าอยู่นาน จะทำให้เกิดทางเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายหลายอย่าง (ภาพที่ 8) ซึ่งล้วนแต่เป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมาน จากความปวดชนิดนี้ทั้งนั้น ส่วนมากแล้วเป็นความปวดทางเรื้อรัง มักเกิดหลังจากเส้นประสาทถูกทำลาย (nerve- damage) มักมีลักษณะเฉพาะดังนี้

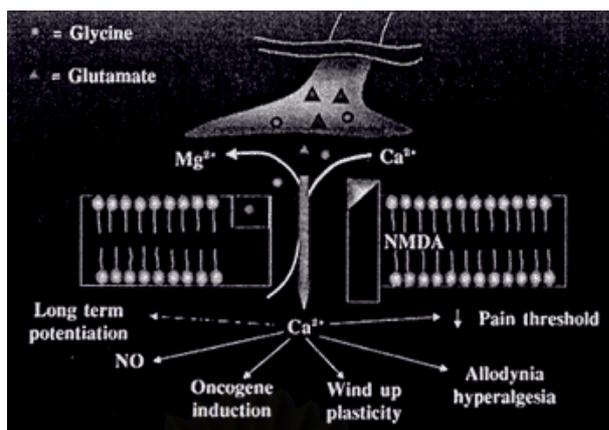


ภาพที่ 8 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลังจากการเกิด central sensitization ของระบบประสาทในไขสันหลัง (WDR) (Cousins และ Power, 1999)

1.4.5.1.5 ความปวดเป็นชนิด dull หรือ burning pain และอาจเกิดขึ้นตลอดเวลา หรือเป็นพัก ๆ ซึ่งความรู้สึกนี้เกิดจาก C-fiber ถูกทำลาย แต่ถ้ามี A-fiber ถูกทำลายด้วย ความผิดปกติที่เกิดขึ้นก็เป็นแบบความรู้สึกผิดปกติคล้ายเข็มแทง และความรู้สึกแปลก ๆ (dysesthesia)

1.4.5.1.6 ในบางครั้งความปวดจะเป็นแบบ shock-like, shooting pain ซึ่งปรากฏขึ้น ทั้ง ๆ ที่ไม่มีอะไรมากระตุ้น

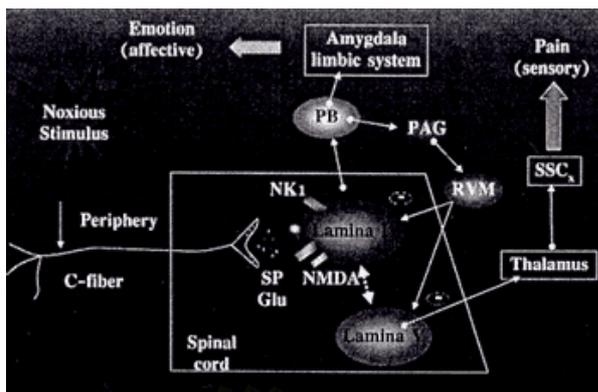
1.4.5.1.7 เชื่อว่ากลไกในระดับโมเลกุล ของการเกิดความปวดชนิดนี้เกิดจากการที่ NMDA receptor ที่อยู่กับ WDR neuron ของไขสันหลัง ถูกกระตุ้นตลอดเวลาด้วย excitatory amino acids (EAAs) โดยเฉพาะ glycine และ glutamate (ภาพที่ 9)



ภาพที่ 9 ผลของการกระตุ้น NMDA receptor ด้วย EAAs ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ WDR neuron หลายอย่างซึ่งนำไปสู่การเกิดความปวดเรื้อรัง (Cousins และ Power, 1999)

จากภาพที่ 9 จะเห็นว่าเมื่อเส้นประสาทถูกทำลาย และถูกปล่อยไว้สักระยะหนึ่ง ปลายประสาทส่วนที่เหลือยังไม่ตายจะหลั่ง EAAs เช่น glutamate และ glycine ออกมากระตุ้น NMDA receptor ของเส้นประสาทอีกเส้นหนึ่ง ซึ่งเคย synapse กัน การกระตุ้นนี้จะเป็น persistent stimulation ทำให้ Mg หลุดออกจาก channel แล้วปล่อยให้ Ca วิ่งเข้าเซลล์ ซึ่งถ้าเกิดเป็นระยะเวลานานๆ ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ได้รับกระตุ้นหลายอย่าง เช่น เกิดการสร้าง NO (nitrite oxide) ซึ่งจะกระจายไปรอบเซลล์ และทำลาย inhibitory interneurons ในบริเวณนั้น ตลอดจนวิ่งเข้าสู่ nucleus ทำให้เกิด gene-induction เกิดกระบวนการ wind up เกิด plasticity เกิดการลด pain threshold อันเป็นผลที่ทำให้เกิด allodynia และ hyperalgesia

ที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า ความปวดเป็น ความรู้สึก ที่เกิดเพื่อตอบสนองของกล้ามเนื้อที่ถูกทำลาย (motor response) ร่วมอยู่กับการรับความรู้สึกปวดนั้นๆ ด้วย ความปวดจึงประกอบด้วย 2 ส่วน คือความรู้สึก และอารมณ์เกิดขึ้นร่วมกัน เพราะ nociception จาก C-fiber stimulation นั้น มี pathway ไปทั้ง somatosensory cortex (sensory) และ limbic system (affective) ดังแสดงไว้ในภาพที่ 10



ภาพที่ 10 Projection ของ spinal neuron ไปยัง sensory และ affective area ของสมอง (Cousins และ Power, 1999)

1.5 ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปวด

1.5.1 ปัจจัยทางด้านสรีระ (Physical Factor)

1.5.1.1 ขีดเริ่มของความปวด (Pain Threshold) เป็นจุดที่บุคคลแต่ละบุคคลเริ่มรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวด ซึ่งแต่ละบุคคลมีระดับขีดเริ่มความปวดไม่เท่ากัน แม้จะอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน (ซูลิพร เซาท์เมธากิจ, 2522) ได้แก่ ความโกรธ ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล การนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และการไม่ได้รับการควบคุมความปวด จะทำให้ขีดเริ่มความปวดลดลง (Allocock, 1996)

1.5.1.2 ระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ความปวดขึ้นกับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวจะไม่รับรู้ต่อความปวด หรือผู้ป่วยที่ได้รับยากดระบบประสาทส่วนกลางจะรู้สึกซึมเซา ง่วงนอน ระดับความรู้สึกตัวลดลงกว่าปกติ การรับรู้ความปวดลดลงด้วย (สุพร พลยานันท์, 2528: 51)

1.5.1.3 อายุ พบว่า ผู้สูงอายุจะมีระดับความปวดรุนแรงน้อยกว่าความเป็นจริง อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุทำใจได้ หรือ ปลง (Stoic) หรืออาจเข้าใจผิด ในการบอกความปวด ผู้ป่วยบางคนไม่ต้องการบรรเทาอาการ หรือกลัวการถูกปฏิเสธจากผู้ดูแล (Walding, 1991; 391) นอกจากนี้ Aldridge (1993) ยังพบว่า วัยรุ่นไม่พึงพอใจในการบรรเทาความปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Coda และ Bonica (2001) พบว่าวัยรุ่นใหญ่มีความอดทนต่อความปวดมากกว่าเด็ก และวัยรุ่นสูงอายุ

1.5.1.4 การออกกำลังกาย การมีกิจกรรม (Physical Activity) พบว่าการมีกิจกรรมจะรบกวนหรือเร่งให้เกิดความปวด แต่ในผู้ป่วยบางคนการมีกิจกรรม จะเป็นการวัดถึง การบรรเทาความปวดได้เช่นกัน (Cousin และ Power, 1999)

1.5.1.5 การผ่าตัด หรือการได้รับยาบรรเทาปวด Baker (1978) กล่าวว่า ความปวด ซึ่งเกิดขณะที่ร่างกายได้รับการผ่าตัด และพบว่าแผลผ่าตัดที่มีขนาดใหญ่ใช้ระยะเวลาการหายของแผลยาวนาน และทำให้ไม่เกิดความสุขสบายมากกว่าแผลเล็กอย่างมีนัยสำคัญ (Cuples, 1991)

1.5.1.6 ความรุนแรงและการชอกช้ำของเนื้อเยื่อ ที่ได้รับการผ่าตัดการผ่าตัดที่มีการกระตุ้นอย่างรุนแรง ทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อ และเส้นประสาทมาก จึงทำให้การรับรู้ความปวดเพิ่มขึ้น ฉะนั้นถ้าศัลยแพทย์มีความชำนาญในเทคนิคการผ่าตัดก็จะช่วยลดความปวดได้ (Ignavicius, Workman และ Misher, 1999)

1.5.1.7 เพศ มีอิทธิพลต่อการแสดงออกต่อความปวดโดยเพศหญิงจะมีระดับขีดเริ่มของความปวด และความอดทนต่อความปวดต่ำกว่าเพศชาย (Denoon, 2003; Lindsay, 2003) และสอดคล้องกับที่ McCaffery (1979) ทำการศึกษาในระดับ beta endorphine ในพลาสมาของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยชายมีระดับ beta endorphine ในพลาสมาสูงกว่าผู้ป่วยหญิง (เนื่องจาก beta endorphine มีคุณสมบัติบรรเทาความปวดจึงทำให้ผู้ป่วยชายรับรู้ต่อความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยหญิง)

1.5.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Factor)

1.5.2.1 ความเชื่อเรื่องศาสนา ขึ้นกับหลักคำสอนของศาสนาแต่ละศาสนา (McCaffery, 1979; Migneault, 2004; Maebius, 1995: 210) บางศาสนาเชื่อว่า ความปวดเป็นการลงโทษของพระเจ้า และต้องมีความอดทนต่อความปวดได้ (สุพร พลยานันท์, 2528: 53)

1.5.2.2 ประสบการณ์ในอดีตและความวิตกกังวล พบว่าผู้ป่วยที่เคยประสบกับความปวดอย่างรุนแรง และไม่ได้รับการบรรเทาที่ดีพอ ผู้ป่วยย่อมมีความคับข้องใจ และกังวลต่อความปวดเพิ่มขึ้น เพราะเมื่อเจอกับความปวดครั้งใหม่ผู้ป่วยจะมีความอดทนต่อความปวดน้อยลง และรับรู้ต่อความปวดเพิ่มขึ้น (สุพร พลยานันท์, 2528: 52; McCaffery, 1979)

1.5.2.3 บุคลิกภาพ (Personality) พบว่า ผู้ป่วยที่มีขีดเริ่มความปวดในระดับต่ำ จะมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introvert) มีการแสดงออกถึง ความปวดน้อยกว่าบุคลิกภาพแบบเปิดตัว (Extrovert)

1.5.2.4 ภาพลักษณ์ (Body Image) พบว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพหรือความปวดที่มีผลต่อภาพลักษณ์ เช่น ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านมผู้ป่วยยอมเกิดความรู้สึกกังวลสูง เร่งให้เกิดความรู้ความปวดเพิ่มขึ้นด้วย (สุพร พลยานันท์, 2528: 53)

1.5.2.5 การได้รับข้อเสนอแนะ (Suggest) พบว่าการได้รับข้อเสนอแนะและข่าวสารก่อนสถานการณ์จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ และผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน จะมีระดับความอดทนต่อความปวดได้สูง (สุพร พลยานันท์, 2528: 53) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carr (1991) พบว่าการให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอก่อนการผ่าตัดเป็นสิ่งสนับสนุนให้เพิ่มความปวด

1.5.3 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socioculture Factor)

1.5.3.1 ภูมิหลัง (Background) เช่น ทศนคติของพ่อแม่ที่มีต่อความปวด การเลี้ยงดู ก็มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมความปวด โดยเด็กมีการเรียนรู้การตอบสนองต่อความปวดโดยสังเกตจากพฤติกรรมของพ่อแม่ และสมาชิกในครอบครัวเป็นแบบอย่าง (Peck, 1986: 254 อ้างถึงใน จุไรพร ไสภจารีย์, 2536: 35)

1.5.3.2 ระดับการศึกษา (Educational Level) Davitz (1975) กล่าวว่าพยาบาลมีความเชื่อว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะได้รับความทุกข์ทรมานมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาในระดับปานกลาง และสูง เนื่องจากสามารถนำความรู้มาใช้ปรับพฤติกรรมของตน แต่ในบางครั้ง ระดับการศึกษาก็ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความอดทนต่อความปวดเสมอ

1.5.3.3 สังคมและวัฒนธรรม มีความสำคัญต่อการสร้างแบบแผนการตอบสนองต่อความปวดของบุคคลในแต่ละสังคมนั้นๆ (สุพร พลยานันท์, 2528: 53) แต่ละวัฒนธรรมจะมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ ความคาดหวัง ทศนคติ และการยอมรับต่อความปวดของแต่ละสังคมที่แตกต่างกัน ทำให้กลุ่มชนมีการรับรู้ และแสดงออกต่อความปวดที่แตกต่างกันตามวัฒนธรรมในสังคม (Adams และ Field, 2001; Smeltzer และ Bare, 2000)

1.5.3.4 ภาวะเศรษฐกิจ กลุ่มคนที่มีเศรษฐกิจทางสังคมต่ำ หรือกลุ่มกรรมกรจะบ่นถึงความปวดมากกว่า ซึ่งเป็นอาการที่แสดงออกของความปวดอย่างหนึ่งที่ใช้ในการปฏิบัติเท่านั้น (สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย, 2530: 95) แต่ผู้ป่วยบางคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมักจะ

ยอมรับว่าความเครียดทางกาย และความเจ็บป่วยต่าง ๆ เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตสามารถทนความปวดนั้นได้

1.5.3.5 ทศนคติ ของแพทย์ และพยาบาล Simss (1998: 269-273) ได้ทำการวิเคราะห์ทศนคติของแพทย์ และพยาบาลต่อความปวดหลังผ่าตัด และการให้ยาระงับปวด พบว่ามีผู้ป่วยน้อยราย ที่ได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษาครบทุก 4 ชั่วโมง และพบว่าพยาบาลร้อยละ 32.2 จะให้ยาระงับปวดต่อเมื่อผู้ป่วยร้องขอเท่านั้น และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวดที่มากเกินไปจะได้รับยาระงับปวดแบบเทียม (Placebo) แทนการได้รับยาระงับปวด (Ulrich, 2002)

1.5.4 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมมีผลต่อความปวดเป็นอย่างมากจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี หรืออาจส่งเสริมให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นก็ได้ สิ่งแวดล้อมที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวและอดทนต่อสิ่งเร้าได้มากขึ้น ส่วนสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความเครียดทำให้บุคคลต้องใช้พลังงานมากขึ้น พลังงานสำรองลดลงความสามารถในการใช้กลไกการปรับตัวลดลงด้วย ฉะนั้นความอดทนต่อความปวดก็จะลดลงด้วย และการรับรู้ต่อความปวดก็จะเพิ่มขึ้นสิ่งแวดล้อม (Ulrich, 2002: 420-421) ได้แก่

1.5.4.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความสะอาด ความเงียบสงบ แสง อุณหภูมิ การระบายอากาศ อาหาร

1.5.4.2 สิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคม เช่น สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลทำให้เกิดความรู้สึกอุ่นใจ

1.6 ผลกระทบของความปวด

1.6.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย ความปวดทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายมีความผิดปกติ ดังนี้

1.6.1.1 ระบบทางเดินหายใจ การผ่าตัดโดยเฉพาะบริเวณทรวงอกและช่องท้อง จะมีผลให้ปริมาตรอากาศที่ผ่านเข้าออกภายในปอดลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีการเกร็งของกล้ามเนื้อ และรู้สึกปวดแผลผ่าตัด ทำให้ไม่สามารถหายใจได้แรงๆ หรือไอได้อย่างเต็มที่ ผลที่ตามมา คือ การเกิดปัญหาเสมหะคั่งค้าง อาจเกิดภาวะถุงลมปอดแฟบ ปอดบวมจากการนอนนานๆ (Cousins และ Power, 1999; Kitcatt, 2000)

1.6.1.2 ระบบไหลเวียนเลือด ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นและกล้ามเนื้อหัวใจ ต้องการออกซิเจนมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้อาจเกิดลิ่มเลือดอุดตันตรงหลอดเลือดดำส่วนลึกได้ (Cousins และ Power, 1999; Kitcatt, 2000; Ferrante และ Vadebocover, 1993)

1.6.1.3 ระบบกล้ามเนื้อ จะเกิดการหดเกร็งกล้ามเนื้อทำให้ความปวดเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ร่วมกับการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวการนำออกซิเจนสู่กล้ามเนื้อน้อยลงขณะที่มีการเผาผลาญเพิ่มมากขึ้น พลังงานที่ถูกสะสมไว้ถูกนำมาใช้ ผู้ป่วยจึงเกิดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น (Coda และ Bonica, 2001; Cousins และ Power, 1999; Kitcatt, 2000)

1.6.1.4 ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาทซิมพาเทติกจะกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเรียบบริเวณหลอดหัวตัว มีการหลั่งน้ำย่อยเพิ่มขึ้นในระบบทางเดินอาหาร และลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลง จึงเกิดการคั่งของน้ำย่อยทำให้ระเพาะอาหารและลำไส้ยืดขยาย รวมทั้งหยุดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยจึงมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด และมีอาการปวดท้องจากแก๊สได้ (Cousins และ Power, 1999)

1.6.1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะ หลอดของทางเดินปัสสาวะมีการหดรัดตัว ซึ่งร่วมกับผู้ป่วยมีความปวดแผลผ่าตัดจึงไม่ยอมมีการเคลื่อนไหว ทำให้การระบายของปัสสาวะไม่สะดวก และมีการคั่งค้างของปัสสาวะ จึงเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย (Cousins และ Power, 1999)

1.6.1.6 ระบบต่อมไร้ท่อ จะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนของร่างกายผิดปกติไป เช่น การเพิ่มของแอนตี้ไดยูเรติก ฮอร์โมนและอัลโดสเตอโรน จึงทำให้เกิดการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม และขณะเดียวกันร่างกายลดการหลั่งอินซูลิน จึงทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (สุพร พลายนันท์, 2528; Coda และ Bonica, 2001; Cousins และ Power, 1999; Kitcatt, 2000)

1.6.2 **ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม** จากการศึกษาของ สุกักัญญา พัทวี (2541) พบว่าความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรบกวนอารมณ์ ทั้งนี้เนื่องจากความปวดเป็นสาเหตุสำคัญของความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด ทำให้เกิดการรบกวนอารมณ์และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น กลัว วิดกกังวล ไม่มีสมาธิ จดจำข้อมูลไม่ได้ โกรธ หงุดหงิด นอนไม่หลับ แยกตัว ซึมเศร้า หมดหวัง เป็นต้น (สุพร พลายนันท์, 2528; Coda และ

Bonica, 2001; Cousins และ Power, 1999; Kitcatt, 2000) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสูญเสียความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง รวมถึงสูญเสียพลังอำนาจจากการที่ไม่สามารถควบคุมความปวดที่เกิดขึ้น (Rahman และ Beattie, 2005; Walding, 1999; Ferrell, 1995)

1.7 การประเมินความปวด

ความปวดทางคลินิก เป็นการรับรู้ความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจ ต่อการเพิ่มขึ้นของสิ่งเร้าที่มีผลมาจากกระบวนการการดำเนินของโรคและหรือ กระบวนการในการรักษาหรือวินิจฉัยโรค (Marie, 2006; Migneault, 2004) ดังนั้นการประเมินความปวดให้ถูกต้องตรงกับการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญมาก และจำเป็นสำหรับพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากการประเมินความปวดที่แม่นยำจะนำไปสู่การระงับปวดที่มีประสิทธิภาพ โดยแนวทางในการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ได้แก่

1.7.1 การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย (Subjective measurement) เป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้มากที่สุดเพราะความปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัว ที่ไม่มีใครสามารถบอกหรือบรรยายแทนกันได้ดีเท่ากับตัวผู้ป่วยเอง (สุริพร แพ่งนคร, 2542) ผู้ป่วยจะถูกถามและให้ประเมินความปวดด้วยตนเอง สำหรับสิ่งที่ต้องซักถามในการประเมินความปวดได้แก่

1.7.1.1 ความรุนแรงความปวด (intensity) โดยให้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงระดับความรุนแรงความปวดตามเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของความปวด ตัวอย่างเครื่องมือที่นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาล ได้แก่ มาตรวัดความปวดเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scales: VAS) มาตรวัดความปวดของจอห์นสัน (Johnson's Two-Component Scale) มาตรวัดความปวดด้วยใบหน้า (Faces pain scale) มาตรสีวัดความปวดของสตีวอร์ต (Stewart's pain colour scale) เทอร์โมมิเตอร์วัดความรุนแรงความปวดของ แคทซ์ (Katz's thermometer pain scale) เป็นต้น (นวลสกุล แก้วลาย, 2545)

1.7.1.2 ตำแหน่งและขอบเขตความปวด (localization) ข้อมูลนี้จะช่วยบอกตำแหน่งของพยาธิสภาพได้ เช่น ปวดเฉพาะที่ หรือปวดตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ (localized pain) (สุริพร แพ่งนคร, 2542) โดยให้ผู้ป่วยชี้ที่ตัวผู้ป่วยเอง หรือระบายลงในรูปภาพ (นวลสกุล แก้วลาย, 2545) เครื่องมือที่นำมาใช้คือบอดี้ไดอะแกรม (body diagram)

1.7.1.3 ลักษณะของความปวด (quality) โดยให้ผู้ป่วยบอกว่ามีความปวดอย่างไร เช่น ปวดเสียว ปวดแปล็บ ปวดแสบร้อน ส่วนใหญ่จะเกิดจากเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ

ปวดตื้อ ปวดหนึบ เกิดจากเส้นเลือดขยายตัวมักสัมพันธ์ต่อการเต้นของหัวใจ (สุรีพร แพ่งนคร, 2542) เป็นต้น รวมทั้งความรู้สึกอื่นๆ ที่เกิดร่วมเมื่อมีความปวด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น (นวลสกุล แก้วลาย, 2545)

1.7.1.4 เวลาที่เริ่มความปวดและระยะเวลาที่ความปวด (duration และ onset) เช่น ปวดตลอดเวลา ปวดเป็นพักๆ ความปวดค่อยๆเกิดขึ้นหรือทันที จะช่วยในการวางแผนการพยาบาลและการวินิจฉัยที่ถูกต้อง (เจ็อกุล อโนธามณ, 2545)

1.7.1.5 ประวัติความปวดในอดีต และวิธีบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยเคยใช้ ส่งผลต่อระดับความปวด โดยผู้ที่มีประวัติการปวดที่ไม่ดีส่งผลให้การรับรู้ความปวดมากยิ่งขึ้น

1.7.2 การประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย (objective - measurement)

แม้ว่าความปวดจะเป็นปรากฏการณ์ที่คลุมเครือ รู้ได้แต่เฉพาะผู้ที่ประสบกับความปวดเท่านั้น แต่ความปวดจะไปกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนองที่มีลักษณะเฉพาะตัว พฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงความปวดแบบเฉียบพลัน คือ การแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด กัดฟัน เขม็งปาก การเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น พลิกตัวไปมา ตื่นรน หรือการไม่เคลื่อนไหวร่างกายเลยหรือนอนอยู่ในท่าที่ผิดปกติ เช่น นอนงอตัว เป็นต้น อาจมีเอะอะวุ่นวาย สับสน หรือเจ็บไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ส่วนพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อมีการความปวดเรื้อรัง ที่เป็นการความปวดที่นาน กระทบกระเทือนต่อการดำรงชีวิตตามปกติของบุคคลนั้นๆ การประเมินความปวดต้องประเมินปัจจัยเหล่านี้ด้วย ได้แก่ การพักผ่อน การนอนหลับ การรับประทานอาหาร การดำเนินกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น (สุรีพร แพ่งนคร, 2542) จากการศึกษาของ สุดกัญญา พัทวี (2541) ศึกษาประสบการณ์ความปวด และการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก ประกอบด้วย ประสบการณ์ความปวด ผลของความปวด ประสิทธิภาพของการจัดการกับความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด พบว่า ประสบการณ์ความปวดหลังผ่าตัด พบว่าความปวดของผู้ป่วยในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด มีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วย จากการสอบถามผู้ป่วยเมื่อเกิดความปวด ผู้ป่วยจะนอนนิ่งเฉย กัดฟันมากที่สุด ผลรบกวนจากความปวดในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า การรบกวนด้านการไอและการหายใจเข้าออกถี่ๆ การเคลื่อนไหว และการนอนหลับมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการรบกวนด้านอารมณ์และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ

1.7.3 ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (physiology measurement)

ผลของความปวดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ที่สามารถวัดได้ในเชิงปริมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดหลังผ่าตัดซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน จะมีการแสดงออกทางร่างกายการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ รุ่มาตาขยาย และอาจมีมือเท้าเย็นเนื่องจากหลอดเลือดหดตัว เป็นต้น (นวลสกุล แก้วลาย ,2545) มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร เช่น ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น จากการศึกษาของ อภิญญา วงศ์พิริยโยธา (2535) ศึกษาเรื่องผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยการประเมินการรับรู้ความรุนแรงความปวดดัดแปลงมาจาก Katz เป็นเทอร์โมมิเตอร์ หรือปรอทวัดความรุนแรงของความปวดโดยมีสเกล 0-100 คะแนน แบบสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวดและเครื่องมือวัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของชีพจร ส่วนการหายใจใช้วิธีการนับจำนวนครั้งของการหายใจ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายว่าการฝึกการผ่อนคลายช่วยลดความปวดทำให้การรับรู้ความปวดและความวิตกกังวลลดลง เนื่องจากมีผลต่อร่างกายโดยตรง โดยช่วยลดการทำงานของระบบซิมพาเทติกทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง และมีผลต่อจิตใจทำให้ความวิตกกังวลลดลง เป็นการตัดวงจรความปวด-ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ-ความวิตกกังวล ผู้ป่วยจึงมีความปวดลดลง และจากผลที่มีต่อระบบซิมพาเทติก จึงเป็นผลทำให้ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ รวมทั้งความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ลดลงไปด้วย ส่วนด้านการแสดงออกทางพฤติกรรม การแสดงออกทางสีหน้าเป็นการแสดงอารมณ์ โดยทั่วไป เป็นการยากต่อการประเมินว่าเป็นพฤติกรรมความปวดจริง

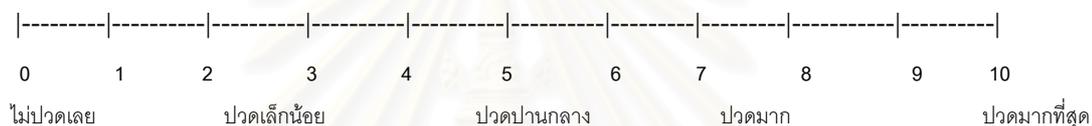
1.7.4 การประเมินจากการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วย การใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยจะเป็นสิ่งบ่งชี้ระดับความรุนแรงและระยะเวลาความปวดของผู้ป่วย

1.7.5 การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การนอนหลับ การรับประทานอาหาร การดำเนินกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ดังการศึกษาของ สุดกัญญา พัทวี (2541) ศึกษาประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอก ชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอกประกอบด้วย ประสบการณ์ความปวด ผลของความปวด ประสิทธิภาพของการจัดการกับความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด ผลรบกวนจากความปวดในการดำเนินชีวิต ประจำวันพบว่า การรบกวนด้านการไอและการหายใจเข้าออกเล็กๆ การเคลื่อนไหว

และการนอนหลับมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางส่วนการรบกวนด้านอารมณ์และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ

1.8 ตัวอย่างแบบประเมินความปวด

1.8.1 **มาตรวัดความปวดที่เป็นลักษณะคำพูดแสดงความปวด (verbal rating scale; VRS)** ประกอบด้วย คะแนน 0-10 โดย คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย และ คะแนน 10 หมายถึง มีความปวดรุนแรงมากที่สุด โดยให้ผู้ป่วยเลือกตัวเลขแทนความปวดที่ได้รับ โดยการบอก และทำการบันทึก การแปลผลคะแนน คือ ความปวดที่คะแนน 1-3 คือมีความปวดในระดับเล็กน้อย ความปวดที่คะแนน 4-6 คือมีความปวดในระดับปานกลาง ความปวดที่คะแนน 7-10 คือ มีความปวดในระดับสูง มาตรวัดนี้สร้าง โดย Jensen และคณะ (1986)

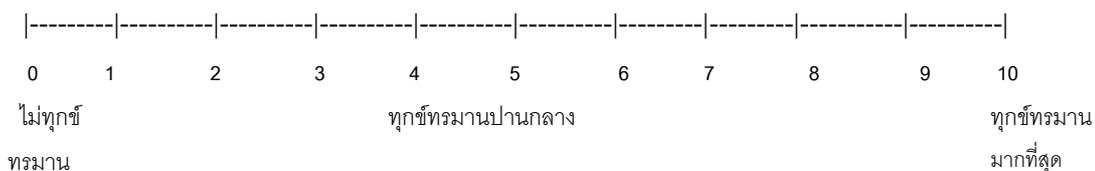


1.8.2 **มาตรวัดความปวดของจอห์นสัน (Johnson's two component)** จอห์นสันสร้างเครื่องมือวัดความปวด 2 ส่วน คือ วัดระดับความรุนแรงของความปวดและระดับความทุกข์ทรมานเนื่องจากความปวด โดยแบ่งระดับเป็น 11 ระดับ เรียงตั้งแต่ 0-10 สมมติให้ 0 หมายถึง ไม่รู้สึกปวดหรือไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน และ 10 หมายถึง ความปวดหรือทุกข์ทรมานมากจนทนไม่ได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 วัดระดับความรุนแรงของความปวด



ส่วนที่ 2 วัดระดับความทุกข์ทรมานเนื่องจากความปวด



1.8.3 มาตรฐานวัดความปวดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (visual analogue scale) ซึ่งให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดตามเส้นตรงที่กำหนดไว้ โดยกำหนดให้ปลายด้านหนึ่งไม่รู้สึกรปวด และอีกด้านหนึ่งความปวดมากจนทนไม่ได้

ไม่รู้สึกรปวด _____ ปวดมากจนทนไม่ได้

1.8.4 มาตรฐานวัดความปวดของ Stewart (Stewart pain-color scale) โดยให้ผู้ป่วยเลือกแถบสีแทนระดับความปวดของเขา ดังรูป



1.8.5 มาตรฐานวัดความปวดแสดงสีหน้า (Wong-Baker Faces Pain Rating - scale)



1.8.6 แบบประเมินความปวด Short-form McGill ฉบับภาษาไทย

ชื่อ-สกุลการวินิจฉัย.....

วันที่ประเมิน.....

	ไม่ปวด / รู้สึก	ปวด / รู้สึกน้อย	ปวด / รู้สึกปานกลาง	ปวด / รู้สึกมาก จนทนไม่ได้
	ไม่รบกวนชีวิตประจำวัน		รบกวนชีวิตประจำวัน	
ปวดตื้อ ๆ	0)	1)	2)	3).....
ปวดจี๊ด	0)	1)	2)	3).....
ปวดเหมือนถูกแทง	0)	1)	2)	3).....
ปวดแปลบ	0)	1)	2)	3).....
ปวดเกร็ง	0)	1)	2)	3).....
ปวดเหมือนถูกตะ	0)	1)	2)	3).....
ปวดเสบปวดร้อน	0)	1)	2)	3).....
ปวดตื้อ ๆ	0)	1)	2)	3).....
ปวดหนัก ๆ	0)	1)	2)	3).....
กดเจ็บ	0)	1)	2)	3).....
ปวดเหมือนแตกเป็นเสี่ยง	0)	1)	2)	3).....
รู้สึกเหนื่อยล้า	0)	1)	2)	3).....
รู้สึกหวาดกลัวความปวด	0)	1)	2)	3).....
รู้สึกไม่สบาย	0)	1)	2)	3).....
รู้สึกทรมาน	0)	1)	2)	3).....

อาการปวดในขณะนี้

- 0 ระดับไม่ปวด
- 1 ปวดเล็กน้อย
- 2 ปวดพอรำคาญ
- 3 ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิต
- 4 ปวดจนทุกข์ทรมาน
- 5 ปวดมากจนทนไม่ได้

ผู้ประเมิน.....

การจัดคะแนนความปวด

ไม่มีความปวด (0) ปวดเล็กน้อย (1-3) ปวดปานกลาง (4-6) ปวดมากที่สุด (7-10)

1.8.7 เครื่องมือประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด มีดังนี้

1.8.7.1 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของพยาบาล ในการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการประเมินความปวดและการติดตามประเมินผล 18 ข้อ ส่วนที่สองเป็นการดูแลเพื่อบรรเทาความปวด 19 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์การให้คะแนน ถ้าตอบว่าปฏิบัติ = 1, ไม่ปฏิบัติ = 0 และข้อที่ 19 เป็นคำถามปลายเปิด โดยคำนวณหาความเที่ยงของแบบประเมินทั้ง 2 ส่วน ส่วนแรกได้ค่า KR-20 อยู่ในช่วง .74-.85 และส่วนที่สองได้ค่า KR-20 อยู่ในช่วง .70-.76 (วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545)

1.8.7.2 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล ในการประเมินความปวดและการควบคุมความปวด ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ การให้คะแนน ถ้าตอบว่าปฏิบัติทุกครั้ง = 3, ปฏิบัติบางครั้ง = 2 และไม่เคยปฏิบัติ = 1 และต้องมีการกลับค่าคะแนนในข้อ 4, 8, 12, 16 และ 20 โดยข้อคำถามข้อ 1-6 เป็นการประเมินความปวด ข้อ 1-20 เป็นการควบคุมความปวด (นารี พุ่มนิคม, 2543)

1.8.7.3 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล เพื่อลดความปวดจากหัตถการในทารก จำนวน 30 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.79 (รัตนาวดี ชอนตะวัน และปัทมา กาดำ, 2542)

1.8.7.4 แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาล เพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็น กิจกรรมการประเมินความปวดหลังผ่าตัด 7 ข้อ และกิจกรรมการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด 17 ข้อ ลักษณะคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ การให้คะแนน ถ้าปฏิบัติเป็นประจำ = 4, ปฏิบัติบางครั้ง = 3, ปฏิบัติน้อยครั้ง = 2 และไม่เคยปฏิบัติ = 1 หาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน และหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 (จรัญ สุนสวัสดิ์, 2540)

1.8.7.5 แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาล เพื่อประเมินและควบคุมความปวดหลังผ่าตัด ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 การให้คะแนนการปฏิบัติของพยาบาล ปฏิบัติทุกครั้ง = 5, ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง = 4, ปฏิบัติบางครั้ง = 3, ปฏิบัติน้อยครั้งมาก = 2 และไม่ได้ปฏิบัติเลย = 1 (ปรีดาภรณ์ สีปากดี และคณะ, 2547)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือ เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด โดยการทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ วชิราพร สุทธิสวัสดิ์ ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยในแต่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่า มีการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของผู้ป่วยมีความถี่เท่าไร เพื่อประเมินการปฏิบัติในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล

2. แนวคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal surgery, Laparotomy, Exploratory Laparotomy) เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยมีการตัดผ่านผนังหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไป เพื่อการตรวจวินิจฉัย และรักษาพยาธิสภาพต่างๆ ที่เกิดกับอวัยวะภายในช่องท้อง (International Association for the Study of Pain, 1979) โดยการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ การผ่าตัดเปิดช่องท้องที่ได้รับการเตรียมตัว และการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน (Emergency – abdominal Surgery)

การผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน

เป็นการผ่าตัดที่เร่งด่วน กระทำเมื่อผู้ป่วยมีอันตรายเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือเสี่ยงต่อความพิการ (DeNoon, 2003; Smith, 2003) เป็นการผ่าตัดช่องท้องโดยมีการตัดผ่านผนังหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไป เพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาธิสภาพต่างๆ ที่เกิดกับอวัยวะภายในช่องท้อง เช่นเดียวกับ การผ่าตัดเปิดช่องท้องปกติ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจที่จะรับการผ่าตัด ส่งผลให้ระดับความปวดภายหลังการผ่าตัดมีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อม และพบว่าผู้ป่วยระยะนี้มีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากไม่เข้าใจเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค กลัวในสิ่งที่ต้องเผชิญในระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัด กลัวความล้มเหลวหรือความไม่ประสพผล สำเร็จในการผ่าตัด กลัวการดมยาสลบ กลัวความพิการ กลัวตาย กลัวการพลัดพรากจากครอบครัวหรือบุคคล สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความปวดในระยะหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อม (Caldwell, 1991; Carr, 1991; Cupples, 1991; DeLong, 1992; Simms, 1998; Jairt และ Kowal, 1999)

ชนิดของการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน การผ่าตัดช่องท้องแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด (พรรณี ไพศาลทักษิณ, 2540)

1. การผ่าตัดนอกเยื่อช่องท้อง (extraperitoneal operation) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง และกล้ามเนื้อหน้าท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่นอกเยื่อช่องท้อง เช่น ผ่าตัดเอามดลูกออก (hysterectomy)
2. การผ่าตัดในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้ (intraperitoneal และ intrainestinal operation) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่ในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้
3. การผ่าตัดในเยื่อช่องท้องที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ (intraperitoneal และ extraintestinal operation) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และ เยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่ในเยื่อช่องท้องที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ เช่น ผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก

ความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้อง

จากกลไกการเกิด และการตอบสนองของความปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู ของ Melzack และ Wall และ ทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน ที่กล่าวว่า การผ่าตัดสร้างความชอกช้ำให้กับเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ กระดูกและอวัยวะภายใน ซึ่งได้แก่ ปอด เยื่อหุ้มปอด หัวใจ และเยื่อหุ้มหัวใจ แล้วเนื้อเยื่อเหล่านี้จะหลั่งสารที่ทำให้เกิดความปวด กระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึก ถ่ายทอดเป็นสัญญาณประสาทส่งไปตามเส้นประสาท เข้าสู่ไขสันหลัง และสมองตามลำดับ เพื่อรับรู้และตอบสนองต่อความปวด ในขณะเดียวกันเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจะหลั่งสารชีวเคมีบางอย่างที่ทำให้เซลล์ประสาทรับความรู้สึกไวต่อการกระตุ้น คือ prostaglandin, substance P และ lactic acid เป็นผลให้เนื้อเยื่อไวต่อความปวดมากขึ้นภายหลังการผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Kurth, 1992)

การพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นกาทำให้บริการสุขภาพ โดยพยาบาลวิชาชีพแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด มีเป้าหมายให้หายจากโรค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และฟื้นสภาพได้อย่างรวดเร็ว สามารถกลับไปทำหน้าที่ของครอบครัวและสังคมได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล มี 3 ระยะ คือ

1. การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดความสับสน เครียด วิตกกังวล กลัวความไม่มั่นคงต่อชีวิต กลัวการถูกแยกจาก โดยมีสาเหตุจากความเข้าใจไม่ถูกต้อง

เกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวในสิ่งที่ต้องเผชิญระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ทำให้มีผลกระทบต่อ การตอบสนองทางสรีรวิทยา ทำให้ต้องการยาระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้น มีผลต่อการฟื้นตัวจากยาระงับ ความรู้สึกในระยะหลังผ่าตัดล่าช้า การพยาบาลในระยะนี้เป็นเวลาของการเตรียมตัวผู้ป่วยทั้ง ร่างกายและจิตใจ พยาบาลต้องมีการประเมินผู้ป่วย และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยใน ระยะนี้ มีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้คำแนะนำหรือความรู้เกี่ยวกับการ ปฏิบัติตนที่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยในระยะนี้ไม่มีสมาธิที่จะรับฟังข้อมูลและจดจำข้อมูลต่างๆ มาก นัก ดังนั้นการให้ข้อมูลบางประเภท จึงควรให้ในระยะหลังผ่าตัดไปแล้ว (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535) โดยการสอนหรือให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเป็นบทบาทอิสระที่สำคัญ ดังนั้นข้อมูลในการให้ ข้อมูลผู้ป่วยในระยะนี้ควรเกี่ยวกับโรค ชนิดของการผ่าตัด การระงับความรู้สึก การเตรียมร่างกาย ก่อนผ่าตัด สภาพที่ผู้ป่วยต้องประสบ วิธีปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและให้ความร่วมมือในการ รักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

2. การพยาบาลในระยะผ่าตัด จุดประสงค์ของการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความ วิตกกังวลระหว่างรอผ่าตัดพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจให้ได้รับความสุข สบาย ผ่อนคลาย และปลอดภัยจากการใช้ยาระงับความรู้สึก ป้องกันอันตรายจากการจัดท่าและ อุปกรณ์ที่ใช้ไม่เหมาะสม ป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นและภาวะติดเชื้อ การตกค้างของเครื่องมือ อุปกรณ์ของใช้ในแผลผ่าตัด การดำเนินการผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและ เลือดทดแทนทันการณ์ และสัญญาณชีพที่ปกติ

3. การพยาบาลผู้ป่วยหลังกลับจากห้องผ่าตัด เป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะ แทรกซ้อน หลังผ่าตัด และสามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองการฟื้นฟูสภาพร่างกาย กิจกรรมการพยาบาล ระยะนี้ เป็นการแก้ปัญหา และการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มี การกำหนดการวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล กิจกรรมพยาบาล และการ ประเมินผล การประเมินสภาพผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินการหายใจ การทำงานของหัวใจและ หลอดเลือด การทำหน้าที่ของระบบประสาท สภาพแผลผ่าตัด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ท่อระบายจากแผลผ่าตัด การบรรเทาความปวด และความไม่สบายของผู้ป่วย การรับรู้ความ ปวดของผู้ป่วย และให้การพยาบาลเพื่อลดความปวด ช่วยเหลือ และให้คำแนะนำวิธีการระงับปวด เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การจัดท่านอน การใช้หมอนประคองไม่ให้กระเทือนแผลผ่าตัด การ เปลี่ยนท่านอน การไอ หรือหายใจลึก ๆ การให้ยาระงับปวด การดูแลความสุขสบาย การติดตาม ผลการรักษา และการรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535) หรือ

นอกจากนี้ อาจมีการประยุกต์การนำแพทย์ทางเลือกมาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดร่วมด้วย เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

3. การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้อง

การจัดการความปวด (pain management) เป็นการบรรเทา หรือการลดความปวดให้อยู่ในระดับความสบายที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ (Nursing Intervention Classification อ้างถึงใน Herr และ Mobily, 1999) และถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด (Allocock, 1996) ซึ่งวิธีการจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัด สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 วิธีใหญ่ๆ ได้แก่ การจัดการความปวดด้วยยา (pharmacological pain management) และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (วิธีนี้ เล็กประเสริฐ, 2544; Curtis, Kolotlylo และ Broom, 1998; Herr และ Mobily, 1999; Smeltzer และ Bare, 2000; Wilkie, 2000) ซึ่งสำหรับวิธีการจัดการความปวดด้วยยาแม้จะไม่ใช้บทบาทที่อิสระของพยาบาล แต่พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาความปวดชนิดต่างๆ ที่แพทย์นำมาใช้ ในการบำบัดความปวดในระยะหลังผ่าตัด รวมถึงผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเพื่อที่จะใช้เป็นข้อมูลประกอบ การตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาความปวดตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ เพียงพอในการจัดการกับความปวด และปราศจากภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้รวมถึงบทบาทในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการรักษาโดยใช้ยาบำบัดความปวดของแพทย์ นอกจากนี้พยาบาลถือเป็นผู้ประเมินผลการจัดการความปวดได้ดีที่สุด เนื่องจากเป็นบุคลากรสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา โดยจะต้องทำการประเมินผลการจัดการความปวดอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (Winkie, 2000)

3.1 การจัดการความปวดโดยใช้ยาระงับปวด การจัดการความปวดด้วยการใช้แก้ปวด แม้ว่าบทบาทในการให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยไม่ใช่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลก็ตาม แต่พยาบาลต้องมีความรู้และวิจารณญาณในการตัดสินใจให้ยาแก้ปวดเมื่อจำเป็น ตามแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม (นวลสกุล แก้วลาย, 2545: 34) สามารถติดตามผล และสังเกตอาการข้างเคียงได้ ตลอดจนรู้จักใช้ยาให้เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา ระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุด ระยะเวลาที่ยาหมดฤทธิ์ ขนาดยาที่ใช้ ความถี่ในการให้ยาซ้ำ อาการข้างเคียงของการติดยาของยาแต่ละตัว ซึ่งในปัจจุบันยาระงับปวดมี 2 กลุ่ม คือ ประเภทไม่เสพติด (nonnarcotics) ซึ่งให้ผลควบคุมความปวดโดยออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนปลาย เช่น แอสไพริน พาราเซตามอล และประเภทเสพติด (narcotics) ที่ควบคุมความปวดด้วยการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และมีผล

ต่อการตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อความปวด เช่น มอร์ฟีน เพธิดีน การใช้ยาแก้ปวดนับเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยควรได้รับ เพื่อบรรเทาความรุนแรงของความปวด และเพิ่มความสุขสบายให้กับผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด จึงควรมีการวางแผนการให้ยาโดยมีหลักดังนี้

3.1.1 ให้ยาแก่ผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น ให้ยาแก่ผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยมีความปวดที่รุนแรงมากจนทนไม่ได้ หรือไม่กลัวผู้ป่วยติดยา หรือมีอาการข้างเคียงของยาจนเกินไป จนไม่กล้าตัดสินใจให้ยาแก้ปวด แล้วปล่อยให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับความปวดอยู่นาน

3.1.2 สอดแทรกกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็น แต่ก่อให้เกิดความปวดภายหลังที่ให้ยาแก้ปวด และเมื่อยาออกฤทธิ์ดีแล้ว เช่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออก (effective-cough) หรือลุกจากเตียง (ambulation) ภายหลังฉีดมอร์ฟีนไปแล้วประมาณครึ่งชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากความปวดจากการกระตุ้น และผู้ป่วยยังให้ความร่วมมือต่อพยาบาลเป็นอย่างดีด้วย

3.1.3 ควรให้กิจกรรมการพยาบาลอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อยืดระยะเวลาในการให้ยาซ้ำ และลดปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ จะช่วยลดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา และลดความเสี่ยงต่อการเสพติดอีกด้วย

3.1.4 ติดตามและประเมินผลการบรรเทาความปวดของยา และสังเกตอาการข้างเคียงด้วย โดยยาระงับปวดทำหน้าที่ในการจัดการความปวดดังนี้

3.1.4.1 ครอบคลุมการนำพลังประสาท ที่เกิดจากการกระตุ้นที่ประสาทส่วนปลาย โดยตรงและหรือระบบประสาทส่วนกลาง

3.1.4.2 เปลี่ยนแปลงปฏิกิริยา และการตอบสนองต่อความปวด โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกสบายใจขึ้น และไม่กระวนกระวาย

3.1.4.3 ทำให้ขีดเริ่มรับทราบความปวดสูงขึ้น (pain perception threshold) รับรู้ความปวดน้อยลง

3.2 **การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา** เป็นวิธีการที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการระงับปวดด้วยยา และช่วยลดขนาดการใช้ยาระงับปวดลง (Sloman, 1995; Syrjala และ Donaldson, 1992) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากผลข้างเคียงของยาระงับปวดที่ได้รับ นอกจากนี้วิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา ถือเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำได้ภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่ง ทศนา บุญทอง (2531) ได้กล่าวถึง การนำวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวด โดยไม่ใช้ยามาใช้ในการบริการสุขภาพแบบองค์รวมว่า เป็นการเปิดโอกาสให้มนุษย์ได้ลองหาวิธีอื่นๆ มาใช้ในการรักษาช่วยเหลือบุคคลในปัญหาสุขภาพต่างๆ ด้วยวิธีการที่น่าเสนอใหม่นี้ จะถูกนำมาใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์

แผนปัจจุบัน ที่ยังมีความจำเป็นต่อการบรรเทาความปวดด้วย เนื่องจากการรักษาทางการแพทย์ จะมุ่งเน้นเฉพาะด้านร่างกายเป็นสำคัญ ดังนั้น การนำวิธีการรักษาอย่างอื่นมาร่วมรักษาเพื่อเพิ่ม การดูแลทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมการรักษาให้สมบูรณ์ ยิ่งขึ้น โดยเน้นที่การมองมนุษย์แบบองค์รวม ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ วิญญาณ และ สิ่งแวดล้อมที่ผสมผสานกันอย่างประณีตเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความปวดมีผล ต่อคนทั้งคน การดูแลผู้ป่วยที่ความปวดจึงต้องดูแลแบบองค์รวม (ตรุณี ชูณหวัติ, 2544) ซึ่งจาก การทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีการแบ่งวิธีการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยาไว้เป็น 2 หมวด ใหญ่ๆ ได้แก่

3.2.1 วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย เป็นวิธีการจัดการกับความ ปวดที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังเพื่อบรรเทาความปวด (Herr และ Mobily, 1999) ซึ่งวิธีการพยาบาล เพื่อจัดการกับความปวดในหมวดนี้มีหลายวิธี ได้แก่

3.2.1.1 การจัดทำผู้ป่วย (Positioning) การจัดทำที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยในขณะที่ มีกิจกรรมต่างๆ จะช่วยลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป และขจัดแรงกด และความ ตึงของบริเวณที่ความปวด จึงเป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่จะไปเพิ่มความปวดให้มากยิ่งขึ้น (Wilkie, 2000)

3.2.1.2 การนวด (massage) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ให้ กระตุ้นเซลล์เอสจีในไขสันหลังให้ทำงาน ทำให้มีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความปวด ไม่ให้ไปประสานกับเซลล์ที่ จึงไม่มีกระแสประสาทผ่านจากเซลล์ที่ส่งไปยังสมอง เป็นผลทำให้ ความปวดลดลง (Ganuttlett, 1994; Mobily และคณะ, 1994)

3.2.1.1 การกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง หรือการใช้เครื่อง เทนส์ (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation: TENS) เครื่องเทนส์สามารถนำมาใช้ ระวังความปวดได้ 2 แบบ โดยถ้าใช้เครื่องเทนส์ที่มีความถี่ของคลื่นไฟฟ้าสูง กระตุ้นผ่านผิวหนัง จะเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้เกิดการกระตุ้นเซลล์เอสจีในไขสันหลัง ให้ทำงาน ยับยั้งกระแสประสาทความปวดไม่ให้ไปประสานกับเซลล์ ที่ จึงไม่มีกระแสประสาทความปวด จากเซลล์ที่ไปสู่สมอง แต่หากใช้เครื่องเทนส์ที่มีความถี่ของคลื่นไฟฟ้าต่ำกระตุ้นผ่านผิวหนัง จะทำ ให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมอง ให้มีการหลั่งสารยับยั้งสัญญาณปวด จึงทำให้ ความปวดลดลง (Curtis และคณะ, 1998; Kitcatt, 2000)

3.2.2 วิธีอาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ เป็นวิธีการที่เน้นให้บุคคลแต่ ละบุคคลสามารถเผชิญกับประสบการณ์ความปวด โดยการเปลี่ยนแปลงความหมายความรู้สึก ของความปวด และช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตัวเองได้มากขึ้น (Mobily และ Herr, 1999) หรือ

เป็นวิธีที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมต่อความปวด (Wilki, 2000) ซึ่งวิธีอาศัย กระบวนการคิดและการกระทำ ที่นำมาใช้ในการศึกษาในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดมีหลายวิธี ได้แก่

3.2.2.1 การสอนหรือการให้ข้อมูล การสอนหรือการให้ข้อมูลที่ถูกต้องใน ระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับความปวด เป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึก และเหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลดความเครียด ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด (Wilkie, 2000)

3.2.2.2 การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) หมายถึง วิธีการที่ทำให้ บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความสนใจ หรือการดึงดูความสนใจของบุคคลนั้น มาสู่สิ่งกระตุ้นที่ จัดกระทำให้มากกว่าการรับรู้ความปวดที่กำลังเกิดขึ้น จึงเป็นการใส่สิ่งกระตุ้นความรู้สึกใหม่เข้าสู่ ระบบเรติคูลาร์ฟอเมชัน ทำให้บุคคลสนใจความปวดลดลง และหันเหไปรับรู้สิ่งกระตุ้นโดยไม่รู้ตัว (Curtis และคณะ, 1998) นอกจากนี้ความพึงพอใจในสิ่งกระตุ้น จะทำให้เกิดการหลั่งเอนโดฟินส์ ซึ่งเป็นสารยับยั้งความปวด (Potter และ Perry, 2001) ดังนั้นการเบี่ยงเบนความสนใจ จึง สามารถลดการรับรู้ความปวด และเพิ่มความอดทนต่อความปวด โดยอาจจะจัดการเบี่ยงเบน ความสนใจด้วยการดู (visual distraction) เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น การฟัง (auditory distraction) เช่น ฟังดนตรี หรือเรื่องขำขัน และการใช้ความคิด (project distraction) เช่น การ เล่นเกมส์ ทำงานที่ใช้ความคิดสร้างสรรค์ เป็นต้น (Lemone, 2001)

3.2.2.3 พลังสัมผัส (Therapeutic touch) หลักของพลังสัมผัสคือ คนเป็น สนามพลังเป็นระบบเปิด เมื่อคนเจ็บป่วยคนมีสนามพลังที่ไม่สมดุล สำหรับพยาบาลที่มีสุขภาพดี จะมีพลังสนามที่สมดุล พยาบาลจะใช้มือส่งพลังไปยังผู้รับหรือผู้ป่วย เพื่อปรับสนามพลังของ ผู้ป่วยให้สมดุล ผลการศึกษาของหลายท่าน พบว่า พลังสัมผัสช่วยให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ลดลง และความปวดลดลง Keller และ Bzdek (1986) ได้ทำการศึกษา ผลของพลังสัมผัสที่ศีรษะ จากความเครียด พบว่าหลังจากได้รับการทำพลังสัมผัสทันที และ 4 ชั่วโมงต่อมา กลุ่มตัวอย่างที่ ได้รับการพลังสัมผัสจากพยาบาล มีความปวดศีรษะจากความเครียดลดลง อย่างไรก็ตามจากการ ศึกษาของ Meehan (1993) ในเรื่องการทำพลังสัมผัสต่อความปวดหลังผ่าตัด พบว่าใน 1 ชั่วโมงแรกหลังทำพลังสัมผัส กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการทำพลังสัมผัส มีความปวดหลังผ่าตัดไม่ลดลง Meehan ให้เหตุผลว่าความปวดหลังผ่าตัดนี้มี tension มากกว่าความปวดศีรษะจากความเครียด อย่างไรก็ตามการใช้พลังสัมผัสให้ได้ผลดี ผู้ส่งพลังต้องมีทักษะ หรือได้รับการฝึกฝนมาก่อน (สมพร ชินอรส ,2540 อ้างถึงในสุดกัญญา พัทวี, 2541) ซึ่ง Turner และ Williams (1999) ได้ ศึกษา ผลของการลดความปวด และความวิตกกังวล โดยใช้การสัมผัสบำบัด ในผู้ป่วย 99 คน พบว่าสัมผัสบำบัด สามารถที่จะลดความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001)

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson และคณะ (1994) โดย Dodd มีแนวคิดว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุ เช่นแนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นต้องจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆกัน ตามแบบจำลองการจัดการอาการเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ และตระหนักรู้ของบุคคล ต่อการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางชีวจิตสังคม (Harver และ Mahler, 1990 อ้างถึงในDoddและคณะ, 2001: 669) แนวคิดนี้ เป็นการประเมินสถานะของโรค และพิสูจน์ ความมีประสิทธิภาพของกลวิธีในการจัดการกับอาการ ซึ่งทั้งอาการและอาการแสดง เป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางการรักษา โดยผู้ป่วยควรจะได้รับการสอนถึงความสำคัญของอาการ และทำให้ค่อยๆ เข้าใจในอาการของตนเอง จนกระทั่งสามารถให้ความหมายของอาการ และความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ

แบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ (Dodd et al., 2001: 669)

1. **ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience)** เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล ต่ออาการโดยการประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งผิดปกติที่ตนเองเคยรู้สึก หรือปฏิบัติ ประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย

1.1 การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลซึ่งรู้ตัวดี แปลความผ่านกระบวนการคิดรู้อยู่ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึก หรือเคยปฏิบัติ

1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งของอาการ ความบ่อยหรือผลกระทบ หรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตจากอาการ

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) การตอบสนองของบุคคลต่ออาการ เป็นการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจ วัฒนธรรมสังคมและพฤติกรรม โดยอาการที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการ อาจมีการตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ และมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการ และการตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาว

2. **กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)** มีเป้าหมายเพื่อเป็นการเบี่ยงเบน หรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยใช้กลวิธีการดูแลตนเอง การเข้ายาในการบรรเทาอาการ และการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยการจัดการจะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย เพื่อสามารถนำไปสู่กลวิธีการจัดการโดยมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียว หรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงไปตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย มีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ทำไม่ต้องใช้ ใช้มากน้อยเท่าไร ใช้กับใคร และใช้อย่างไร

3. **ผลลัพธ์ (Outcomes)** เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ และกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์จะมุ่งไปที่ 8 ปัจจัย คือค่าใช้จ่าย (costs) สถานะอารมณ์ (emotional status) การดูแลตนเอง (self-care) สถานะการทำหน้าที่ (functional status) คุณภาพชีวิต (Quality of life) อัตราการเกิดโรคและเกิดโรคร่วม (morbidity และ co-morbidity) อัตราการตายและสถานะอาการ โดยลักษณะของอาการเป็นศูนย์กลางในการส่งผ่านไปยังผลลัพธ์ตัวอื่น และผลลัพธ์ทั้งหมดอาจจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน ส่วนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจะถูกกระทบเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีอาการนั้นเป็นเวลานาน

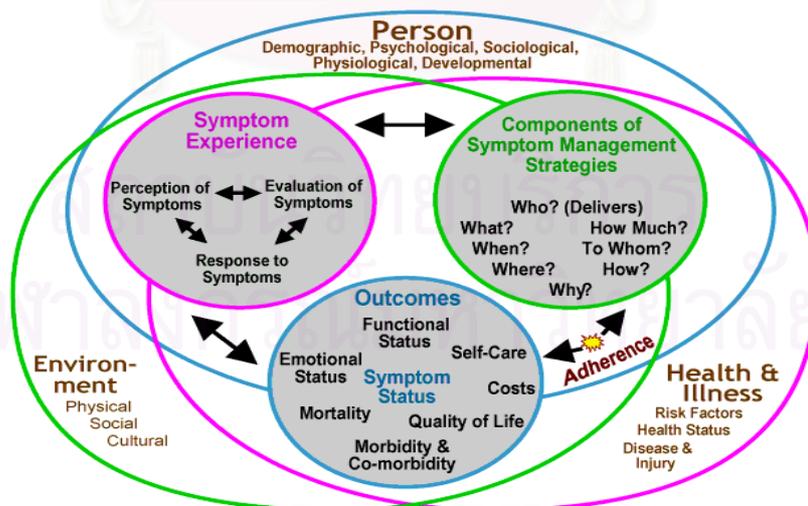
จากแนวคิด Symptom management model (Doddและคณะ, 2001) ที่ตระหนักในมิติทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาล ที่ประกอบด้วย บุคคล ภาวะสุขภาพ หรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อมิติทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการประกอบด้วย

3.1 บุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic) ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ จิตใจ (psychological) ได้แก่ ลักษณะทางบุคลิกภาพ ความสามารถในการรู้คิด และแรงจูงใจสังคม (sociological) ได้แก่ ครอบครัว วัฒนธรรม ศาสนา และสรีรวิทยา (physiological) ได้แก่ แบบแผนการพักผ่อน การปฏิบัติกิจกรรม และความสามารถของร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่ทำให้บุคคลมีมุมมอง และตอบสนองต่อประสบการณ์ มีอาการรวมทั้งมีผลต่อระดับของพัฒนาการในแต่ละบุคคล

3.2 สุขภาพและการเจ็บป่วย ประกอบไปด้วย ปัจจัยเสี่ยง ภาวะสุขภาพ โรค หรือความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรง และโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการ เช่น ผู้ป่วยโรคปอด แต่ละชนิดจะมีประสบการณ์อาการหายใจลำบากแตกต่างกันทั้งในเรื่องคุณภาพ และปริมาณของ

อาการหายใจลำบาก (Carrieri และ Hudes, 1986 อ้างถึงในDodd และคณะ, 2001) นอกจากนั้นผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะมีปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิดอาการได้จากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อันตรายจากสถานที่ทำงานหรือผลข้างเคียงของการรักษา

3.3 สิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้อาการเกิดขึ้นโดยสภาพแวดล้อม ประกอบไปด้วยสภาพร่างกาย (physical) สังคมและวัฒนธรรม (Social และ culture) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคมจะรวมทั้งเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (social support network) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและวัฒนธรรม ซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วย และเป็นกรปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างเดียวกันในกลุ่มชน หรือเชื้อชาตินั้นๆ ซึ่งสถานที่ที่มีผลต่อวิธีใช้ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษามะเร็ง และเมื่อเยื่อภายในช่องปากอักเสบก็ จะได้รับการแนะนำ และการดูแลตนเองในการจัดการกับอาการดังกล่าวที่บ้าน (Beck, 1999; Dodd และคณะ, 1999) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการนอนหลับ พบว่าจะมีรูปแบบในการนอนหลับที่ยากลำบากเมื่ออยู่ในห้องทดสอบ การนอนหลับเมื่อเปรียบเทียบกับกรนอนที่บ้าน และมีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้รับการสอนการจัดการด้วยตนเอง (self-management) เป็นรายบุคคลที่มีการยึดติดในการรักษาเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกรสอนเป็นกลุ่ม แต่กรสอนเป็นกลุ่มจะทำให้มีทักษะในการใช้ยาเพิ่มขึ้นมากกว่ากรสอนเป็นรายบุคคล (Wilson และคณะ, 1999 อ้างถึงใน Dodd และคณะ, 2001)



SYMPTOM MANAGEMENT MODEL

แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Doddและคณะ, 2001)

การนำแบบจำลองมาใช้ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. **การประเมินประสบการณ์การมีความปวด** เป็นการรับรู้ต่อความปวดของผู้ป่วย การประเมินความหมายของความปวด การรับรู้การมีความปวดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะรู้ว่ามี ความปวดเกิดขึ้นหลังผ่าตัดซึ่งเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนผ่าตัด ซึ่งการประเมินความปวดเป็นการ ตัดสินใจและรายงานจากผู้ป่วย เกี่ยวกับความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งที่ปวด ความบ่อย หรือผลกระทบ หรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตจากความ ปวด การตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วยเป็นผลจากมีความปวดต่อทั้งร่างกายและจิตใจ วัฒนธรรมสังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมา โดยความปวดที่เกิดขึ้นในอาจมีการ ตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ ซึ่งอาจมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีความปวดหรือ การตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาวจากความปวดที่เกิดขึ้น เช่น ถ้าความปวดเฉียบพลันในขณะที่ เกิดขึ้นขณะนั้นได้รับการแก้ไขไม่เพียงพอ ความปวดจะเปลี่ยนเป็นความปวดเรื้อรังได้ โดยขั้น ตอนนี้เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย 1 วันหลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ ความปวดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย ผลจากความปวดและการจัดการกับความปวดของ ผู้ป่วย การได้รับการจัดการกับอาการจากบุคลากรที่มึสุขภาพและความต้องการบรรเทาความปวด ของผู้ป่วย

2. **กลวิธีในการจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัด** มีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านลบ หรือเป็นการเบี่ยงเบน หรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบให้เกิดซ้ำหรือน้อย ที่สุด โดยใช้กลวิธีที่ดูแลตนเองในการจัดการกับความปวด การมีส่วนร่วมในการเข้าในการ บรรเทาความปวดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด และการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ญาติผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ใน มุมมองของผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินความปวดจากบุคลากรที่มึสุขภาพ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วย สามารถใช้วิธีการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง เหมาะสม โดยมีเป้าหมายลดความปวด และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเร็วขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาหรือเปลี่ยนแปลงไปตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย โดยกลวิธี การจัดการกับความปวดจะเริ่มตั้งแต่พบผู้ป่วยหลังจากการสร้างสัมพันธภาพ โดยการให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด และการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความปวดหลัง ผ่าตัดที่จะเกิดขึ้นจากการการบาดเจ็บเนื้อเยื่อของร่างกายจากการผ่าตัด การจัดการกับความปวด หลังผ่าตัดที่เกิดขึ้น ด้วยการสอนประกอบกับคู่มือ และสาธิตการฝึกทักษะการผ่อนคลายโดยการ ฟังดนตรี ซึ่งจะใช้กลวิธีนี้เมื่อมีความปวด หรือต้องการการผ่อนคลายร่วมกับการช่วยเหลือจากทีม สุขภาพเช่นการให้ยาระงับปวด การช่วยเหลือในการป้องกันและบรรเทาความปวด ได้แก่ การ

ประเมินความปวดในช่วงเวลาต่างๆ การให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา การกระตุ้นและช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น การใช้ร่วมกับการฝังด้นตรีจะช่วยเสริมการผ่อนคลายได้มากขึ้นเป็นการตัดวงจรของความปวดทำให้ลดความปวดลง ซึ่งเหมาะสมกับผู้ป่วยเนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย และผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติม ร่วมกับการวางแผนแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วยในสิ่งที่ เป็นอุปสรรค และให้ความรู้ และฝึกทักษะเพิ่มเติมในสิ่งที่ยังเข้าใจหรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง

3. การประเมินผล เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีความปวด และเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับความปวด โดยจะมุ่งไปที่การบรรเทาความปวดลดความทุกข์ทรมานทำให้มีสภาวะอารมณ์ที่ดีขึ้น ลดเวลาอนโรงพยาบาลซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเพื่อลดความปวด ทำให้การกลับมาทำหน้าที่ของร่างกายอย่างปกติ ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยพึงพอใจ ลดอัตราการเกิดโรคและหรือภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อัตราการตายและสภาวะของอาการต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ส่วนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจะถูกกระทบเมื่อผู้ป่วยมีความปวดรุนแรงหรือมีอาการนั้นเป็นเวลานาน ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย และประเมินผลกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ

5. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน (Preparatory information) โดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง เป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษากิจกรรมการพยาบาล หรือการตรวจต่างๆ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ เช่น คลายความวิตกกังวล ลดความปวด ความกลัวและความทุกข์ทรมาน โดยมีแนวคิดมาจากทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (self-regulatory models) ของ Laventhal และ Johnson (1983) ซึ่งได้รวบรวมความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในห้องปฏิบัติการพยาบาลและทางคลินิก เกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมเผชิญความเครียด และความทุกข์ทรมานของบุคคลประกอบกับทฤษฎีทางจิตวิทยาพัฒนามาเป็นทฤษฎีการปรับตัวตนเอง ซึ่งเป็นทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive theory) มโนทัศน์หลักของทฤษฎีคือ แบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Schema) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) ที่ซับซ้อนจากประสบการณ์ที่ผ่านมา แบบแผนความรู้ความเข้าใจเป็นตัวชี้นำความสนใจของบุคคลเป็นแนวทางจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ การใช้ข้อมูลที่มีอยู่และเป็นแนวทางของพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก็เหมือนประสบการณ์อื่นมีผลต่อแบบแผนความรู้

ความเข้าใจ เมื่อผู้ป่วยประสบกับกิจกรรมการรักษา (Johnson และ Lauver, 1989)

5.1 ความหมายของการให้ข้อมูล

Leventhal และ Johnson (1983) ให้ความหมายของการให้ข้อมูลไว้ว่า เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วย โดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็น สำหรับผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติสอนผู้ป่วยก่อนปฏิบัติจริง เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2530) ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักอนุมานหาความจริง หรือการคำนวณ

Close (1988) การให้ข้อมูลหมายถึง กระบวนการที่ทำให้เกิดประสบการณ์ ส่งผลต่อบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง

Lazarus และ Folkman (1984 อ้างถึงใน กัลยา สรรพอุดม, 2546) กล่าวว่า การให้ข้อมูล เป็นรูปแบบการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้สิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้น เป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้

Perry (1981 อ้างถึงใน วนิดา อินทราชา, 2538) กล่าวว่า การให้ข้อมูล หมายถึง การให้รายละเอียดหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและการกระทำ ผลที่คาดหวังจะได้รับจากการรักษาและบริการพยาบาล ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

โดยสรุป การให้ข้อมูล หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วย เป็นข้อเท็จจริงที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้สิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้

5.2 ประเภทของข้อมูล

จากการศึกษาของ อภรณ์ คำก้อน (2545) ชนิดของข้อมูลในการสอนผู้ป่วย ศัลยกรรมมีลักษณะ หรือชนิดของข้อมูลที่พยาบาล ให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมี 4 ชนิด (Krupat และคณะ, 2000) ดังนี้

5.2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Surgical information) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง รายละเอียดของขั้นตอนการตรวจรักษา หรือ เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด ซึ่งรวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ ให้แก่ผู้ป่วย เครื่องมือต่างๆ เช่น การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วย ทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการผ่าตัด ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การให้ ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเผชิญและเตรียมเผชิญ เหตุการณ์นั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม (Leventhal และ Johnson, 1983)

5.2.2 ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (sensory information) เป็นข้อมูลที่ อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด โดย ลักษณะของข้อมูลจะเกี่ยวกับ ความรู้สึกจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็นภาพเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆของเหตุการณ์ และความทุกข์ทรมานที่อาจ เกิดขึ้น (Leventhal และ Johnson, 1983) เช่น ความรู้สึกเมื่อฟื้นจากฤทธิ์ของยาสลบ ความรู้สึก เกี่ยวกับความปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น การให้ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยา ตอบสนองทางด้านจิตใจได้ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นสอดคล้อง กับที่ได้คาดคิดมาก่อน

5.2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ (Recovery information) เป็นข้อมูลที่เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติหลังการผ่าตัด ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น คำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารร่างกายส่วนต่างๆ ที่ได้รับการผ่าตัด การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น การให้ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน ลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และสามารถแสดงพฤติกรรมได้อย่าง เหมาะสม

5.2.4 ข้อมูลทั่วไป (General information) เป็นข้อมูลทั่วไป เช่น ระเบียบ การเยี่ยมในโรงพยาบาล การขอความช่วยเหลือต่างจากพยาบาล เป็นต้น โดยข้อมูลประเภทนี้ มักจะให้ความรู้ร่วมกับข้อมูลประเภทอื่นๆ ดังกล่าวข้างต้น

5.3 ผลลัพธ์ของการสอนผู้ป่วยศัลยกรรม

จากวิถีประสาทของการเกิดความปวด พบว่าการปรับเปลี่ยนวิถีความปวด สามารถช่วยให้ระดับความปวดลดลงได้ โดยการให้หลักการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลัง ผ่าตัดซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับความปวดในระดับสมอง โดยเปลือกสมองใหญ่ที่

เป็นส่วนรับรู้ความปวด มีหน้าที่รับรู้ และจดจำเกี่ยวกับความปวด ทำให้เกิดการแปลผล แยกแยะ ลักษณะ ตำแหน่ง และความรุนแรงของความปวด เกิดการกระตุ้นเส้นทางอารมณ์ แปลผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่พึงพอใจ และมีผลทำให้เกิดการกระทำตอบโต้เพื่อขจัดความปวด ดังนั้น ถ้ามีกลไกหรือสิ่งที่มาทำให้เกิดการรับรู้ของสมองเปลี่ยนแปลงไป ก็จะทำให้สมองไม่สามารถแปลเป็นความปวดได้ (เจ็อกุล อโนธรรมร์, 2546) การให้ข้อมูลเป็นวิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ ที่เน้นให้บุคคลสามารถเผชิญกับประสบการณ์ความปวด และช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น (Herry และ Mobily, 1999) ช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด โดยการให้ข้อมูลในผู้ป่วย ศัลยกรรมสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Orem (1991) สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านทักษะในการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับคำกล่าวของคิง (King, 1995) ที่ว่าผลการสอนจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยทั้งทางด้านความรู้ ทักษะในการปฏิบัติ และค่านิยม ส่งผลให้การปฏิบัติตัวถูกต้อง และช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ (กฤษณา ศักดิ์ศรี, 2530; ยุพดี รัตนรังสี, 2541 อ้างถึงใน อภรณ์ คำก้อน, 2545) การสอนผู้ป่วยเป็นกิจกรรมของพยาบาลที่สำคัญ และมีความจำเป็นอย่างมากของการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เพราะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ สามารถที่จะดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลได้ และเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปแล้วโดยมีเป้าหมายคือ การมีสุขภาพที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามปกติ

6. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรี

ดนตรีเป็นศิลปะที่อาศัยเสียงเพื่อถ่ายทอดอารมณ์ไปสู่ผู้ฟัง เป็นศิลปะที่ง่ายต่อการสัมผัส ก่อให้เกิดความสุข ความปิติพอใจแก่มนุษย์ (เสาวณีย์ สังข์โสมณ, 2541) ดนตรีถูกใช้มาตั้งแต่สมัยโบราณเป็นเวลานานมากกว่า 4,000 ปี ในด้านการบำบัดการรักษา ชาวอียิปต์ได้ทำการบันทึกไว้ว่า ได้นำทำนองการร่ายเวทมนต์มาใช้ในการรักษาหญิงตั้งครรภ์ ในคัมภีร์ไบเบิล David ใช้ดนตรีเสียงลักษณะคล้ายพิณรักษาภาวะซึมเศร้าของกษัตริย์ Sual (Synder, 1992) นอกจากนี้ Florence Nightingale ได้ตระหนักถึงพลังอำนาจของดนตรี และนำมาช่วยในการรักษาผู้เจ็บป่วย จากการศึกษาทางการแพทย์ การเลือกดนตรีมาใช้ในการสนับสนุนภาวะสุขภาพ และการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกเรียกว่าว่าเป็น “ดนตรีบำบัด” (Heffiline, 1990)

6.1 ความหมายของดนตรี

Bunt (1994 อ้างถึงในChlan และ Tracy, 1999) กล่าวว่าดนตรี เป็นเครือข่ายที่ซับซ้อนของการแสดงออกของเสียง ซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ จังหวะ ทำนอง และเสียงประสาน ที่เป็นพลวัตที่มีผลต่อทั้งร่างกายและจิตใจ

Munro และ Mount (1978 อ้างถึงในWatkins, 1997) กล่าวว่า ดนตรีเป็นการใช้ดนตรีที่ควบคุมองค์ประกอบ และมีอิทธิพลต่อสภาวะของมนุษย์ ในการรักษาทั้งด้านสรีระวิทยา พยาธิสรีระวิทยา และอารมณ์ในภาวะที่เจ็บป่วยและพิการ

Mac Clell และคณะ (1979 อ้างถึงในCook, 1981) กล่าวว่า ดนตรี เป็นการนำศาสตร์ของดนตรีมาให้เป็นประโยชน์ในการทำหน้าที่โดยนักบำบัด ซึ่งเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นลักษณะเฉพาะ

บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2530) กล่าวว่า ดนตรี หมายถึงการนำเอาดนตรีมาประยุกต์ใช้อย่างมีหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์เพื่อช่วยในการบำบัดรักษาภาวะความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

พิชัย ปรัชญานุสรณ์ (2534) กล่าวว่า ดนตรีเป็นการนำดนตรีและกิจกรรมดนตรีต่างๆ ไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยคำนึงถึงวัยของผู้ป่วย ลักษณะของโรคและอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองให้ดำเนินชีวิตทั้งต่อตนเองและต่อสังคมได้อย่างปกติสุข

เสาวณีย์ สังฆโสภณ (2541) กล่าวว่าดนตรี เป็นวิชาที่ว่าด้วยการนำดนตรีและองค์ประกอบของดนตรี กิจกรรมการฝึกทักษะทางดนตรีมาประยุกต์ใช้เพื่อเบี่ยงเบนพฤติกรรมและใช้บำบัดร่างกายและจิตใจของมนุษย์ร่วมกับการรักษาแนวอื่นเพื่อให้การรักษาประสบผล สำเร็จเร็วขึ้นโดยอาศัยการกระทำอย่างมีหลักเกณฑ์ และมีระเบียบทางวิทยาศาสตร์

ดวงดาว ดุลยธรรม (2544) กล่าวว่า ดนตรีเป็นการประยุกต์ใช้ศิลปะทางดนตรีอย่างมีหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์อันได้แก่ องค์ประกอบต่างๆของดนตรี เป็นสื่อในการบำบัดรักษาผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยอาศัยความรู้หลายสาขา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย และจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้

จากความหมายของดนตรีที่กล่าวมา สรุปได้ว่า เป็นการนำเอาดนตรีมาประยุกต์ใช้อย่างมีหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ในการบำบัดรักษา บรรเทา ส่งเสริม และฟื้นฟู ซึ่งมีผลต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

6.2 คุณสมบัติของดนตรี

การฟังดนตรีมีประโยชน์เพื่อผ่อนคลายความเครียดทั้งร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้จะช่วยให้สุขภาพจิตดีแล้วยังช่วยพัฒนาสมองทำให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาความจำได้อีกด้วย มีการศึกษามากมายที่พบว่าดนตรีที่เลือกสรรแล้วช่วยบรรเทาความเจ็บป่วยได้ ซึ่งประเภทของดนตรีที่ฟังต้องสร้างสรรค์ ก่อให้เกิดความสุข และความหวัง (เสาวณีย์ สังฆโสภณ, 2541) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ควรหลีกเลี่ยงดนตรีที่มีจังหวะเร็วหรือมีเสียงดังอีกทีที่ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดอาการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อได้ ดนตรีประเภทผ่อนคลาย (relaxing-music) เป็นดนตรีที่มีลักษณะที่ก่อให้เกิดความสงบ (calm) ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ลดความวิตกกังวล โดยอาศัยองค์ประกอบและคุณสมบัติดนตรีประเภทผ่อนคลายในการก่อให้เกิดผลการผ่อนคลายต่อผู้รับฟัง ดนตรีเป็นลักษณะของเสียงที่ได้รับการจัดเรียงไว้อย่างเรียบร้อยโดยมีแบบแผน และโครงสร้างที่ชัดเจน ถือว่าเป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์ เป็นการผสมผสานกันระหว่างศิลปะกับวิทยาศาสตร์ จึงมีคุณค่าทำให้เกิดความอบอุ่น มั่นคงทางจิตใจได้สูงกว่าเสียงที่ขาดระเบียบ โดยผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายจะขึ้นอยู่กับลักษณะ และการเรียบเรียงของดนตรี ดังต่อไปนี้ (พิมพร ลีละวัฒนากุล, 2546)

6.2.1 จังหวะ (rhythm) หมายถึง การเคลื่อนไหวของเสียงในช่วงเวลาหนึ่ง ดนตรีแต่ละชนิดจะมีจังหวะหรือลีลาเฉพาะที่แตกต่างกัน จังหวะเป็นส่วนประกอบสำคัญและเป็นสิ่งแรกของดนตรีและจังหวะดนตรีจะมีอิทธิพลต่อมนุษย์มากที่สุด สามารถกระตุ้นกลไกการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย และทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ โดยลักษณะจังหวะของดนตรีผ่อนคลายจะมีจังหวะที่ช้า มั่นคง สม่ำเสมอ จะทำให้รู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เกิดอารมณ์สงบ และช่วยในการผ่อนคลาย (โชนภา กิตติศัพท์, 2536; เสาวณีย์ สังฆโสภณ, 2541)

6.2.2 ระดับเสียง (pitch) หมายถึง เสียงสูง ต่ำ ที่มีความถี่เป็นรอบต่อวินาที มีหน่วยเป็นเฮิรตซ์ เสียงที่มีความถี่สูง คือ เสียงสูง เสียงที่มีความถี่ต่ำ คือ เสียงต่ำ มนุษย์สามารถรับฟังเสียงที่มีความถี่ตั้งแต่ 20–20,000 เฮิรตซ์ ตามปกติบุคคลจะมีการปรับปฏิกิริยาการแสดงออกให้เข้ากับระดับเสียงของดนตรี ในสังคมทั่วไปเสียงแหลม (high pitch) จะสัมพันธ์กับปฏิกิริยาที่มีความสดใส ร่าเริง ในขณะที่มีระดับต่ำ (low pitch) จะหมายถึงความมืดมน หมดหวัง หรือซึมเศร้า ระดับของเสียงที่มีอัตราเร่งมากจะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกงุนงงได้ง่าย ในขณะที่เดียวกันอัตราเชิง

ซ้ำจะก่อให้เกิดอารมณ์สงบผ่อนคลาย (โชนนภา กิตติศัพท์, 2536) ดังนั้นเสียงดนตรีประเภทผ่อนคลายควรมีระดับเสียงที่ต่ำหรือทุ้มนุ่มนวลจะทำให้รู้สึกผ่อนคลายและสงบ (เสาวณีย์ สังข์โสภณ, 2541)

6.2.3 ความดังของเสียง (volume intensity) คือ ปริมาณความเข้มของเสียงที่วัดได้มีหน่วยเป็นเดซิเบล คนสัตว์จะมีปฏิกิริยาได้ตอบกับความดังของเสียงต่างๆ เสียงเบาๆ นุ่มนวล จะทำให้เกิดความสงบสุขและทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ (เสาวณีย์ สังข์โสภณ, 2537) การรับฟังดนตรีให้เกิดความผ่อนคลาย ควรใช้ความดังเบาของเสียงอยู่ในช่วง 40 -60 เดซิเบล ไม่ควรเกิน 90 เดซิเบล เพราะจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย (Chlan, 1998 อ้างถึงใน พิมพร ลีละวัฒนากุล, 2546) และการรับฟังเสียงที่อยู่ใกล้หูและมีเสียงที่ดังมาก อาจเป็นอันตรายต่อเยื่อแก้วหูและเป็นสาเหตุให้หูหนวกได้ (Shealy, 1996 อ้างถึงใน พิมพร ลีละวัฒนากุล, 2546) ความดังของเสียงดนตรีสามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ โดยช่วยให้เกิดสมาธิ กระตุ้น และลดความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจให้สงบหรือไม่สงบได้ตามต้องการรวมทั้งช่วยในการสร้างระเบียบ และควบคุมตนเองให้เข้าระดับปกติได้ (โชนนภา กิตติศัพท์, 2536)

6.2.4 ทำนองเพลง (Melody) หมายถึง การนำเอาระดับเสียงสูงเสียงต่ำต่างกันมาจัดเรียงกันไว้อย่างมีศิลปะมีชีวิตชีวา โดยคำนึงถึงความสั้นยาวของเสียงแต่ละเสียงให้สอดคล้อง สัมพันธ์กับทำนองเพลง คือ ส่วนขยายความคิดทางเสียงดนตรีที่เปรียบเหมือนคำพูดที่เป็นวลีประโยคนั่นเอง นักดนตรีถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดอารมณ์ต่างๆ ได้โดยผ่านทางทำนองเพลง การสร้างทำนองเพลงที่มักเกิดจากแรงขับภายใน (motive) ของผู้ประพันธ์เพลงนั้นก่อนเสมอ (พิชัย ปรัชญานุสรณ์, 2534 อ้างถึงใน พิมพร ลีละวัฒนากุล, 2546) โดยผลของทำนองจะช่วยสร้างเสริมให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การระบายความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจและเกิดการสร้างสัมพันธภาพขึ้นในระหว่างผู้ป่วยด้วยกันหรือช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล (โชนนภา กิตติศัพท์, 2536)

6.2.5 ความเร่งเร้าของจังหวะดนตรี (tempo) หมายถึง อัตราความเร็วในการเคาะจังหวะสำหรับเพลงนั้นๆ ซึ่งนิยมนับเป็นจำนวนครั้งต่อ 1 นาที โดยทั่วไปใน 1 จังหวะ จะมีความเร็วอยู่ระหว่าง 50 - 120 เมโตรโนม (mm = metronome measurement หมายถึง เครื่องมือจับจังหวะดนตรีต่อนาที) ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ตามระดับของจังหวะต่างๆ ซึ่งใช้เทียบมาตรฐานอธิบายคร่าวๆ โดยประมาณว่า เท่ากับการเต้นของหัวใจมนุษย์ระหว่าง 70 - 80 ครั้งต่อนาที ความเร็ว ช้าของจังหวะเมื่อนับเทียบจากเครื่องนับจังหวะ ถ้าเร็วกว่าการเต้นของหัวใจเรียกว่า จังหวะเร็ว ส่วนจังหวะที่ช้ากว่าการเต้นของหัวใจ เรียกว่า จังหวะช้า โดยที่จังหวะเร็วจะ

ทำให้ผู้ฟังตื่นเต้นหรือเกิดความตึงเครียดได้มากกว่าจังหวะที่ช้า (โจนนา กิตติศัพท์, 2536) ลักษณะจังหวะดนตรีประเภทฟอนคลายจะมีจังหวะที่ช้าอยู่ในช่วงประมาณ 60 ครั้งต่อนาที (Hicks, 1992 อ้างถึงใน พิมพร ลีละวัฒน์กุล, 2546) หรือ 70-80 ครั้งต่อนาที (เทียบเท่ากับการเต้นของหัวใจ) จะทำให้มีความรู้สึกสงบ สบาย ฟอนคลาย ลดความตึงเครียดได้ (Johnston และ Rohaly- Davis, 1996 อ้างถึงใน พิมพร ลีละวัฒน์กุล, 2546)

6.2.6 ความกังวานของเสียง (sonority) เป็นส่วนประกอบที่บอกได้ว่าเสียงมีความสมบูรณ์ก้องกังวานภายในของเสียงที่ได้แต่ละเสียงในแต่ละวลีมากน้อยเพียงใด (โจนนา กิตติศัพท์, 2536)

6.2.7 ความรู้สึกด้านดนตรี (expression of music) เพลงและบทเพลงสามารถแสดงออกซึ่งความรู้สึกและอารมณ์ได้มากมาย ทั้งอารมณ์รัก เศร้า ดีใจ ทุกข์ สุข หรือตลก ขบขัน เป็นต้น (สุกรี เจริญสุข, 2532) ดนตรีเป็นภาษาของอารมณ์ ซึ่งความรู้สึกด้านดนตรีนับว่าเป็นหัวใจของดนตรี ที่ทำให้ผู้ฟังเกิดความเข้าใจ ประทับใจถึงอารมณ์ และบรรยากาศของเพลงนั้นๆ (บังอร เครียดชัยภูมิ, 2533) องค์ประกอบ และคุณสมบัติต่างๆของดนตรีประเภทฟอนคลายที่กล่าวมา เมื่อนำมารวมเข้าไว้ด้วยกันตามความเหมาะสม และสอดคล้องสัมพันธ์กัน จะมีอิทธิพลต่อผู้ฟังทำให้เกิดความผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับระยะเวลาในการฟังดนตรีจะแตกต่างกันไปตามการวิจัย จากการศึกษาของ White (1992 อ้างถึงใน Henry, 1995) พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 25 – 90 นาทีต่อวัน Guzzetta (1989) พบว่าใช้เวลาในการฟังดนตรี วันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที เป็นเวลา 3 วัน ซึ่งได้ผลดี ส่วน Zimmerman และคณะ (1989) และ Updike (1990) ใช้เวลาในการฟังดนตรีอยู่ที่ 30 นาที Whipple และ Glynn (1992) ใช้เวลา 45 นาที ซึ่งพบว่าเป็นจำนวนที่จำเป็นซึ่งมีผลกระทบต่อความปวดและระบบซิมพาเทติก จากการศึกษาเวลาที่ดีที่สุดที่เป็นพื้นฐานเฉลี่ยอยู่ที่ 25-90 นาที ต่อวัน และพบว่าเมื่อนำมาใช้ผลการตอบสนองต่อความปวดและความวิตกกังวลลดลง (Henry, 1995)

6.3 กลไกของดนตรี

กลไกการทำงานของดนตรีสามารถอธิบายได้ดังนี้ การรับรู้หรือการได้ยินเสียงของบุคคลเกิดขึ้น เมื่อเสียงผ่านไปยังอวัยวะที่รับรู้การได้ยินเสียง (auditory apparatus) ส่งไปตามเส้นประสาทนำสู่สมองส่วน thalamus และ cortical ในการฟังดนตรีถ้าบุคคลอยู่ในภาวะที่รู้สึกตัวหรือมีสติสัมปชัญญะ ดนตรีจะปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดที่สมองส่วน cortical ซึ่งจะมีผลต่อจินตนาการทางอารมณ์ เซาว์นปัญญาและความจำ ทำให้เกิดความรู้สึกนึกคิด แรงจูงใจ ความสนใจ มีสมาธิ ลดความเครียดหรือสภาวะทางอารมณ์ต่างๆ ส่วนในภาวะที่ไม่

รู้สึกตัวหรือขาดสติสัมปชัญญะ ดนตรีจะปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่สมองส่วน thalamus ซึ่งเป็นสมองส่วนล่างและเป็นสถานีใหญ่ในการถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกไปยังสมองส่วน cerebral hemisphere คลื่นเสียงที่นำส่งไปตามวิถีประสาทนี้ สามารถกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและระบบกล้ามเนื้อได้ (Alvin, 1966; Cook, 1981 อ้างถึงใน บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2530)

6.4 ผลของดนตรี

ดนตรีนับว่าเป็นหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งถูกพิจารณาว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลองค์รวมอย่างแท้จริง การค้นพบทางการวิจัยและทางคลินิกสนับสนุนการใช้ดนตรีอย่าง มากในสภาวะทางร่างกายและจิตใจ ยังแสดงออกมาในรูปการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Gerdner และ Buckwalter, 1999) จากกลไกของดนตรีดังกล่าวข้างต้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายดังนี้

6.4.1 ผลกระทบทางด้านสรีระวิทยา

ร่างกายทั้งหมดของมนุษย์ตอบสนองต่อเสียง ไม่ว่าจะฟังเสียงอย่างมีสติสัมปชัญญะหรือไม่ก็ตาม เสียงหลายชนิดทำร้ายร่างกายมนุษย์เพราะไม่สามารถประสานเข้ากับแบบแผนการสันสะท้อนของมนุษย์ ในขณะที่เสียงการสันสะท้อนของดนตรีจะประสานเข้ากับแบบแผนการสันสะท้อนของมนุษย์ และอาจส่งผลต่อการหายใจของร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และการทำงานของอวัยวะต่างๆ ควบคุมและส่งเสริมการทำงานของหน้าที่ของร่างกายให้กลับสู่สภาวะปกติ ซึ่งสามารถวัดหรือประเมินได้จากการรับรู้หรือการได้ยิน

6.4.1.1 ระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือด

ดนตรีมีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือดซึ่งมีความแปรปรวนขึ้นอยู่กับระดับของเสียง ความดังของเสียง และคุณสมบัติของเสียง ดนตรีที่ผ่อนคลายมีประสิทธิผลต่อการลดอัตราการเต้นของหัวใจ อันเป็นผลของการลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นองค์ประกอบทางร่างกาย (Gerdner และ Buckwalter, 1999) วอลเตอร์ (1954 อ้างถึงในCook, 1981) กล่าวถึงการศึกษาของพราวทิจิ (Patrici) พบว่าดนตรีประเภทสงบ (soothing music) จะทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตในสมองช้า และมีปริมาณลดลง ในขณะที่ดนตรีที่ทำให้มีความร่าเริง สนุกสนาน (lively music) ทำให้เพิ่มปริมาณการไหลเวียนโลหิตและช่วยกระตุ้นภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย ไดสิเรน และ ไฟน์ (Diseren และ Fine, 1939 อ้างถึงในCook, 1981) พบว่าดนตรีมีผลต่อสรีระวิทยาของร่างกาย โดยระดับเสียง ความดัง และจังหวะจะมีผลต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไป

6.4.1.2 ความปวด

ดนตรีมีผลต่อการบรรเทาความปวด ทั้งชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง เฮิร์ทซ์ (Herth, 1978 อ้างถึงในGerdner และ Buckwalter, 1999) พบว่าลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาความปวดได้ 30 % เมื่อใช้ดนตรีร่วมในการบำบัด ประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยไข้รูมาติก (Schoor, 1993 อ้างถึงในGerdner และ Buckwalter, 1999) และผู้ป่วยมะเร็ง (Beck, 1991; Zimmermanและคณะ, 1989 citedin Gerdner และ Buckwalter, 1999) เสี่ยงดนตรีที่ปลูกเร้าผ่านการได้ยิน มีผลกระทบต่อสรีระและร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับทฤษฎีควบคุมประตูของความปวด ความดังของเสียงจะเร้าผ่านไปยัง thalamus, midbrain และ brain stem ทำให้ผลิตสาร เช่น endorphin และ serotonin ซึ่งยับยั้งการนำสื่อประสาท และกระตุ้นให้ประตูปิดไม่เกิดความปวด และในด้านความสนใจต่อสิ่งที่ทำให้ความปวด ซึ่งมีมากกว่าความรู้สึกพึงพอใจต่อสิ่งเร้าก็จะลดลง ความรู้สึกผ่อนคลายจะเกิดขึ้น เป็นการลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณที่บาดเจ็บด้วย

6.4.1.3 การเคลื่อนไหว

มีการศึกษามากมายไม่มากนักในการตอบสนองของ ระบบกล้ามเนื้อ และระบบประสาทต่อผลกระทบทางดนตรี ซึ่งพบว่ามีผลกับการหดรัดตัว การคลายตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและปฏิกิริยาตอบโต้ ไตลีเรน และ ไฟน์ (Diseren และ Fine, 1939 อ้างถึงในGerdner และ Buckwalter, 1999) พบว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้น มาจากการกระตุ้นของระดับของเสียง และความดังของเสียง การตอบสนอง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์และอิทธิพลของการสั่นสะเทือนของเสียงที่แสดงในร่างกายนมนุษย์ การศึกษาของ Bernard (1992 อ้างถึงในGerdner และ Buckwalter, 1999) ศึกษาผลกระทบของดนตรีต่อการออกกำลังกายซ้ำๆ ในผู้ป่วยหญิง 25 คน ที่ป่วยเป็นโรคกระดูก และข้อส่วนบนอายุระหว่าง 65- 99 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฟังดนตรีประเภท fast-paced jazz มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับฟังดนตรี

6.4.1.4 พัฒนาการล่าช้า (developmental delay)

ดนตรีมีผลนัยสำคัญทางคลินิกในการพัฒนาปรับปรุงการได้ยิน การพูด ความสัมพันธ์ระหว่างมือและสายตา และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า (Aldridge, Gustroff, และ Neugebauer, 1995 อ้างถึงในGerdner และ Buckwalter, 1999) มีผู้วิจัยได้ขยายผลประโยชน์จากการศึกษานี้ ในด้านการได้ยิน ความสัมพันธ์ระหว่างมือ และสายตา

6.4.1.5 อาการคลื่นไส้และอาเจียน

มีผู้ป่วยมากมายที่ได้รับยาเคมีบำบัด และมีประสบการณ์เรื่องอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่ง Frank (1985 อ้างถึงใน Gerdner และ Buckwalter, 1999) ได้ให้สมมติฐานว่า ความคาดหวังเสริมแรงให้วิตกกังวลมากขึ้น ทำให้ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีมากขึ้น และต่อมาภายหลังได้ศึกษาผลกระทบของดนตรี และการใช้จินตนาการต่อผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาประสบการณ์ของอาการคลื่นไส้ลดลง อาการอาเจียนลดลงด้วย

6.4.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

ดนตรีมีอิทธิพลอย่างมากต่อศูนย์ควบคุมสมองระดับสูง ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจ แรงจูงใจ ความจำ และความฝัน Altshuler ทำการศึกษา ในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 1940 เชื่อว่าดนตรีสามารถเปลี่ยนแปลงอารมณ์ได้ ทั้งในภาวะที่มีสติสัมปชัญญะ และขาดสติสัมปชัญญะ โดยดนตรีจะไปปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่สมองส่วน corticol โดยไปกระตุ้นการสร้างจินตนาการและสติปัญญาความเฉลียวฉลาด ส่วนในภาวะสติสัมปชัญญะดนตรีจะไปปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่สมองส่วน thalamic ซึ่งเป็นสถานีใหญ่ในการส่งและถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกไปสู่ cerebral hemisphere โดยนำส่งไปตามวิถีประสาท (Gerdner และ Buckwalter, 1999; พิมพร ลีละวัฒนากุล, 2546) ซึ่งทิศทางในการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับชนิดของดนตรีและเป้าหมายในการบำบัด (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2530)

6.4.2.1 ความวิตกกังวล

ดนตรีถูกนำมาใช้เป็นประโยชน์ในด้านการลดความวิตกกังวล มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางในหลายสถานการณ์ ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะรอผ่าตัด (Augustin และ Hains, 1996 อ้างถึงใน Gerdner และ Buckwalter, 1999) Updike (1990) พบว่าดนตรีสามารถลดความวิตกกังวล สามารถวัดได้ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจในผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งนอนพักในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

6.4.2.2 อาการกระสับกระส่าย (agitation)

Godder และ Abraham (1994 อ้างถึงใน Gerdner และ Buckwalter, 1999) ให้สมมติฐานว่า ดนตรีที่ผ่อนคลายจะช่วยปกป้องระดับเสียงที่รบกวนในหน่วยดูแลผู้ป่วย ซึ่งทำให้สงบ และลดความถี่ของอาการกระสับ กระส่ายในผู้ป่วยที่มีการรับรู้ที่ผิดปกติได้ และพบว่าจากการสังเกตมีการลดลงของพฤติกรรมกระสับกระส่าย

6.4.2.3 ภาวะซึมเศร้า

ดนตรีมีผลกระทบในทางบวก ต่อผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ซึ่ง Hanser (1990) อ้างถึงใน Gerdner และ Buckwalter, (1999) พบว่าการฟังดนตรี เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยในการเผชิญปัญหาต่อภาวะคุกคาม และความวิตกกังวล ที่มีภาวะซึมเศร้าได้

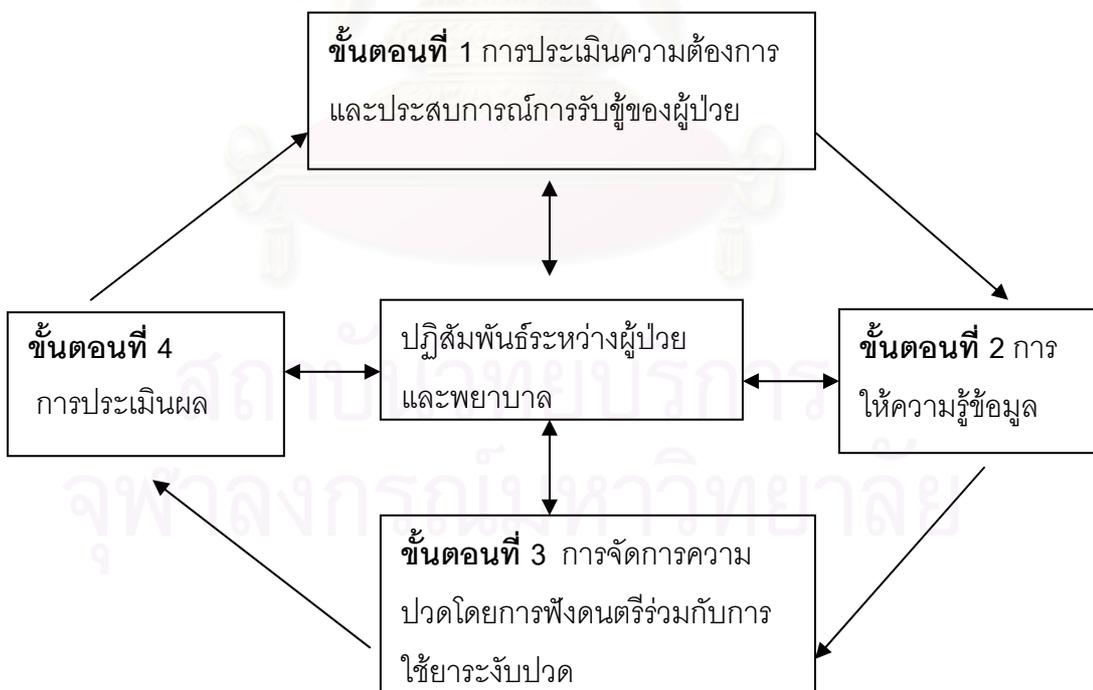
6.5 ดนตรีกับผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้อง

ดนตรีถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยหลายกลุ่ม นับว่าเป็นกิจกรรมหนึ่งในกิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลแบบทางเลือก เพื่อนำไปสู่องค์รวมแห่งสุขภาพของบุคคลที่เรียกว่า การบำบัดแบบผสมผสาน (กัลยา สรรพอุดม, 2546) โดยใช้หลักการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่ง Updike (1990) ได้แสดงถึงหลักการเบี่ยงเบนความสนใจไว้ จากการศึกษาของ David Evans (2001) เรื่องประสิทธิผลของดนตรี สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ ผลลัพธ์ที่ถูกใช้ในการศึกษาอย่างน้อย 1 ชนิด มีดังนี้ ความวิตกกังวล ความปวด ความพึงพอใจ สัญญาณชีพ ปริมาณการใช้อาระงับปวด การใช้อาระงับความรู้สึก ความอดทน อารมณ์ และระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ด้านความปวด ในการวิเคราะห์ห่อภิมานมี 2 การศึกษา ประเมินผลกระทบของดนตรีต่อการประเมินความปวดในการทำหัตถการ โดยใช้ VAS (Koch และ คณะ, 1998; Broscious, 1999) พบว่ามีความแตกต่างของคะแนนความปวดระหว่างกลุ่ม มี 2 การศึกษา ประเมินผลกระทบของดนตรีต่อจำนวนการใช้อาระงับปวดในผู้ป่วยที่ทำหัตถการ (Gatchel และ Weisberg, 2000) แต่ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน การวิเคราะห์ห่อภิมานที่ไม่เหมาะสม หนึ่งในการศึกษาเหล่านี้รายงานว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Boss, 1992) ในขณะที่การศึกษ่อื่นรายงานว่า ผลการศึกษาให้ผลต่อปริมาณการใช้อาระงับปวดลดลงระหว่างมีหัตถการในกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ใช้ดนตรี มีหนึ่งการศึกษาแบบสุ่ม R และ om control trial ประเมินผลกระทบของดนตรี ในการเคลื่อนไหวครั้งแรกหลังผ่าตัดต่อการรับรู้ความปวด พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Good, 1995) มีเพียงหนึ่งการทดลองแบบสุ่ม R และ om control trial ศึกษาการประเมินผลกระทบของดนตรีต่อการรับรู้ความปวด ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่าไม่มีความแตกต่างในคะแนนความปวดของผู้หญิง ระหว่างการดูแลหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกภายหลังผ่าตัด Hysterectomy (Smeltzer และ Bare, 2000) จากการศึกษาเหล่านี้ แสดงให้เห็นว่าดนตรีไม่มีผลกระทบ ดนตรีอาจมีประสิทธิผลในการเบี่ยงเบนความสนใจ จากการที่แสดงให้เห็นโดยการลดลงของปริมาณการใช้อาระงับปวด ดังงานวิจัยของโอมนภา กิตติศัพท์ (2536) ศึกษาเรื่อง ผลของดนตรีต่อการลดความปวด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้อง ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง 40 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดฟังดนตรีให้ฟังมีระดับความปวดหลังผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟัง ซึ่งเชื่อ

ว่าเสียงเพลงจะช่วยดึงดูความสนใจ หันเหความรู้สึกจากความปวดไปสู่การฟัง ลดกระแสประสาทเกี่ยวกับความปวดให้ลดลง ดนตรีจะเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความปวดไปสู่เสียงดนตรี ทำให้เกิดสมาธิ ความตั้งใจ และความเพลิดเพลินได้

7. โปรแกรมการจัดการความปวดที่เน้นการฟังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

โปรแกรมการจัดการความปวดที่เน้นการฟังดนตรี เป็นโปรแกรมที่สามารถบรรเทาความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในการจัดการความปวดที่เกิดขึ้น โดยเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์รับรู้ ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และข้อมูล ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความปวดโดยการฟังดนตรีร่วมกับการใช้ยาระงับปวด ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ดังนี้



ไดอะแกรมแสดงขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการความปวดที่เน้นการฟังดนตรี

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์รับรู้ของผู้ป่วย

การรับรู้ความปวดของผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายาบาลสนใจในทุกข์สุขของตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและความเป็นมิตร มีความนับถือในตัวพยาบาลมากขึ้นจึงกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลของตนเองให้พยาบาลทราบ ทำให้พยาบาลรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริงในมุมมองของผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ในอดีต ภูมิหลัง อายุ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม และปัญหาด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นต้น โดยจากการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ความปวด ความรุนแรง การจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการความปวด ร่วมกับการประเมินความต้องการในการเรียนรู้ของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะต้องไต่ถามรับฟังการรับรู้ หรือความรู้ดั้งเดิมของผู้ป่วยก่อน เนื่องจากบุคคลโดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่มักเคยผ่านการเรียนรู้ในการดูแลมาบ้างแล้ว ดังนั้นการให้ความรู้หรือข้อมูล จึงควรเริ่มในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือการให้ในสิ่งที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการประเมินจะนำไปสู่การระบุปัญหาาร่วมกัน จากนั้นวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และข้อมูล

การให้ความรู้ เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีความปวด ที่สามารถช่วยให้ระดับความปวดลดลงได้ โดยการใช้หลักการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับความปวดในระดับสมอง โดยเลือกสมองใหญ่ที่เป็นส่วนรับรู้ความปวด มีหน้าที่รับรู้และจดจำเกี่ยวกับความปวดทำให้เกิดการแปลผล แยกแยะ ลักษณะ ตำแหน่ง และความรุนแรงของความปวด เกิดการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ แปลผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่พึงพอใจ และมีผลทำให้เกิดการกระทำตอบโต้เพื่อขจัดความปวด ดังนั้นถ้ามีกลไกหรือสิ่งที่มาทำให้เกิดการรับรู้ของสมองเปลี่ยนแปลงไป ก็จะทำให้สมองไม่สามารถแปลเป็นความปวดได้ การให้ข้อมูลเป็นวิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ ที่เน้นให้บุคคลสามารถเผชิญกับประสบการณ์ความปวด และช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น ช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด โดยการให้ข้อมูลในผู้ป่วยศัลยกรรมสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ได้เป็นอย่างดี สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านทักษะในการปฏิบัติ ส่งผลให้การปฏิบัติตัวถูกต้องและช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ การให้ความรู้เป็นวิธีปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความปวดตามสาเหตุ และตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

ด้วยวิธีการให้ความรู้และข้อมูลในการจัดการความปวด ตามสาเหตุที่เกิดขึ้นซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความปวดโดยการใช้อาระงับปวดร่วมกับการฝังดนตรี

การจัดการความปวด เป็นการบรรเทาหรือการลดความปวดให้อยู่ในระดับความสบายที่ผู้ป่วยสามารถ และถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งวิธีการจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัดสามารถ แบ่งออกได้เป็น 2 วิธีใหญ่ๆ ได้แก่ การจัดการความปวดด้วยยาการจัดการความปวดโดยการใช้อาระงับปวด เนื่องจากการใช้อาระงับปวดเป็นวิธีที่ได้ผลดีและรวดเร็วในการช่วยให้ผู้ป่วยลดความปวด รู้สึกสุขสบายมากขึ้น โดยยาระงับปวดทำหน้าที่รบกวนการนำพลังประสาท ที่เกิดจากการกระตุ้นที่ประสาทส่วนปลายโดยตรงและหรือระบบประสาทส่วนกลาง ที่รับรู้เกี่ยวกับความปวด ช่วยในการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาและการตอบสนองต่อความปวดทำให้ขีดเริ่มรับทราบความปวดสูงขึ้นการรับรู้ความปวดน้อยลง แต่เนื่องจากการใช้อาระงับปวดในปริมาณมากส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ดังนั้นจึงมีการนำการฝังดนตรีมาช่วยในการจัดการความปวด

การจัดการความปวดโดยการฝังดนตรี ดนตรีจะปรับเปลี่ยนอารมณ์ และความรู้สึก การรับรู้ จดจำ ทำให้เกิดความสนใจ มีสมาธิ เพลิดเพลิน และส่งสัญญาณประสาทลงมาที่ระบบลำเอียงส่วนกลางคือ เเรติคูลาฟอรัมเช่น เพื่อปรับเปลี่ยนสัญญาณประสาทนำเข้าให้รับรู้สัญญาณประสาทจากดนตรีมากกว่าสัญญาณประสาทจากความปวด มีผลให้การส่งสัญญาณประสาทจากความปวดไปยังระบบควบคุมส่วนกลางลดลง และทำให้สัญญาณประสาทจากระบบควบคุมส่วนกลางไม่สามารถส่งกระแสประสาทไปยังไขสันหลังบริเวณเอสจี ทำให้ไม่มีการส่งสัญญาณประสาทความปวดไปยังสมอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่เรียกว่าประตูปิด (Henry, 1995)

นอกจากนี้ การฝังดนตรีมีผลต่อกลไกการควบคุมความปวดภายในร่างกาย โดยการกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารเอนโดฟินส์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีนออกมา เกิดสัญญาณประสาทนำลงจากทาลามัสและคอร์เทกซ์ เพื่อควบคุมความปวดภายในระดับไขสันหลังด้วยการหลั่งเอนเคฟาลิน การทำหน้าที่ของสารเหล่านี้ จะให้ผลควบคุมความปวด โดยการกระตุ้นให้เอนเคฟาลินไปจับกับโอพิอิดที่อยู่บนปลายประสาทรับความรู้สึกปวดตัวแรก เกิดการยับยั้งการหลั่งการสื่อประสาทหรือสารพี เมื่อไม่มีสารสื่อประสาทจึงไม่เกิดการประสานความปวดขึ้น เรียกว่าประตูปิด จึงไม่มีการถ่ายประสาทความปวดไปยังสมอง ผู้ป่วยจึงรับรู้ความปวดลดลง (Meinhart และ Mccaffery, 1983; Lower และ Hassan, 1999; ศิริชัย เอกสันตวิวงศ์, 2535 อ้างถึงใน เอมอร ดุลยโศคาร, 2543)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

การจัดการอาการ เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ ก็จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป (Dodd และคณะ, 2001) และสำหรับขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการให้ความรู้ ในเรื่องของการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความปวดว่าได้ผลอย่างไร มีปัญหา หรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ร่วมกันประเมินผลจากการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด โดยสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ระดับความปวด ความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดที่เน้นการพึ่งตนเอง เพื่อนำปัญหาที่ได้มาสู่การหาแนวทางแก้ไขร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการกับอาการ ตามแนวคิดของ Dodd และคณะ, 2001 ซึ่งมีงานวิจัยอีกมากมายที่ทำการศึกษา ดังนี้

สายไหม ตุ่มวิจิตร (2547) ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์ (2549) เปรียบเทียบความปวดของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า มีความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้และฝึกทักษะผ่อนคลายแก่ผู้ป่วยในการจัดการความปวด

Davine และ Cook (1983) ที่ได้ทำการสังเคราะห์งานวิจัย ที่ทำการศึกษถึงความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความรู้ และการสนับสนุนทางด้านจิตใจกับระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล ของผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 49 เรื่อง พบว่า ผลของการให้ความรู้ และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ สามารถลดความปวด และสามารถที่จะช่วยลดระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาล

ได้ประมาณ 1.25 วัน ซึ่งเป็นผลมาจากภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้มีการฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

อภิญา วงศ์พิริยโยธา (2536) ศึกษาเรื่อง ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจที่มารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องจำนวน 30 ราย โดยการประเมินการรับรู้ความรุนแรงความปวด ดัดแปลงมาจาก Katz เป็นเทอร์โมมิเตอร์ หรือปรอทวัดความรุนแรงของความปวด โดยมีสเกล 0-100 คะแนน แบบสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจาก แบบสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวดของ Locsin (1981) สมศรีรัตนปริยานุช (2525) สมศรี เจริญล้ำ (2525) และระวีพรรณ (2529) มีจำนวน 4 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย การแสดงออกทางสีหน้า 1 ข้อ พฤติกรรมด้านน้ำเสียง 1 ข้อ การเคลื่อนไหว 1 ข้อ และการปฏิสัมพันธ์กับสังคม 1 ข้อ และเครื่องมือวัดความดันโลหิต และอัตราการเต้นของชีพจร ส่วนการหายใจ ใช้วิธีการนับจำนวนครั้งของการหายใจ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีความวิตกกังวลมีการรับรู้ความรุนแรงความปวด น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย และผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย สัดส่วนของผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวดด้านน้ำเสียง การเคลื่อนไหวและการปฏิสัมพันธ์ ในผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย ซึ่งอธิบายได้ว่าการฝึกการผ่อนคลายช่วยลดความปวด ทำให้การรับรู้ความปวด และความวิตกกังวลลดลง เนื่องจากมีผลต่อร่างกายโดยตรงโดยช่วยลดการทำงานของระบบซิมพาเทติก ทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง และมีผลต่อจิตใจ ทำให้ความวิตกกังวลลดลง เป็นการตัดวงจรความปวด – ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ – ความวิตกกังวล ผู้ป่วยจึงมีความปวดลดลง และจากผลที่มีต่อระบบซิมพาเทติก จึงเป็นผลทำให้ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ รวมทั้งความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ลดลงไปด้วย ส่วนด้านการแสดงออกทางพฤติกรรมแสดงออกทางสีหน้า เป็นการแสดงอารมณ์โดยทั่วไป เป็นการยากต่อการประเมินว่าเป็นพฤติกรรมความปวดจริง

สายชล จันทร์วิจิตร (2539) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดไต จำนวน 30 รายที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลาย จะมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดทั้งทางด้านกายภาพจิตใจ และอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการให้ความรู้อย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตาม

โปรแกรมการให้ความรู้อย่างเดียวก็จะมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร

นุชรี ไล่พันธ์ (2540) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ผ่านทางหน้าท้อง จำนวน 14 รายพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

มณฑิชา แสนทวิสุข (2541) ศึกษาผลของการสัมผัสและการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนต่อระดับความปวด ความวิตกกังวล และการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ จำนวน 12 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม กลุ่มละ 4 คน กลุ่มทดลองกลุ่มแรกได้รับการสัมผัส กลุ่มที่สองได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน และกลุ่มที่สามได้รับการสัมผัสร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ผู้วิจัยทำการประเมินความปวดด้วยมาตรวัดความปวดของจอห์นสัน และแบบบันทึกการใช้ยาระงับปวดในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนร่วมกับการสัมผัส มีระดับความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัส มีระดับความปวดไม่แตกต่างกัน และไม่พบความแตกต่างของการใช้ยาระงับปวดของกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม

สุดกัญญา พัทวี (2541) ศึกษาประสพการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก จำนวน 100 ราย แบบสอบถามความปวด สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดจาก Patient Questionnaire ในส่วนของการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นแบบประเมินความปวดที่ Detroit Medical Center และ Wayne State University พัฒนามาจาก The American Pain Society Questionnaire ประกอบด้วย ประสพการณ์ความปวด ผลของความปวด ประสิทธิภาพของการจัดการกับความปวด และความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด แบบสอบถามส่วนการจัดการกับความปวดสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย วิธีการจัดการความปวดโดยแพทย์ วิธีการจัดการความปวดโดยพยาบาล และวิธีการจัดการความปวดโดยผู้ป่วย ผลการวิจัยดังนี้ 1. ประสพการณ์ความปวดหลังผ่าตัดพบว่าความปวดของผู้ป่วยในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด มีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง วันที่ 3 มีความปวดอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วย จากการสอบถามผู้ป่วยเมื่อเกิดความปวดผู้ป่วยจะนอนนิ่งเฉย 2. วิธีจัดการความปวดโดยผู้ป่วยวิธีที่

ผู้ป่วยใช้มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ การหายใจลึกๆ ซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอ รองลงมาคือการพลิกตัว อยู่ในท่าที่สบาย และลูบเบาๆบริเวณผิวหนังใกล้กับแผล ส่วนวิธีที่ผู้ป่วยใช้น้อยที่สุด คือ อ่านหนังสือ ฟังเพลง พูดคุยกับคน 3. วิธีจัดการความปวดโดยพยาบาล วิธีที่พยาบาลใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การให้ความสนใจและถามถึงความปวด รองลงมาคือ แนะนำวิธีเปลี่ยนอิริยาบถ และวิธีไอ โดยบอกให้หายใจลึกๆ และใช้มือพุงแผลไว้ขณะไอ และให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ระหว่างที่มีความปวด วิธีที่พยาบาลใช้น้อยที่สุดคือ แนะนำให้อ่านหนังสือ พูดคุยกับคนอื่น ฟังเพลง 4. ความพึงพอใจ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาล และโดยรวมในระดับสูง

อุรวาดี เจริญไชย(2541) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการจัดการความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูล 3 ชนิด ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้มาตรวัดความปวดของจอห์นสัน และแบบสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวด ของสมศรี เจริญหล้า และ อภิญญา วงศ์พิริยะโยธา ทำการประเมินความปวดของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวด และพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปรีดา บุญสุวรรณ (2547) ศึกษาผลของการสอนการจัดการความปวดก่อนผ่าตัดต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช พบว่าการสอนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดควบคู่กับคู่มือการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด มีผลต่อการลดลงของระดับคะแนนความปวดที่น้อยกว่าสอนโดยไม่ได้ใช้คู่มือการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

8.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดนตรี

ลือคชิน (Locsin, 1981) ศึกษาผลของดนตรีต่อความปวดหลังผ่าตัด โดยนำดนตรีมาใช้เพียงเบนความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวช จำนวน 24 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ และแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่ม

ละ 12 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการ ฟังดนตรีภายหลังการเย็บปิดแผลเป็นเวลา 15 นาที ทุก 2 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ในช่วง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Munro และ Mount (อ้างถึงใน Cook1986) เสนอผลการศึกษาดังกล่าวของผู้ป่วย มะเร็งต่อมน้ำเหลืองระยะสุดท้ายอายุ 15 ปี ซึ่งเผชิญกับความปวดหลังและปวดท้องอย่างรุนแรง ร่วมกันมีความวิตกกังวล แนะนำวิธีการใช้จินตนาการร่วมกับการฟังดนตรี พบว่ามีประสิทธิภาพมาก เพราะผู้ป่วยไม่ใช้ยาบรรเทาปวดขณะวันสุดท้ายของชีวิต

Beck (1991) ศึกษาผลของดนตรีที่ผู้ป่วยชอบต่อระดับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกฟังเพลงที่ชอบ ประเภทผ่อนคลาย 7 ชนิด เช่น เพลงคลาสสิก แจซ ร็อค เป็นต้น ให้ฟังนาน 45 นาที ฟังวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน ผลการศึกษาพบว่าความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Radziewicz และ Schneider (1992) ศึกษาผลของดนตรีที่ผู้ป่วยชอบเพื่อลด ความปวดในผู้ป่วย Leukemia ขณะทำการเจาะไขกระดูก โดยแบ่งเป็นสองกลุ่มให้ผู้ป่วยกลุ่ม ทดลองฟังดนตรีขณะทำการเจาะไขกระดูกและวัดความปวด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมี ระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Good และ Chin (1998) ศึกษาการใช้ดนตรีตะวันตกต่อความปวดในผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดในไต้หวัน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 38 ราย ซึ่งมีการตอบแบบสอบถาม ก่อนและหลังทำการทดลอง เกี่ยวกับการรับรู้ความปวดและความทุกข์ทรมานความปวดด้วย Visual analogue scale ซึ่งพัฒนามาจาก Johnson's Sensation และ Distress of Pain Scale ผู้ป่วยจะเลือกเพลงที่มีลักษณะผ่อนคลายที่ชอบจาก 5 ชนิดที่ผู้วิจัยจัดให้ ได้แก่ piano, harp, synthesizer ,orchestral และ slow jazz โดยฟังดนตรีในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัดเป็นเวลานาน 30 นาที ซึ่งผลการวิจัยพบว่าหลังผ่าตัดวันที่ 1 ไม่มีความแตกต่างทั้งสองกลุ่ม แต่ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีความปวดและความทุกข์ทรมานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ชอบที่จะฟังดนตรี เนื่องจากสามารถช่วยให้ผ่อนคลายและลดความปวดได้ ดนตรีที่เลือกส่วนใหญ่เป็น harp music แต่ก็มีบางรายชอบที่จะฟังเพลงสวดแบบศาสนาพุทธ หรือเพลงที่กำลังนิยมในไต้หวัน

Heiser และคณะ (1997) ศึกษาผลของการให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ขณะผ่าตัดได้ฟังดนตรีเป็นเวลา 30 นาที พบว่าความปวดและความต้องการการใช้ยาระงับปวดลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี

วัลลภา สังฆโสภณ(1993) ศึกษาผลของดนตรีต่อความปวด และทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเมื่อได้ฟังดนตรีจะมีความปวด และทุกข์ทรมานน้อยกว่าขณะไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ (2535) ศึกษาถึงผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยฟังดนตรีนานเป็นเวลา 30 นาที ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวด และจำนวนครั้งของการใช้ยาไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฟังดนตรี

โสมนภา สังฆโสภณ (2536) ศึกษาผลของดนตรีต่อความปวด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยจัดให้ผู้ป่วยฟังดนตรี ทุก 2 ชั่วโมง นาน 30 นาที พบว่าความปวด และความวิตกกังวลหลังผ่าตัดครบ 48 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี ความปวดประเมินด้วยมาตรวัดความปวดการแสดงออกทางใบหน้า ซึ่งดัดแปลงมาจากภาพการแสดงออกทางใบหน้าของแฟรงค์ และคณะ(1979) โดยจัดลำดับคุณภาพของความปวด เริ่มตั้งแต่ไม่มีความปวดเลยจนถึงความปวดมากจนทนไม่ได้ เป็นมาตรวัด และกำหนดคะแนนไว้ 7 ระดับ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดฟังดนตรีให้ฟังมีระดับความปวดหลังผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟัง ซึ่งเชื่อว่าเสียงเพลงจะช่วยดึงดูความสนใจ หันเหความรู้สึกจากความปวดไปสู่การฟัง ลดกระแสประสาทเกี่ยวกับความปวดให้ลดลง ดนตรีจะเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความปวดไปสู่เสียงดนตรี ทำให้เกิดสมาธิ ความตั้งใจ และความเพลิดเพลินได้

ดวงดาว ดุลยธรรม (2544) ศึกษาผลของดนตรีต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย จัดเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย และกลุ่มควบคุม 15 ราย โดยกลุ่มควบคุมจัดให้ฟังดนตรีในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความปวด ค่าความดัน การหายใจ และชีพจร น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการใช้ยาระงับปวดของทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

Curtis, Kolotylo, และ Broom (1998) ศึกษาผลกระทบของกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นประโยชน์ โดยการใช้ดนตรีหรือการให้ข้อมูลด้านความรู้สึกแก่ผู้ป่วยชาวเงินต่อ

ความวิตกกังวลในการทำ Cardiac catheterization การศึกษานี้ทำในผู้ป่วยที่มาทำ cardiac catheterization อายุระหว่าง 35-75 ปี ไม่มีภาวะทางจิต ไม่มีภาวะคุกคาม เช่น ไตวายหรือมะเร็ง จำนวน 54 ราย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับดนตรี กลุ่มที่ได้รับข้อมูลด้านความรู้สึก และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) โดยวัดระดับความวิตกกังวลจาก Spielberger's State-Anxiety Inventory (SAI) ผลพบว่า การใช้ดนตรี และการให้ข้อมูลด้านความรู้สึก ไม่มีผลต่อการลดระดับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ แต่อารมณ์ดีขึ้นลดความรู้สึกไม่แน่นอน ลดอัตราการเต้นของหัวใจ หรืออัตราการหายใจได้ขณะทำ cardiac catheterization ซึ่งจากผลการวิจัยนั้นอาจเกิดจากปัญหาทางด้านสังคม และวัฒนธรรมที่คาดหวังของชาวจีนที่ทำให้ผลการทดลองไม่มีผล และอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีน้อยไป

Good และคณะ (2004) ศึกษาการใช้ดนตรีที่ผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องขณะนั่งพักในเก้าอี้ โดยใช้กรอบแนวคิดในด้านการรับรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นแนวทางในการจัดการกับความวิตกกังวลและความปวด โดยที่การใช้ดนตรีที่ทำให้ผ่อนคลาย ถูกคาดหวังว่าจะลดความวิตกกังวลและความปวด เป็นการพักผ่อนคลายหรือเบี่ยงเบนความสนใจ ในการหลีกเลี่ยงความสนใจของผู้ป่วยต่อความวิตกกังวลและความปวด ส่วนการจัดตารางให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ถูกคาดหวังว่าจะลดความวิตกกังวลและความปวดโดยขจัดสิ่งรบกวน และลดการทำงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การวิจัยเป็นการวิจัยแบบทดลองแบบสอบถามก่อนและหลัง ทั้ง 3 กลุ่ม ผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งถูกสุ่มอย่างสมบูรณ์ จำนวน 62 ราย ในโรงพยาบาลแถวชานเมืองของตะวันตกกลาง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องและอยู่ในไอซียู วันแรกหลังผ่าตัดซึ่งมีคำสั่งให้ลูกนั่ง ดนตรีที่ใช้เป็นเพลงบรรเลง คุณสมบัติของดนตรีต้องมีความเร็วของจังหวะ 60-80 ครั้งต่อนาที ไม่มีจังหวะที่รุนแรงหรือการเคาะ ความดัง และระดับเสียงถูกควบคุมให้อยู่ในระดับสงบสุข สบายใจ ผลการทดลองพบว่า การใช้ดนตรีที่ทำให้ผ่อนคลาย กับการจัดตารางให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ระดับความวิตกกังวล ความปวด และความทุกข์ทรมานจากความปวดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทำการทดลอง ไม่มี ความแตกต่างในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง การใช้ดนตรีที่ทำให้เคลิบเคลิ้มระดับความวิตกกังวล ความปวด และความทุกข์ทรมานจากความปวดน้อยกว่าหลังจาก 30 นาที ที่นั่งบนเก้าอี้ ทั้งในกลุ่มจัดตารางให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและกลุ่มควบคุม

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ความปวด เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ซึ่งความปวดที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด เป็นความปวดชนิดเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน รบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ดังนั้นการระงับปวดหลังผ่าตัด จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทุกคนควรได้รับอย่างเพียงพอ และมีความเหมาะสมจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในปัจจุบันมีการให้ความสำคัญกับความปวดมากขึ้นแต่ประสิทธิภาพในการจัดการความปวดยังไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากความปวดมีความซับซ้อน การจัดการความปวดเฉพาะความปวดที่เกิดขึ้น หรือการจัดการเฉพาะสาเหตุเพียงอย่างเดียวอาจทำได้เป็นบางส่วน และอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการนำโปรแกรมการจัดการกับความปวดมาเป็นแนวทาง ในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดโดยประยุกต์กับการพยาบาลแบบผสมผสาน จะทำให้การจัดการกับความปวดได้ดียิ่งขึ้นเป็นการจัดการความปวดร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เนื่องจากมีการจัดการปวดที่ครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการพยาบาลแบบผสมผสานเป็นการพยาบาลแบบองค์รวมทั้งกาย จิตใจและสังคมมีการร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพในการประเมินประสบการณ์ความปวด กลวิธีการจัดการกับความปวด และผลลัพธ์โดยประเมินผลการจัดการความปวด อย่างไรก็ตามการจัดการความปวดเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา และเป็นบุคคลแรกในทีมสุขภาพที่รับทราบเกี่ยวกับความปวด หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของพยาบาล เพราะนอกจากช่วยผู้ป่วยในการบรรเทาหรือการลดความปวดแล้วยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายของตัวผู้ป่วยและประเทศ ดังนั้นการจัดการความปวดถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดเพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี ต่อความปวดในผู้ป่วย
หลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน โดยมีขั้นตอนดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของ
ผู้ป่วย** โดยการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการรับรู้การมีความปวดภายหลังผ่าตัด
ประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตและการตอบสนองต่อความปวด

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูล โดยให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลร่วมกับการใช้คู่มือ
โดยมีเนื้อหา ดังนี้ ความหมายของความปวด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวด ผลกระทบ
ของความปวด การจัดการความปวด (มีรายละเอียดดังนี้ คือ การรายงานความ
ปวด การขอความช่วยเหลือ การใช้ยาระงับปวด และวิธีการลดความปวดโดยไม่ใช้
ยา) ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรีเพื่อลดปวด และวิธีการประเมินความปวดหลัง
ผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 วิธีการจัดการความปวด

การจัดการความปวดโดยพยาบาลในดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตาม
แผนการรักษา โดยการประเมินระดับความปวดร่วมกับการรายงานจากผู้ป่วย (self
-report) ดูแลให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษาและติดตามผลการรักษาหลังให้ยา
ระงับปวด ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา บันทึกปริมาณ เวลาในการให้ยา
ระงับปวดอย่างสม่ำเสมอ และเป็นระบบแบบแผน ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการ
ความปวด

การจัดการความปวดโดยตัวผู้ป่วยเองโดยการฟังดนตรีโดยมีขั้นตอน
ดังนี้ คือ ให้ผู้ป่วยเลือกฟังดนตรีที่ชอบโดยการให้ผู้ป่วยทดลองฟังจากเทปเพลง
จำนวน 4 ชุด อธิบายวิธีการฟังดนตรีดังนี้คือให้ผู้ป่วยฟังดนตรีอย่างน้อย 2 ครั้ง
ต่อวัน โดยใช้เวลาในการฟังดนตรีอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง ระหว่างวันผู้ป่วย
สามารถฟังเพลงได้ตามความต้องการ โดยเลือกเพลงชุดไหนก็ได้ และสามารถฟังได้
ตั้งแต่เริ่มมีความปวดเล็กน้อยโดยการฟังผ่านหูฟังเพื่อลดการรบกวนจาก
สิ่งแวดล้อม ดูแลจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายที่สุดและมีความปวดน้อยที่สุด เมื่อฟัง
ดนตรีเสร็จให้นอนพัก 10 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีการซักถามข้อสงสัย
เกี่ยวกับปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด หรือปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไข
ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย

ความปวด

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยมีแบบแผนการวิจัย เป็นแบบแผนการศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Polit และ Hungler, 1999) มีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

กลุ่มควบคุม O_1 ————— O_2

กลุ่มทดลอง O_3 ——— X ——— O_4

O_1 หมายถึง ความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_2 หมายถึง ความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_3 หมายถึง ความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี

O_4 หมายถึง ความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี

X หมายถึง โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน ซึ่งได้แก่ การผ่าตัดเนื่องจากโรค เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ลำไส้อุดตัน เป็นต้น และการผ่าตัดเนื่องจากอุบัติเหตุ เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน ซึ่งได้แก่ การผ่าตัดเนื่องจากโรค เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ลำไส้อุดตัน เป็นต้น และการผ่าตัดเนื่องจากอุบัติเหตุซึ่งเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ได้แก่ การผ่าตัดเนื่องจากโรค เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ลำไส้อุดตัน เป็นต้น และการผ่าตัดเนื่องจากอุบัติเหตุ
- ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้
- ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยินและการมองเห็น
- อ่านหนังสือไทยได้และสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
- ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria) คือ

- มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะช็อคภายหลังการเข้ากลุ่ม
- มีประวัติปวดเรื้อรังที่เกี่ยวกับอวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด
- ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด เช่น ฟังดนตรีในแต่ละครั้งไม่ครบ 30 นาที และ/หรือฟังดนตรี น้อยกว่า 2 ครั้ง/วัน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย โดยได้กลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ตึกศัลยกรรมชาย 1 ศัลยกรรมชาย 2 ศัลยกรรมชาย 4 และศัลยกรรมหญิง แล้วจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งอาจทำให้เกิดอคติ (Bias) ทำให้ส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยได้ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคน และบันทึกลักษณะของตัวแปรควบคุมของผู้ป่วยไว้ จนได้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 ราย หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 20 ราย โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของ เพศ อายุ ห่างกันไม่เกิน 5 ปี โรคและการผ่าตัดเป็นกลุ่มเดียวกัน จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด นับถือศาสนาพุทธ เป็นเพศชาย 7 คู่ เพศหญิง 13 คู่ อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี ทั้ง 20 คู่ และชนิดของการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดไส้ติ่งจำนวน 13 คู่ การผ่าตัดเปิดหน้าท้องจำนวน 7 คู่ ดังในตารางที่ 1 หน้า 93 ภายหลังจากเลือกกลุ่มตัวอย่างมีผู้ป่วย 1 คน ที่ต้องคัดออกจากกลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยย้ายโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีทั้งหมด 12 ข้อ เป็นส่วนที่ผู้วิจัยบันทึกเองประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต ยาและการรักษาเพื่อการจัดการความปวดที่ได้รับในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด

1.2 แบบประเมินระดับความปวด โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบเส้นตรง เรียงลำดับตัวเลข (Numeric Rating Scale) ของ Johnson จำนวน 1 ข้อ ซึ่งมีการระบุตัวเลขต่อเนื่องไปตามเส้นตรง ให้ผู้ป่วยประเมินโดยเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกแทนค่าคะแนน 0-10 คะแนน และมีข้อความกำกับอยู่ที่ตัวเลข 0 , 5 และ 10 (0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย 5 หมายถึง ปวดปานกลาง และ 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด)

1.3 แบบบันทึกการฟังดนตรี ประกอบด้วย วันที่หลังผ่าตัด ครั้งที่ฟังดนตรี แผ่นดนตรีที่ผู้ป่วยเลือกฟัง เวลาในการเริ่มฟังและสิ้นสุดการฟังดนตรี ระดับความปวดและสัญญาณชีพก่อนและหลังการฟังดนตรี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา สำหรับแบบประเมินความปวดที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เป็นแบบประเมินความปวดของ Johnson ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่

- อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการความปวดจำนวน 3 ท่าน
- อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับดนตรีบำบัดจำนวน 1 ท่าน
- พยาบาลประจำการผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการความปวดจำนวน 1 ท่าน

ได้ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) = 1.00

การหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำแบบประเมินความปวดไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาแต่เป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้ Test – retest โดยการทำในผู้ป่วยคนเดียวกัน 2 ครั้ง ได้ความเที่ยงเท่ากับ .96

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการอาการ ของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการดูแลผสมผสานในเรื่องของการฟังดนตรี โดยเป็นโปรแกรมที่นำไปใช้ในการบรรเทาความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน โดยมีขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมดังนี้

2.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบจำลองการจัดการอาการ การให้ความรู้ การดูแลแบบผสมผสาน ดนตรีบำบัด เพื่อใช้เป็นศึกษาและวิเคราะห์แนวทางในการสร้างโปรแกรม

2.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี โดยโปรแกรมประกอบด้วยหลักการและเหตุผล ปรัชญา ขั้นตอนของโปรแกรม วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาการดำเนินการและการประเมินผลในแต่ละกิจกรรม

2.3 สร้างสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ได้แก่

2.1.1 แผนการสอนเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับความหมายของความปวด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดให้รุนแรงมากขึ้น ผลกระทบของความปวด การจัดการความปวด (มีรายละเอียดดังนี้ คือ การรายงานความปวด การขอความช่วยเหลือ การใช้ยาแก้ปวด และวิธีการลดความปวดโดยไม่ใช้ยา) ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรี และวิธีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด

2.1.2 คู่มือการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ซึ่งเป็นคู่มือที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของความปวด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดให้รุนแรงมากขึ้น ผลกระทบของความปวด การจัดการความปวด (มีรายละเอียดดังนี้ คือ การรายงานความปวด การขอความช่วยเหลือ การใช้ยาแก้ปวด และวิธีการลดความปวดโดยไม่ใช้ยา) ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรีเพื่อลดปวดและวิธีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด

2.1.3 เครื่องเล่นซีดีและแผ่นซีดี เครื่องเล่นซีดีชนิดปรับเสียงได้และมีหูฟังเพื่อป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอกและแผ่นซีดีบันทึกเสียงที่บรรจเพลง 4 ชนิด ลักษณะ

ดนตรีเป็นทั้งดนตรีบรรเลงและดนตรีที่มีการขับร้อง โดยกำหนดความเร็วของจังหวะดนตรี 60-80 ครั้ง/นาที ลักษณะนุ่มนวล มีความยาวประมาณ 60 นาทีต่อแผ่น จำนวน 4 แผ่น ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรี 1 ท่าน

- แผ่นซีดีที่ 1 เป็นดนตรีบรรเลงไม่มีเนื้อร้องประกอบเสียงธรรมชาติ
- แผ่นซีดีที่ 2 เป็นดนตรีบรรเลงไม่มีเนื้อร้องเพลงไทยสากล
- แผ่นซีดีที่ 3 เป็นดนตรีบรรเลงประกอบเนื้อร้องเป็นลักษณะเพลงลูกทุ่ง
- แผ่นซีดีที่ 4 เป็นดนตรีบรรเลงประกอบเนื้อร้องเป็นเพลงไทยสากล

ผลจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกฟังดนตรีบรรเลง ผ่อนคลายร่วมกับเสียงธรรมชาติ จำนวน 25 ครั้ง ร้อยละ 31.1 รองลงมาเป็นดนตรีประกอบการขับร้องเพลงไทยลูกทุ่ง จำนวน 23 ครั้ง ร้อยละ 28.8 ดนตรีบรรเลงเพลงไทยสากล จำนวน 17 ครั้ง ร้อยละ 21.3 และดนตรีประกอบการขับร้องเพลงไทยสากล จำนวน 15 ครั้ง ร้อยละ 18.8 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาในการฟังดนตรี ที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการฟังดนตรีมากที่สุด คือ 30-45 นาที จำนวน 57 ครั้ง ร้อยละ 71.1 รองลงมา 46-60 นาที จำนวน 22 ครั้ง ร้อยละ 27.5 และมากกว่า 60 นาที จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 1.3 ดังตารางที่ 8 ในภาคผนวกหน้า 138

โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย ใช้เวลา 10 นาที

ผู้วิจัยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารรู้เรื่อง ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความปวด โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวด ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง จากนั้นประเมินโดยการประเมินความรู้ และความต้องการความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด แนวทางการรักษาที่ได้รับ สาเหตุ และผลกระทบจากความปวด รวมทั้งการฟังดนตรีเพื่อลดปวดจากผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูล ใช้เวลา 20 - 30 นาที

ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลประกอบด้วยคู่มือ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยให้ข้อมูลตามการประเมินความต้องการการรับรู้ของผู้ป่วย และในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบเพื่อปรับการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาครอบคลุมรายละเอียดดังนี้ ความหมายของความปวด

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดให้รุนแรงมากขึ้น ผลกระทบของความปวด การจัดการความปวด (มีรายละเอียดดังนี้ คือ การรายงานความปวด การขอความช่วยเหลือ การใช้ยาระงับปวด และวิธีการลดความปวดโดยไม่ใช้ยา) ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรีเพื่อลดปวด และวิธีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความปวด ใช้เวลา 30 นาที

การจัดการความปวดโดยพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการความปวดด้วยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากขึ้น โดยการประเมินระดับความปวดร่วมกับการรายงานจากผู้ป่วย (self-report) ดูแลให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา และติดตามผลการรักษาหลังให้ยาระงับปวด ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา บันทึกปริมาณ เวลาในการให้ยาระงับปวด อย่างสม่ำเสมอ และเป็นระบบแบบแผน ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความปวด เช่น ทักษะการหายใจ การจัดทำนอนผู้ป่วย การฝึกสมาธิ เป็นต้น

การจัดการความปวดโดยตัวผู้ป่วยเองโดยการฟังดนตรี ซึ่งเป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ ที่ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ได้ตลอดเวลา มีขั้นตอนดังนี้ คือ ให้ผู้ป่วยเลือกฟังดนตรีที่ชอบ โดยการให้ผู้ป่วยทดลองฟังจากเทปเพลงจำนวน 4 ชุด อธิบายวิธีการฟังดนตรี ดังนี้คือให้ผู้ป่วยฟังดนตรีอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อวัน โดยใช้เวลาในการฟังดนตรี อย่างน้อย 30 นาที ต่อครั้ง ระหว่างวันผู้ป่วยสามารถฟังเพลงได้ตามความต้องการ โดยเลือกเพลงชุดไหนก็ได้ และสามารถฟังได้ตั้งแต่เริ่มมีความปวดเล็กน้อย โดยการฟังผ่านหูฟังเพื่อลดการรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ดูแลจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายที่สุด และมีความปวดน้อยที่สุด เมื่อฟังดนตรีเสร็จให้นอนพัก 10 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ใช้เวลา 10 นาที

ประเมินผลของโปรแกรม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้เรื่องการจัดการความปวดว่าได้ผลอย่างไร เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย รวมทั้งประเมินผลจากการฟังดนตรีต่อการลดความปวด ประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาของกิจกรรม ตลอดจนการลำดับความสำคัญของเนื้อหา จาก

ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความปวด การดูแลแบบผสมผสาน และดนตรีบำบัด จำนวน 5 ท่าน ได้ความตรงตามเนื้อหา (Content-Validity Index, CVI) = .91 หลังจากนั้นนำเครื่องมือในการดำเนินการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือดำเนินการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน แล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับกลุ่มผู้ป่วย ระยะเวลา และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม จากนั้นนำมาปรับแก้เพื่อให้เกิดความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

แบบสอบถามวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความปวด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ (คะแนนเต็ม 24 คะแนน) ลักษณะข้อคำถามเป็นการถามเกี่ยวกับปฏิบัติตนในการจัดการความปวดภายหลังการผ่าตัด ไม่มีข้อถูกหรือผิดเป็นการให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง โดยกำหนดตัวเลือก 3 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า คือ

- 1 คะแนน คือ ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น
- 2 คะแนน คือ ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง
- 3 คะแนน คือ ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ หรือปฏิบัติอยู่เสมอเมื่อมีความปวดเกิดขึ้น

การให้คะแนนและการประเมินผล คือ

- 1-8 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตนในการจัดการความปวดภายหลังการผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ
- 9-16 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตนในการจัดการความปวดภายหลังการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง
- 17-24 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติตนในการจัดการความปวดภายหลังการผ่าตัดอยู่ในระดับดี

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ว่าภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกคน ต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน ร้อยละ 80 ผลพบว่ากลุ่มทดลองทั้ง 20 ราย ตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความปวดอยู่ในเกณฑ์ดี มีคะแนนรวมมากกว่า 16 คะแนน ร้อยละ 100 และพบว่าคะแนนการปฏิบัติตนในการจัดการความปวดภายหลังการผ่าตัดอยู่ในระดับดี โดยได้คะแนนรวมเฉลี่ย 19.5 คะแนน และมีการใช้วิธีการจัดการความปวดหลายวิธีผสมผสานกัน ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการใช้การฟังเพลงทุกครั้งที่มีรู้สึกปวดมากที่สุด รองลงมาเป็น การหายใจลึกๆ ซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอ ขยับตัวเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ และลูบเบาๆ บริเวณผิวหนังใกล้กับแผลผ่าตัดเมื่อรู้สึกปวด ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองเลือกใช้วิธีอดทนต่อความปวดเป็นบางครั้ง ดังรายละเอียดในตารางที่ 10 ในภาคผนวก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาของกิจกรรม ตลอดจนการลำดับความสำคัญของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความปวด การดูแลแบบผสมผสาน และดนตรีบำบัด จำนวน 5 ท่าน ได้ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) = .86 หลังจากนั้นนำเครื่องมือในการดำเนินการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบประเมินความปวดไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา แต่เป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .96

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองด้วยตัวเอง โดยดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมผู้วิจัย ขั้นเตรียมการทดลอง และขั้นดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่อง ความปวด การจัดการความปวด การประเมินความปวด การฟังดนตรีเพื่อลด

ความปวด โดยการศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการฟังดนตรีเพื่อลดความปวด

2. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

2.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทั้งหมดดังที่กล่าวมาข้างต้นโดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

2.2 ภายหลังจากที่เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยส่งให้คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผลการพิจารณามีมติและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในบางส่วน ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะดังกล่าวและได้รับมติจากที่ประชุมให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ดังเอกสารแนบในภาคผนวก

2.3 เตรียมสถานที่สำหรับดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขปและเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยผ่านฝ่ายการพยาบาลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตทำวิจัยเมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยศัลยกรรม แพทย์ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและการจัดเตรียมสถานที่อีกครั้ง

3. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

3.1 กลุ่มควบคุม มีการดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วย ประกอบด้วยคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ครอบคลุมเรื่อง การปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด โดยเป็นการให้ความรู้แบบรายบุคคลและตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่ได้สอบถามเพิ่มเติม รวมทั้งการจัดการความปวดด้วยยา การประเมินความปวด และการดูแลให้ได้รับยาระงับปวดเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการ โดยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมตัวทั้งร่างกายและจิตใจจากพยาบาลประจำการ ในการให้คำแนะนำหรือความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดที่จำเป็น

3.2 กลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด ร่วมกับการฟังดนตรี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์รับรู้ 2) การให้ความรู้และข้อมูล 3) การจัดการความปวดโดยการใช้ยาระงับปวดร่วมกับการฟังดนตรี 4) การประเมินผล โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย 5 ครั้ง คือ หลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด โดยเข้าพบผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง คือ ช่วงเช้าและเย็น โดยกำหนดเวลาประมาณ 10.00 น และ 18.00 น เนื่องจากเป็นเวลาที่ไม่มีกิจกรรมการพยาบาล ผลจากการดำเนินการวิจัยพบว่าผู้วิจัยไม่สามารถเข้าพบผู้ป่วยตรงตามเวลาที่กำหนดได้ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายยังไม่พร้อมต้องการพักผ่อนจึงต้องมีการยืดหยุ่นเวลาในการเข้าพบผู้ป่วยตามสถานการณ์ โดยทั่วไปเวลาที่คลาดเคลื่อนไม่เกิน 2 ชั่วโมง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.2.1 การพบผู้ป่วยครั้งที่ 1 จะกระทำในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยผู้วิจัยทำการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรม และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ ให้ผู้ป่วยฟังและขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทดลองฟังดนตรีทั้ง 4 ชุด และเมื่อผู้ป่วยมีความสนใจและชอบจะให้ผู้ป่วยลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลไว้ สำหรับขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 10 นาที พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 รายมีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย

3.2.2 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินประสบการณ์ความปวดจากการรับรู้ของตัวผู้ป่วยเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ความปวด การจัดการความปวด ผลลัพธ์ของการจัดการความปวด หลังจากนั้นทำการประเมินความรู้ความเข้าใจ และความ ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความปวด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวด ผลกระทบของความปวด การจัดการความปวด (มีรายละเอียดดังนี้ คือ การรายงานความปวด การขอความช่วยเหลือ การใช้ยาแก้ปวด และวิธีการลดความปวดโดยไม่ใช้ยา ทักษะการจัดการความปวด) ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรีเพื่อลดปวดและวิธีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาดไปและมีความต้องการที่จะเรียนรู้ ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินเป็นรายบุคคล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ สำหรับขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

3.2.3 ผู้วิจัยแจกคู่มือการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบ चुकुเงิน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวน และฝึกทักษะการจัดการความปวดขณะรักษาตัวในหอผู้ป่วย และทำการนัดแนะวันเวลาในการพบครั้งที่ 2, 3 และครั้งที่ 4

3.2.4 หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการประเมินสัญญาณชีพ ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข และประเมินความชอบของตนตรีในแต่ละชุดโดยให้ผู้ป่วยทดลองฟังดนตรีทั้ง 4 แผ่นและเลือกแผ่นซีดีที่ผู้ป่วยชอบ โดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้ช่วยผู้ป่วยในการบันทึกข้อมูล จากนั้นดูแลให้ผู้ป่วยฟังดนตรีโดยใช้เวลาขั้นต่ำในการฟังดนตรี 30 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยนอนพัก 10 นาที แล้วประเมินความปวดและสัญญาณชีพภายหลังฟังดนตรี

3.2.5 การพบกันครั้งที่ 2, 3 และ 4 ซึ่งกระทำในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด โดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ทำการประเมินความรู้ของผู้ป่วย และดูแลให้ได้ให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยไม่ทราบหรือไม่เข้าใจ และดูแลให้ได้รับการฟังดนตรี และมีการประเมินความปวดก่อนและหลังการฟังดนตรี

3.2.6 ในการพบกันครั้งที่ 5 กระทำในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้วิจัยทำการประเมินผลจากการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบ चुकुเงิน โดยสอบถามถึงผลลัพธ์ ปัญหา และอุปสรรค ที่เกิดจากการนำความรู้ที่ผู้วิจัยได้สอนในวันที่ 1 หลังผ่าตัดเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคนั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากผู้วิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และเครื่องมือในการวิจัย ถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยผ่านฝ่ายการพยาบาลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตทำการวิจัย

2. เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์ได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยรองผู้อำนวยการกลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม เข้าพบแพทย์ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่

3. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประเมินความปวดภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรม โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด อย่างน้อย 1 ปี และมีความสมัครใจที่เข้าร่วมทำการวิจัย ทำการเตรียมความพร้อม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับ โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี ขึ้นตอน และแนวทางการปฏิบัติแก่ผู้ช่วยวิจัย

4. ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขึ้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยหากผู้ป่วยมีความสนใจให้ ลงรายชื่อไว้เป็นรายลักษณะอักษร และทำการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลไว้

5. ประเมินความปวดก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี

6. ดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนจนครบ 20 ราย และกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรีครบ 20 ราย

7. ประเมินความปวดหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี จากนั้น ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบวัดทุกครั้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยขอลอนตัวไม่นำมา วิเคราะห์ข้อมูล แต่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างใหม่จนครบตามจำนวนที่ระบุไว้ ซึ่ง การวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากกลุ่ม 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยย้ายไปโรงพยาบาล เอกชน ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่เพิ่มขึ้นอีก 1 ราย ด้วยขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างในลักษณะเดิม

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไป วิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้จะเริ่มดำเนินการได้เมื่อได้รับความเห็นชอบ จากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอพบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้ผู้วิจัยสามารถทำการ

วิจัยได้ โดยผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินเป็นรายบุคคล และผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มี การบังคับใดๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เท่านั้นรวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window (Statistical Package for the Social Science for Windows) ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. หาค่าความถี่ ร้อยละ และไคสแควร์ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก
2. ทดสอบการแจกแจงคะแนนความปวดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Kolmogorov-Sminov Test พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงเปรียบเทียบความแตกต่างความปวด โดยสถิติ t – test
3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความปวดในผู้ป่วย ผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดรวมกับการฟังดนตรี
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t – test ที่ระดับนัยสำคัญ .05
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t – test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

6. คำนวณหาค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดและความแตกต่างของความปวดในผู้ป่วย
หลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการฟังดนตรี
ด้วยสถิติ RANOVA



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวด ร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องของ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ และกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี ผลการวิเคราะห์ที่ได้นำเสนอในรูปแบบตาราง ประกอบการบรรยายตามลำดับ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ตามลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ความถี่ และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การวินิจฉัยโรค และชนิดการผ่าตัด

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
- หญิง	7	35	7	35
- ชาย	13	65	13	65
อายุ				
- 20-24 ปี	3	15	3	15
- 25-29 ปี	4	20	3	15
- 30-34 ปี	2	10	3	15
- 35-39 ปี	3	15	3	15
- 40-44 ปี	4	20	4	20
- 45-49 ปี	4	20	4	20
สถานะ				
- โสด	9	45	6	30
- คู่	11	55	14	70
การศึกษา				
- ประถมศึกษา	12	60	10	50
- มัธยมศึกษา	4	20	6	30
- ปริญญาตรี	4	20	4	20

ตารางที่ 1 ความถี่ และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การวินิจฉัยโรค และชนิดการผ่าตัด (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
- นักศึกษา	1	5	-	-
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	20	4	20
- ทำสวน	5	25	6	30
- กิจการส่วนตัว/ค้าขาย /รับจ้าง	10	50	10	50
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
- < 5,000 บาท	12	50	11	55
- 5,001-10,000 บาท	5	25	7	35
- 10,001-15,000 บาท	2	10	1	5
- 15,001-20,000 บาท	1	5	1	5
การวินิจฉัยโรค				
- Pu- perforate /gut obstruction	1	5	2	10
- Abdominal injury	5	25	5	25
- Rupture- appendicitis	6	30	6	30
- Appendicitis	8	40	7	35
ชนิดของการผ่าตัด				
- Explor-laboratomy	7	35	7	35
- Appendectomy	13	65	13	65

ตารางที่ 1 ความถี่ และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การวินิจฉัยโรค และชนิดการผ่าตัด (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการผ่าตัด				
- เคย	4	20	2	10
- ไม่เคย	16	80	18	90
ระยะเวลาในการผ่าตัด				
- 1 – 30 นาที	16	80	15	75
- 31 – 60 นาที	3	15	3	15
- 61 – 90 นาที	1	5	1	5
- 91 – 120 นาที	-	-	1	5

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน จำนวน 40 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคน นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 40 มีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65 ซึ่งประกอบอาชีพค้าขาย/รับจ้างและกิจการส่วนตัว ร้อยละ 50 โดยมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 52.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 85 ชนิดของการผ่าตัด ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดไส้ติ่ง ร้อยละ 65 ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 77.5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ความถี่ และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างในการได้รับยาระงับปวด

ชนิดยาแก้ปวด	กลุ่มควบคุม(n=20)		กลุ่มทดลอง(n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- Paracetamol (500) 2 tabs O prn q 4- 6 hr				
- ไม่ได้รับ	9	45	8	40
- ได้รับ 1 ครั้ง	9	45	6	30
- ได้รับ 2 ครั้ง	4	10	6	30
Pethidine 50 mg (m) prn q 4- 6 hr				
- ไม่ได้รับเลย	1	5	-	-
- ได้รับ 1 ครั้ง	9	45	4	20
- ได้รับ 2 ครั้ง	3	15	9	45
- ได้รับ 3 ครั้ง	1	5	-	-
- ได้รับ 4 ครั้ง	5	25	1	5
- ได้รับ 5 ครั้ง	1	5	6	30

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ได้รับยาระงับปวด ชนิดรับประทานน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งส่วนใหญ่ ไม่ได้รับยาระงับปวดและได้รับยาระงับปวดเพียงแค่ 1 ครั้ง ร้อยละ 45 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับยาระงับปวด ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 1 ครั้ง ร้อยละ 45 ส่วนกลุ่มทดลองได้รับยาระงับปวดทั้งชนิดรับประทานและชนิดปวด ยาระงับปวดชนิดรับประทานโดยเฉลี่ย 1-2 ครั้ง ร้อยละ 60 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับยาระงับปวด ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ร้อยละ 45

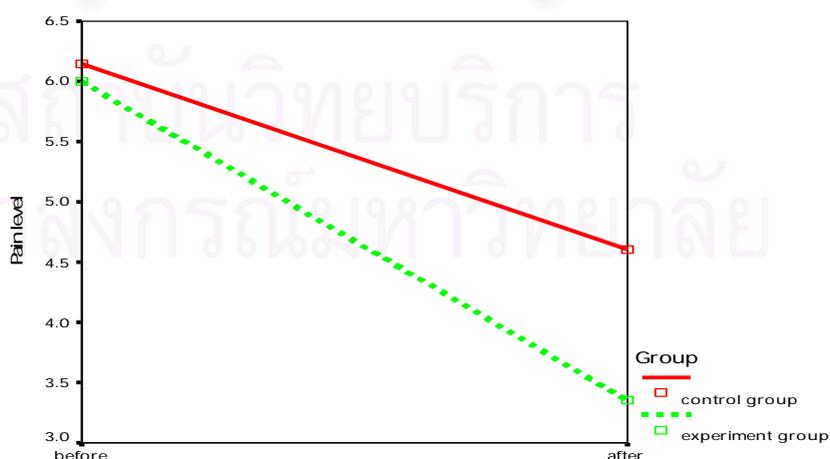
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวด ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Dependent t-test

ความปวด	\bar{X}	\bar{d}	$SD\bar{d}$	df	t-test
กลุ่มควบคุม (n = 20)					
ก่อนการทดลอง	6.15				
		1.55	1.23	19	5.62**
หลังการทดลอง	4.60				
กลุ่มทดลอง (n=20)					
ก่อนการทดลอง	6.10				
		2.75	0.44	19	27.69**
หลังการทดลอง	3.35				

**p < 0.01

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยความปวด ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลองของทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยความปวด น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และนำเสนอตั้งกราฟในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ค่าเฉลี่ยความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวด ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

ความปวด	\bar{X}	SD	df	t-test
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มควบคุม (n = 20)	6.15	1.14	38	.17
กลุ่มทดลอง(n = 20)	6.10	0.73		
หลังการทดลอง				
กลุ่มควบคุม (n = 20)	4.60	1.31	38	3.89*
กลุ่มทดลอง(n = 20)	3.35	0.59		

*p < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ก่อนเข้าร่วมการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนค่าเฉลี่ยความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรีในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความปวดของกลุ่มทดลองจำแนก ตามเวลาในการฟังดนตรี ด้วยสถิติ RANOVA

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
หลังการฟังดนตรี				
เวลาที่ฟังดนตรี	3	37.45	12.48	47.20*
กลุ่ม*เวลาที่ฟังดนตรี	76	20.10	0.26	
error	79	57.55		

*p < 0.05

จากตารางที่ 5 สรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยความปวดหลังการฟังดนตรีของกลุ่มทดลอง ในแต่ละเวลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{3,76}=47.20$) จึงได้ทดสอบความแตกต่าง โดยนำค่าเฉลี่ยของความปวดหลังการฟังดนตรีมาเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่ ด้วยวิธีของ Scheffe' ปรากฏผลดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างความปวดเป็นรายคู่ โดยจำแนกตามเวลาในการฟังดนตรี ด้วยสถิติ Scheffe'

การฟังดนตรี		ฟังดนตรี ครั้งที่ 1	ฟังดนตรี ครั้งที่ 2	ฟังดนตรี ครั้งที่ 3	ฟังดนตรี ครั้งที่ 4
หลังฟังดนตรี	\bar{X}	4.40	3.65	3.10	2.550
ฟังดนตรีครั้งที่ 1	4.40	-	0.75*	1.30*	1.85*
ฟังดนตรีครั้งที่ 2	3.65		-	0.55*	1.10*
ฟังดนตรีครั้งที่ 3	3.10			-	0.55*
ฟังดนตรีครั้งที่ 4	2.55				-

* $p < 0.05$

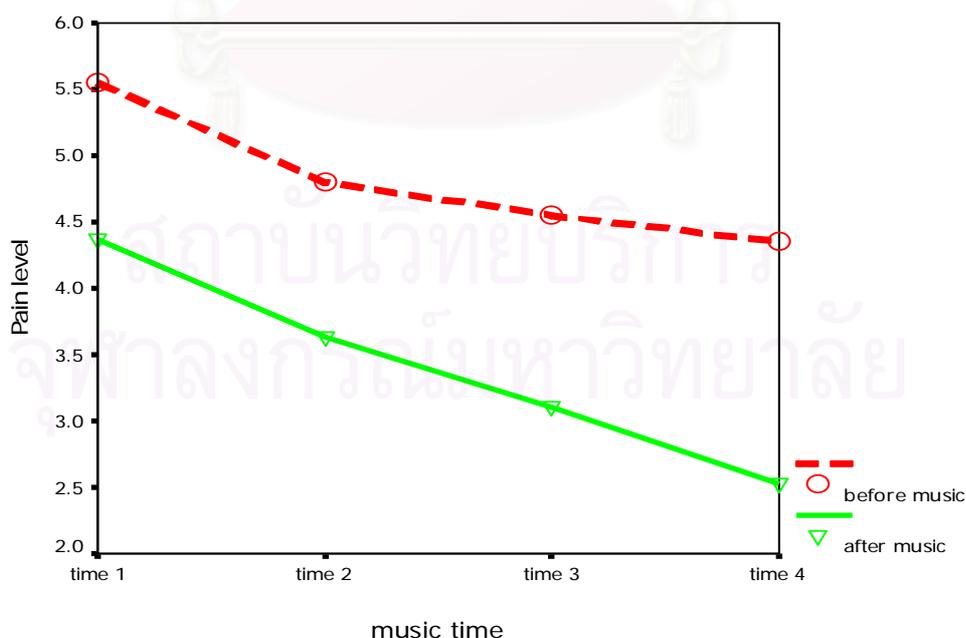
จากตารางที่ 6 เมื่อทดสอบความแตกต่างของความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน จำแนกตามเวลาในการฟังดนตรีเป็นรายคู่ ด้วยวิธีของ Scheffe' พบว่าระดับความปวดภายหลังการฟังดนตรีทั้ง 4 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการฟังดนตรีครั้งที่ 2, 3 และ 4 มีคะแนนเฉลี่ยความปวด น้อยกว่าการฟังดนตรีครั้งที่ 1 ซึ่งพบว่า การฟังดนตรีสามารถลดความปวดได้ตั้งแต่ครั้งแรกของการฟัง และถึงแม้ว่าความปวดภายหลังการผ่าตัดจะลดลงตามระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด แต่การฟังดนตรีมาเข้าร่วมในการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินจะช่วยให้ระดับความปวดลดลงได้ดีกว่าการพยาบาลปกติ ดังแสดงในภาพที่ 3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความปวดในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการฟังดนตรี

ครั้งที่ฟังดนตรี	ก่อนการฟังดนตรี		หลังการฟังดนตรี	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ครั้งที่ 1	5.95	0.69	4.40	0.59
ครั้งที่ 2	4.80	0.52	3.65	0.49
ครั้งที่ 3	4.35	0.59	3.10	0.45
ครั้งที่ 4	3.95	0.51	2.55	0.51

จากตารางที่ 7 พบว่าการฟังดนตรีครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความปวด ก่อนการฟังดนตรี เท่ากับ 5.95 เมื่อฟังดนตรีคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงเหลือ 4.40 และเมื่อเวลาผ่านไปพบว่า คะแนนความปวดเพิ่มขึ้นเป็น 4.80 และเมื่อให้ฟังดนตรีอีกครั้ง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความปวด ลดลงเป็น 3.65 การฟังดนตรีครั้งที่ 3 เมื่อวัดคะแนนความปวดก่อนการฟัง พบว่าค่าเฉลี่ยความ ปวดเพิ่มขึ้นเป็น 4.35 และให้ฟังดนตรีอีกครั้ง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงเป็น 3.10 จึง สรุปได้ว่า การฟังดนตรีสามารถลดปวดได้ แต่มีผลระยะสั้น



ภาพที่ 3 กราฟเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวด ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการฟังดนตรี

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฝังดนตรีในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control groups design) โดย

กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ที่เข้ารับการรักษาด่วน หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 4 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 ราย

กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ที่เข้ารับการรักษาด่วน หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 4 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฝังดนตรี จำนวน 20 ราย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฝังดนตรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความปวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฝังดนตรี และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฝังดนตรีจะมีความปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฝังดนตรีจะมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน ซึ่งได้แก่ การผ่าตัดเนื่องจากโรค เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ลำไส้อุดตัน เป็นต้น และการผ่าตัดเนื่องจากอุบัติเหตุ เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20 -59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน ซึ่งได้แก่ การผ่าตัดเนื่องจากโรค เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ลำไส้อุดตัน เป็นต้น และการผ่าตัดเนื่องจากอุบัติเหตุซึ่งเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ได้แก่ การผ่าตัดเนื่องจากโรค เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ลำไส้อุดตัน เป็นต้น และการผ่าตัดเนื่องจากอุบัติเหตุ
- ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้
- ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยินและการมองเห็น
- อ่านหนังสือไทยได้และสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
- ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

สำหรับการศึกษานี้ มีการสุ่มรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย เนื่องจาก ผู้ป่วยย้ายโรงพยาบาลไปรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชน ผู้วิจัยจึงต้องทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** มีทั้งหมด 12 ข้อ เป็นส่วนที่ผู้วิจัยบันทึกเองประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต ยาและการรักษาเพื่อการจัดการความปวดที่ได้รับในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด

1.2 **แบบประเมินระดับความปวด** โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบเส้นตรง เรียงลำดับตัวเลข (Numeric Rating Scale) ของ Johnson ซึ่งมีการระบุตัวเลขต่อเนื่องไปตามเส้นตรง ให้ผู้ป่วยประเมินโดยเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก แทนค่า คะแนน 0-10 คะแนน และมีข้อความกำกับอยู่ที่ตัวเลข 0, 5 และ 10 (0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย, 5 หมายถึง ปวดปานกลาง และ 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด)

1.3 **แบบบันทึกการฟังดนตรี** ประกอบด้วย วันที่หลังผ่าตัด ครั้งที่ฟังดนตรี แผ่นดนตรีที่ผู้ป่วยเลือกฟัง เวลาในการเริ่มฟังและสิ้นสุดการฟังดนตรี ระดับความปวด และสัญญาณชีพก่อนและหลังการฟังดนตรี

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่

2.1 **แผนการสอนเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน** ซึ่งมีรายละเอียด เกี่ยวกับความหมายของความปวด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดให้รุนแรงมากขึ้น ผลกระทบของความปวด การจัดการความปวด (มีรายละเอียดดังนี้ คือ การรายงานความปวด การขอความช่วยเหลือ การใช้ยาแก้ปวด และวิธีการลดความปวดโดยไม่ใช้ยา) ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรีเพื่อลดปวด และวิธีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด

2.2.1 **คู่มือการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน** ซึ่งเป็นคู่มือที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของความปวด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดให้รุนแรงมากขึ้น ผลกระทบของความปวด การจัดการความปวด (มีรายละเอียดดังนี้ คือ การรายงานความปวด การขอความช่วยเหลือ การใช้ยาแก้ปวด และวิธีการลดความปวดโดยไม่ใช้ยา) ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรีเพื่อลดปวด และวิธีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด

2.2.2 **เครื่องเล่นซีดีและแผ่นซีดี** เครื่องเล่นซีดีชนิดปรับเสียงได้และมีหูฟัง เพื่อป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอก และแผ่นซีดีบันทึกเสียงที่บรรจเพลง 4 ชนิด ลักษณะดนตรีเป็นทั้งดนตรีบรรเลงและดนตรีที่มีการขับร้อง โดยกำหนดความเร็วของจังหวะดนตรี 60-80 ครั้ง/นาที ลักษณะนุ่มนวล มีความยาวประมาณ 60 นาทีต่อแผ่น จำนวน 4 แผ่น ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันดนตรี

- แผ่นซีดีที่ 1 เป็นดนตรีบรรเลงไม่มีเนื้อร้องประกอบเสียงธรรมชาติ

- แผ่นซีดีที่ 2 เป็นดนตรีบรรเลงไม่มีเนื้อร้องเพลงไทยสากล
- แผ่นซีดีที่ 3 เป็นดนตรีบรรเลงประกอบเนื้อร้องเป็นลักษณะเพลงลูกทุ่ง
- แผ่นซีดีที่ 4 เป็นดนตรีบรรเลงประกอบเนื้อร้องเป็นเพลงไทยสากล

2.2 โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรู้ของผู้ป่วย ใช้เวลา 10 นาที

ผู้วิจัยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารรู้เรื่อง ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความปวด โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวด ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง จากนั้นประเมินโดยการประเมินความรู้ และความต้องการความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด แนวทางการรักษาที่ได้รับ สาเหตุ และผลกระทบจากความปวด รวมทั้งการฟังดนตรีเพื่อลดปวดจากผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูล ใช้เวลา 20 - 30 นาที

ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลประกอบกับคู่มือ โดยให้ข้อมูลตามการประเมินความต้องการการรับรู้ของผู้ป่วย และในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบ เพื่อปรับการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาครอบคลุมรายละเอียดดังนี้ ความหมายของความปวด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดให้รุนแรงมากขึ้น ผลกระทบของความปวด การจัดการความปวด (มีรายละเอียดดังนี้ คือ การรายงานความปวด การขอความช่วยเหลือ การใช้ยาระงับปวด และวิธีการลดความปวดโดยไม่ใช้ยา) ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรีเพื่อลดปวดและวิธีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความปวด ใช้เวลา 30 นาที

การจัดการความปวดโดยพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการความปวดด้วยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากขึ้น โดยการประเมินระดับความปวดร่วมกับการรายงานจากผู้ป่วย (self-report) ดูแลให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา และติดตามผลการรักษาหลังให้ยาระงับปวด ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา บันทึกปริมาณ เวลาในการให้ยาระงับปวด

อย่างสม่ำเสมอ และเป็นระบบแบบแผน ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความปวด เช่น ทักษะการหายใจ การจัดท่านอนผู้ป่วย การฝึกสมาธิ เป็นต้น

การจัดการความปวดโดยตัวผู้ป่วยเองโดยการฟังดนตรี ซึ่งเป็นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ ที่ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ได้ตลอดเวลาโดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ ให้ผู้ป่วยเลือกฟังดนตรีที่ชอบ โดยการให้ผู้ป่วยทดลองฟังจากเทปเพลงจำนวน 4 ชุด อธิบายวิธีการฟังดนตรีดังนี้คือ ให้ผู้ป่วยฟังดนตรีอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อวัน โดยใช้เวลาในการฟังดนตรีอย่างน้อย 30 นาที ต่อครั้ง ระหว่างวันผู้ป่วยสามารถฟังเพลงได้ตามความต้องการ โดยเลือกเพลงชุดไหนก็ได้ และสามารถฟังได้ตั้งแต่เริ่มมีความปวดเล็กน้อย โดยการฟังผ่านหูฟังเพื่อลดการรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ดูแลจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายที่สุดและมีความปวดน้อยที่สุด เมื่อฟังดนตรีเสร็จให้นอนพัก 10 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ใช้เวลา 10 นาที

ประเมินผลของโปรแกรม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้เรื่องการจัดการความปวดว่าได้ผลอย่างไร เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย รวมทั้งประเมินผลจากการฟังดนตรีต่อการลดความปวด ประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวด

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

แบบสอบถามวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความปวด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ (คะแนนเต็ม 24 คะแนน) ลักษณะข้อคำถาม เป็นการถามเกี่ยวกับปฏิบัติตนในการจัดการความปวดภายหลังการผ่าตัด ไม่มีข้อถูกหรือผิด เป็นการให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง โดยกำหนดตัวเลือก 3 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า และต้องมีการกลับค่าคะแนนในข้อ 7

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย
2. ขั้นเตรียมการทดลอง
3. ขั้นการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์

วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย รวมทั้งอ่านการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามปัญหา และตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ หาก กลุ่มตัวอย่างสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการ วิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ และทำการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของ กลุ่มตัวอย่างไว้

3.2 ผู้วิจัยประเมินระดับความรุนแรงของความปวด ก่อนเข้าร่วมการทดลองทั้ง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Pre-test) ภายหลังจากผ่าตัด 24 ชั่วโมง หลังจากนั้นดำเนินการ วิจัยดังนี้

3.2.1 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

3.2.2 กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟัง ดนตรี และได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยผู้วิจัยจะพบกับผู้ป่วย 5 ครั้ง คือ ในการพบกันครั้งที่ 1 เข้าพบผู้ป่วยหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง โดยกลุ่มตัวอย่างทำการประเมิน ประสิทธิภาพความปวดจากการรับรู้ของตัวผู้ป่วยเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึง ประสิทธิภาพความปวด การจัดการความปวด ผลลัพธ์ของการจัดการความปวด หลังจากนั้นทำ การประเมินความรู้ความเข้าใจ และความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความปวด ปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความปวดให้รุนแรงมากขึ้น ผลกระทบของความปวด การจัดการความปวด (มีรายละเอียดดังนี้ คือ การรายงานความปวด การขอความช่วยเหลือ การไม่ใช้ยาแก้ปวด และวิธีการลดความปวด โดยไม่ใช้ยา ทักษะการจัดการความปวด) ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรีเพื่อลดปวด และวิธีการ ประเมินความปวดหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาด และมีความ ต้องการที่จะเรียนรู้ ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง แบบฉูเงินเป็นรายบุคคล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ รวมทั้งให้ คู่มือการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวน สำหรับขั้นตอนนี้ใช้ เวลาประมาณ 20 -30 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยทดลองฟังเพลงจากแผ่นซีดีเพลง จำนวน 4 ชุด และเลือกฟังดนตรีโดยให้กลุ่มตัวอย่างฟังดนตรีอย่างน้อย 30 นาที เมื่อฟังดนตรีเสร็จให้ผู้ป่วย นอนพัก 10 นาที จากนั้นประเมินระดับความรุนแรงของความปวด ในการพบกันครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 เป็นการดำเนินการขั้นที่ 3 ของโปรแกรม เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟังดนตรี มีการประเมินระดับความรุนแรงของความปวดก่อนและหลังการฟังดนตรี ให้ผู้ป่วยเลือกฟังดนตรีที่ ผู้ป่วยชอบใช้เวลาในการฟังอย่างน้อย 30 นาที และหลังฟังเพลงเสร็จให้ผู้ป่วยนอนพัก 10 นาที ก่อนทำการประเมินความปวดหลังการฟังดนตรี และการพบผู้ป่วยครั้งที่ 5 เป็นการดำเนินการ ขั้นตอนที่ 4 เพื่อประเมินผลจากการนำโปรแกรมไปปฏิบัติประเมินความปวด เปิดโอกาส

ให้ผู้ป่วยได้บอกถึงผลที่ได้รับ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมกับวางแผนในการแก้ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขปและเครื่องมือในการวิจัย ถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยผ่านฝ่ายการพยาบาลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตทำการวิจัย
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม รองผู้อำนวยการกลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอน และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการจัดเตรียมสถานที่
3. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างน้อย 1 ปี และมีความสมัครใจที่เข้าร่วมทำการวิจัย ทำการเตรียมความพร้อม โดยการให้ความรู้ เกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี ขึ้นตอน และแนวทางการปฏิบัติแก่ผู้ช่วยวิจัย
4. ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์ และผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยหากผู้ป่วยมีความสนใจให้ลงรายชื่อไว้เป็นรายลักษณะอักษร และทำการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลไว้
5. แล้วดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติก่อน จนครบ 20 ราย และกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี ครบ 20 ราย จากนั้นตรวจความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบวัดทุกครั้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยขอลอนตัวไม่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล แต่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างใหม่ จนครบตามจำนวนที่ระบุไว้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากกลุ่ม 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยย้ายไปโรงพยาบาลเอกชน ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่เพิ่มขึ้นอีก 1 ราย ด้วยขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม
6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้จะเริ่มดำเนินการได้ เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สูตรทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอพบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งแพทย์เจ้าของไข้อนุญาต ให้ผู้วิจัยสามารถทำการวิจัยได้ โดยผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินเป็นรายบุคคล และผู้วิจัยแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยในครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมวิจัย จะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มีการบังคับใดๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ผู้ป่วยสามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินก่อน และหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี ด้วยสถิติ Dependent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กำหนดหาค่าเฉลี่ยความปวด และความแตกต่างของความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการฟังดนตรี ด้วยสถิติ RANOVA

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ คือ

1. คะแนนความปวดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด

ร่วมกับการฟังดนตรี น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. คะแนนความปวดภายหลังการเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ เป็นการศึกษารวมของโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี ส่วนกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65 โดยอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 40 สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65 ประกอบอาชีพค้าขาย/รับจ้างและกิจการส่วนตัว ร้อยละ 50 โดยมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 52.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน ร้อยละ 85 ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดไส้ติ่ง ร้อยละ 65 โดยใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 77.5 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ให้เหมือนกันในด้าน เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค และชนิดการผ่าตัด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความคล้ายคลึงกันในด้านสถานที่ที่เข้ารับการรักษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลได้ว่า โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี สามารถลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินในกลุ่มทดลอง ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการจัดการกับความปวด ทั้งจากสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการร่วมมือระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย เป็นโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งของอาการ ความบ่งชี้หรือผลกระทบ หรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น การประเมินภาวะความรู้สึกต่อชีวิตจากอาการของแต่ละบุคคล รวมทั้งการตอบสนองของบุคคลต่อความปวด โดยการประเมินประสบการณ์การมีความปวดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งประสบการณ์การมีอาการและการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยในแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายให้ความหมายประเมินความรุนแรงแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยในขณะนั้น (Dodd และคณะ, 2001: 669) ดังนั้นการคำนึงถึงประสบการณ์ความปวดเดิมของ

ผู้ป่วยในมุมมองของผู้ป่วยเองก่อน โดยเริ่มต้นจาก การสร้างสัมพันธภาพที่ดีสร้างความไว้วางใจ และความเป็นมิตรกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งยังช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และในขณะเดียวกันผู้วิจัยสามารถประเมินความรู้ และความต้องการการรับรู้ของผู้ป่วยก่อนที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากบุคคลโดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่มักเคยผ่านการเรียนรู้การดูแลตนเองมาบ้างแล้ว ดังนั้นการให้ความรู้ ควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และในสิ่งที่ผู้ป่วยยังเข้าใจผิด เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนหรือการให้ความรู้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 131)

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับ ความปวดในระดับสมอง โดยเลือกสมองใหญ่ที่เป็นส่วนรับรู้ความปวด มีหน้าที่รับรู้ และจดจำ เกี่ยวกับความปวด ทำให้เกิดการแปลผล แยกแยะ ลักษณะ ตำแหน่ง และความรุนแรงของความปวด เกิดการกระตุ้นเส้นทางอารมณ์ แปลผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่พึงพอใจ และมีผล ทำให้เกิดการกระทำตอบโต้เพื่อขจัดความปวด ดังนั้นถ้ามีกลไก หรือสิ่งที่มาทำให้เกิดการรับรู้ของ สมองเปลี่ยนแปลงไป ก็จะทำให้สมองไม่สามารถแปลเป็นความปวดได้ การให้ข้อมูลเป็นวิธีที่ อาศัยกระบวนการคิด และการกระทำที่เน้นให้บุคคลสามารถเผชิญกับประสบการณ์ความปวด และช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น ช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด ซึ่งการให้ข้อมูลในผู้ป่วยศัลยกรรม สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความรู้และทักษะในการปฏิบัติ ส่งผลให้การปฏิบัติตัวถูกต้อง และช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ การให้ความรู้ เป็นวิธีปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความปวดตามสาเหตุ และตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ด้วยวิธีการให้ความรู้ และข้อมูลในการจัดการความปวดตามสาเหตุที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี มีการปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัดได้ถูกต้อง และมีการใช้วิธีการจัดการความปวดหลายวิธีผสมผสานกัน ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีการใช้การฟังเพลงทุกครั้งารู้สึกปวดมากที่สุด รองลงมาเป็นการหายใจลึกๆ ซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอ ขยับตัว เคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ และลูบเบาๆ บริเวณผิวหนังใกล้กับแผลผ่าตัด เมื่อรู้สึกปวด ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองไม่อดทนต่อความปวด กล่าวคือ จะขอยาเมื่อตนเองมีความปวด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ยังมีการปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การทำใจให้อดทนกับความปวดซึ่งพบว่ามีจำนวนถึง 11 คน ที่ใช้วิธีนี้เป็นประจำ ส่วนการปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัดด้วยวิธีอื่นๆ พบว่ามีการปฏิบัติบ้างแต่ยังน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ได้แก่ ใช้วิธีลูบเบาๆบริเวณผิวหนังใกล้กับแผลผ่าตัด ส่วนข้อการปฏิบัติอื่นๆ พบ

น้อยมาก ได้แก่ การทำสมาธิ/ภาวนาเมื่อรู้สึกปวด และการฟังเพลงทุกครั้งที่อยู่ปวดซึ่งมีเพียงแค่ 4 คนที่ใช้วิธีนี้ เมื่อพิจารณาคะแนนรวมการปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิชา แสันทวีสุข (2541) ศึกษาผลของการสัมผัสและการให้ความข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติตนต่อระดับความปวด ความวิตกกังวล และการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติตนร่วมกับการสัมผัส มีระดับความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ การศึกษาของสุดกัญญา พัทวี (2541) ศึกษาประสิทธิผล ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอก ชนิดผ่ากลางกระดูกสันหลัง ผลการวิจัยดังนี้ 1. วิธีจัดการความปวดโดยผู้ป่วยซึ่งวิธีที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การหายใจลึกๆ ซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอ รองลงมาคือการใช้พัดลมในท่าที่สบาย และลูบเบาๆบริเวณผิวหนังใกล้กับแผล ส่วนวิธีที่ผู้ป่วยใช้น้อยที่สุด คือ อ่านหนังสือ ฟังเพลง พูดคุยกับคนอื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปรีดา บุญสุวรรณ (2547) ศึกษาผลของการสอนการจัดการความปวด ก่อนผ่าตัดต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช พบว่าการสอนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดควบคุมกับคู่มือการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด มีผลต่อการลดลงของระดับคะแนนความปวดที่น้อยกว่าสอน โดยไม่ได้ใช้คู่มือการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด พบว่าความปวดจะมีความรุนแรงมาก (Good, 1999: 152; Ashburn et al, 2001) ในระยะนี้พยาบาลจึงต้องมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือในการจัดการกับความปวดที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการจัดการความปวดด้วยยาระงับปวดนับว่ามีความสำคัญ โดยมีพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในด้านดูแลเรื่องการให้ยาระงับปวด มีการประเมินระดับความปวดร่วมกับผู้ป่วย มีการจดบันทึกปริมาณการใช้ และสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยผลจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่าตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้รับยาระงับปวดแบบรับประทาน 1-2 ครั้ง ร้อยละ 55 และส่วนใหญ่ได้รับยาระงับปวดแบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 1 ครั้ง ร้อยละ 45 ส่วนกลุ่มทดลองได้รับยาระงับปวดแบบรับประทาน 1-2 ครั้ง ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ได้รับยาระงับปวดแบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ร้อยละ 45 ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีการใช้ยาระงับปวดที่มากกว่ากลุ่มควบคุม

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาระงับปวด ในส่วนของโปรแกรมนี้ มีการนำดนตรีมาใช้ ซึ่งนับว่าเป็นกิจกรรมหนึ่ง ในกิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลแบบทางเลือก เพื่อนำไปสู่องค์รวมแห่งสุขภาพของบุคคลที่เรียกว่า “การบำบัดแบบผสมผสาน” (complementary therapy) (กัลยา สรรพอุดม, 2546)

การฟังดนตรี สามารถบรรเทาความปวดโดยวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความปวดมาสู่สิ่งกระตุ้น ซึ่งช่วยลดความปวดได้โดยมีกลไกดังนี้ เมื่ออวัยวะที่เกี่ยวกับการได้ยินถูกกระตุ้นด้วยเสียงดนตรี เกิดสัญญาณประสาทส่งไปยังระบบควบคุมส่วนกลาง คือสมองส่วนทาลามัส คอร์เทกซ์ และลิมบิก ดนตรีจะปรับเปลี่ยนอารมณ์ และความรู้สึก การรับรู้ จดจำ ทำให้เกิดความสนใจ มีสมาธิ รู้สึกเพลิดเพลิน และส่งสัญญาณประสาทลงมาที่ระบบลำเลียงส่วนกลางคือ เเรติคูลาฟอรัมเมชัน เพื่อปรับเปลี่ยนสัญญาณประสาทนำเข้า ให้รับรู้สัญญาณประสาทจากดนตรีมากกว่าสัญญาณประสาทจากความปวด มีผลให้การส่งสัญญาณประสาทจากความปวดไปยังระบบควบคุมส่วนกลางลดลง และทำให้สัญญาณประสาทจากระบบควบคุมส่วนกลางไม่สามารถส่งกระแสประสาทไปยังไขสันหลัง บริเวณเอสจี จึงไม่มีการส่งสัญญาณประสาทความปวดไปยังสมองซึ่งเป็นกระบวนการที่เรียกว่า ประตูปิด (Henry, 1995) นอกจากนี้ การฟังดนตรีมีผลต่อกลไกการควบคุมความปวดภายในร่างกาย โดยการกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารเอนโดฟินส์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีนออกมา เกิดสัญญาณประสาทนำลงจากทาลามัส และคอร์เทกซ์ เพื่อควบคุมความปวดภายในระดับไขสันหลังด้วยการหลั่งเอนเคฟาลิน การทำหน้าที่ของสารเหล่านี้จะให้ผลควบคุมความปวด โดยการกระตุ้นให้เอนเคฟาลินไปจับกับโอปิอิดที่อยู่บนปลายประสาทรับความรู้สึกปวดตัวแรก เกิดการยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทหรือสารพี เมื่อไม่มีสารสื่อประสาท จึงไม่เกิดการประสานความปวดขึ้น เรียกว่า “ประตูปิด” จึงไม่มีการถ่ายประสาทความปวดไปยังสมอง ผู้ป่วยจึงรับรู้ความปวดลดลง (Meinhart และ McCaffery, 1997; Lower และ Hassan, 1999; ศิริชัย เอกสันติวงศ์, 2535 อ้างถึงใน เอมอร ดุลยโกศาธร, 2543)

จากการค้นพบทางการวิจัยและทางคลินิก สนับสนุนการใช้ดนตรีอย่างมากกับผู้ป่วยหลายกลุ่มโดยใช้หลักการเบี่ยงเบนความสนใจ การค้นพบทางการวิจัยและทางคลินิกสนับสนุนว่า เสียงเพลงจะช่วยดึงดูความสนใจ หันเหความรู้สึกจากความปวดไปสู่การฟัง ทำให้กระแสประสาทเกี่ยวกับความปวดลดลง (Gilchrist และ Wright, 1992) สำหรับงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรี เป็นโปรแกรมที่สามารถลดความปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดได้ ซึ่งพบว่าคะแนนความปวดหลังฟังดนตรีน้อยกว่าก่อนฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการฟังดนตรีสามารถลดความปวดได้ตั้งแต่ครั้งแรกของการฟัง ถึงแม้ว่าความปวดภายหลังการผ่าตัดจะลดลงตามระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด แต่การนำดนตรีมาเข้าร่วมในการจัดการความปวด จะช่วยให้ระดับความปวดลดลงได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้การฟังดนตรีให้ผลในระยะสั้น ดังแสดงไว้ในตารางที่ 7 พบว่าการฟังดนตรีครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนการฟังดนตรีเท่ากับ 5.95 เมื่อฟังดนตรีคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงเหลือ 4.40 และเมื่อเวลาผ่านไปพบว่าคะแนนความปวดเพิ่มขึ้นเป็น 4.80 และให้ฟังดนตรีอีกครั้ง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงเป็น 3.65 การฟังดนตรีครั้งที่ 3 เมื่อวัดคะแนนความ

ปวดก่อนการฟัง พบว่าค่าเฉลี่ยความปวดเพิ่มขึ้นเป็น 4.35 และให้ฟังดนตรีอีกครั้งพบว่าคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงเป็น 3.10 และ การฟังดนตรีครั้งที่ 4 พบว่าคะแนนความปวดเพิ่มขึ้นอีก และคะแนนความปวดลดลงเมื่อฟังดนตรี ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยหลายงานที่ทำการศึกษเกี่ยวกับประโยชน์ของดนตรี เช่น Locsin (1981) ศึกษาผลของดนตรีต่อความปวดหลังผ่าตัด โดยนำดนตรีมาใช้เบี่ยงเบนความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชจำนวน 24 คน โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองฟังดนตรีภายหลังการเย็บปิดแผลเป็นเวลา 15 นาที ทุก 2 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าในช่วง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Heiser และคณะ(1997) ศึกษาผลของการให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ขณะผ่าตัดได้ฟังดนตรีเป็นเวลา 30 นาที พบว่าความปวดและความต้องการการใช้ยาแก้ปวดลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี เช่นเดียวกับ วัลลภา สังฆโสภณ (1993) ที่ศึกษาผลของดนตรีต่อความปวด และทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเมื่อได้ฟังดนตรีจะมีความปวด และทุกข์ทรมานน้อยกว่าขณะไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และดวงดาว ดุลยธรรม (2544) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย โดยกลุ่มทดลองจัดให้ฟังดนตรีในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความปวด ค่าความดัน การหายใจ และชีพจร น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการใช้ยาแก้ปวดของทั้ง 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งของอาการ ความบ่อยหรือผลกระทบ หรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตจากอาการของแต่ละบุคคล การตอบสนองของบุคคลต่อความปวด โดยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด มีการใช้กลวิธีการดูแลตนเองในการจัดการความปวด ร่วมกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการสาธิตและฝึกทักษะการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้น ซึ่งโปรแกรมการจัดการความปวด เป็นโปรแกรมที่เน้นในเรื่องประสบการณ์การรับรู้การมีอาการ มีการปรับการรับรู้ที่ถูกต้อง และมีการฝึกทักษะการจัดการความปวดโดยวิธีต่างๆ รวมทั้งมีการประยุกต์การพยาบาลแบบผสมผสานมาใช้ เพื่อให้การพยาบาลมีความครอบคลุม และมีการประเมินผลของโปรแกรมร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย ในส่วนของโปรแกรมมีการนำดนตรีมาประยุกต์ใช้ เนื่องจากว่าการฟังดนตรีมีการนำมาใช้ได้ง่าย สะดวก และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ แก่ตัวผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถจัดการฟังดนตรีได้ด้วยตนเองตามความต้องการของผู้ป่วย และสามารถเลือกฟังชนิดของดนตรี

ตามความชอบ และความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นการเบี่ยงเบนความสนใจ จึงสามารถลดการรับรู้ความปวด และเพิ่มความอดทนต่อความปวดได้ดี จากข้อมูลเบื้องต้น จึงกล่าวได้ว่าผลการศึกษาคั้งนี้ มีความสัมพันธ์ของแนวคิดที่ได้กล่าวไว้ในแบบจำลองการจัดการอาการ โดยพบว่าการใช้กลวิธีในการจัดการความปวด โดยคำนึงถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วย ร่วมกับการใช้กลวิธีในการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยและพยาบาล จะส่งผลต่อการลดความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการจัดการกับความปวดร่วมกับการฟังดนตรีสามารถบรรเทาความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน เช่นเดียวกับผู้วิจัยหลายท่าน ที่พบว่าการฟังดนตรีสามารถลดความปวดได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจจากผลของการฟังดนตรี เนื่องจากการฟังดนตรีเห็นผลในการลดความปวดอย่างชัดเจนผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ว่าการฟังดนตรีสามารถลดปวดได้ โดยการให้ผู้ป่วยมีการประเมินด้วยตนเอง นอกจากนี้การฟังดนตรียังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายสบายใจ และเป็นการใช้เวลาว่างได้อย่างมีประโยชน์สามารถใช้สะดวกกับกลุ่มผู้ป่วยทุกประเภท ดังนั้นข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ

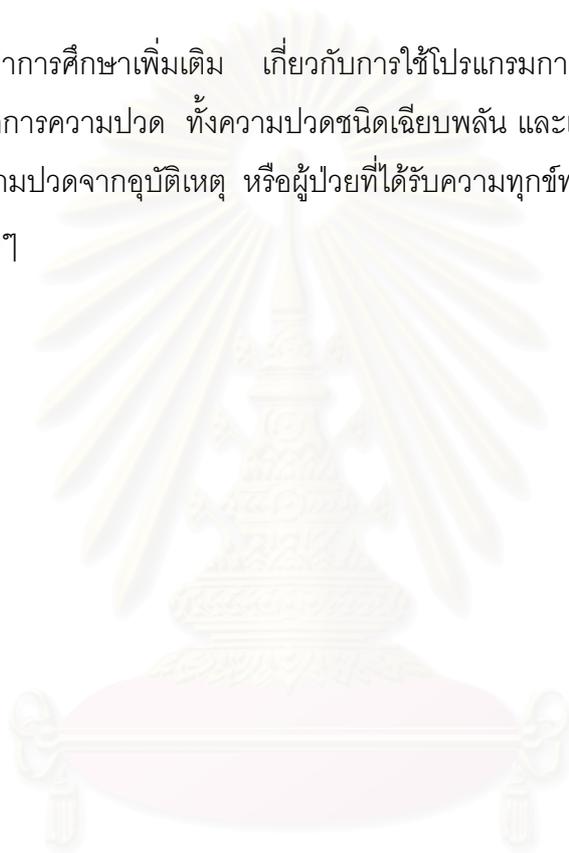
1. ควรสนับสนุนและเผยแพร่ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญ และผลดีที่ผู้ป่วยจะได้รับ จากการนำโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรีมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาล และมีการจัดทำเป็นแนวทางการปฏิบัติ (Practice Guideline) โดยคำนึงถึงการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

2. ในด้านการศึกษาคั้งนี้ ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยคั้งนี้ ไปเป็นข้อมูลในการศึกษาคั้งทางการพยาบาล ในเรื่องของการบำบัดทางการพยาบาลที่เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่มีความครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณต่อไป รวมทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาคั้งและค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่น ๆ ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน และในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาผลของการฟังดนตรีโดยเปิดให้ผู้ป่วยฟังเป็นระยะเวลานานมากขึ้น โดยเปิดให้ฟังเป็น background เนื่องจากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าการฟังดนตรีเพียงแค่ระยะเวลาสั้นๆ ช่วยให้ผู้ป่วยลดความปวดได้เป็นอย่างดีในระยะสั้นเช่นกัน ดังนั้น จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติม เกี่ยวกับการฟังดนตรีทั้งวัน หรือ ฟังเป็น background เป็นช่วงๆ เพื่อประโยชน์ในการจัดการความปวดของผู้ป่วย

2. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติม เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรีในการจัดการความปวด ทั้งความปวดชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้ความปวดจากอุบัติเหตุ หรือผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- กัลยา สรรพอุดม. 2546. **ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญตา เพชรมณีโชติ. 2542. **ผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอนณะจาง เพ็งจาด, รัชนี อยู่ศิริ, และ วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. 2546. **รายงานการวิจัย : ความรู้ และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด.** วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย.
- จุไรพร ไสภอาจารย์. 2536. **ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดขณะได้รับการล้างแผลในผู้ป่วยแผลไหม้.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ฤทธารมย์ , ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ , วรณี สัตยวิวัฒน์ และ สาริฉัตร ศรีสุภาพ. 2002. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับความเจ็บปวดและการสูญเสียความสามารถในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง.** วารสารพยาบาลศาสตร์ ปีที่ 20 / 2 : 13 – 22.
- เจ็อกุล อโนธรรณ. 2545. **บทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวด.** วารสารพยาบาล ศาสตร์ ปีที่ 20 ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม): 8 – 18.
- โณมนภา สังข์โสภณ. 2536. **ผลของดนตรีต่อความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจิน ชินชู. 2541. **ความต้องการของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดตับและการตอบสนองของพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541. **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย.** พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิต

- ดวงดาว ดุลยธรรม. 2544. **ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดรุณี เฉลิมวงษา. 2545. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดรุณี ชูณหะวัต. 2540. **การพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด**. ใน พงศ์ เจาเทศะเกษตริณ (บรรณาธิการ). **การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 8 ชมรมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย**, 57-67 กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนาศ บุญทอง. 2531. **การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โอ เอ ปริ้นติ้ง.
- ธวัชชัย วรพงศธร. 2540. **หลักการวิจัยทางสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญกนก พงศ์ปิยะไพบุลย์. 2549. **เปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนัดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. 2549. **การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วิ อินเตอ ปริ้น.
- นครชัย เผื่อนปฐม. 2538. **ความเจ็บปวด**. สงขลา : โรงพิมพ์ไทรโยค.
- นฤมล จันทร์ฉาย. 2537. **ระดับความเจ็บปวดและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการสลายนิวด้วยเครื่องสลายนิว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นวลสกุล แก้วลาย. 2530. **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นันทา เล็กสวัสดิ์. 2542. **การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: เอส ซี ปี จำกัด.
- นารี พุ่มนิคม. 2544. **ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดและการควบคุมความเจ็บปวด ในผู้ป่วยศัลยกรรมภายหลังการผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ว่องกลกิจศอลป์. 2542. **การจัดการความปวด**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สยาม ปริณติง.
- นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. 2535. **การรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุชรี ไล่พันธ์. 2540. **ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธ์กุล. 2537. **ผลของการมีส่วนร่วมของญาติในการฝึกทักษะการผ่านคลายของผู้ป่วยที่ได้รับการยึดตรึงกระดูกแบบภายในที่มีต่อพฤติกรรมการผ่านคลายกับระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. 2547. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โอ เอ ปริณติง.
- ประสงค์ คุณทรงเกียรติ. 2534. **ประสาทสรีรวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี : พิศาลการพิมพ์.
- ปรีชา สุนทรานันท์. 2539. **การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: เอส ซี ปี ปริณติง.
- ปรีดา บุญสุวรรณ. 2547. **ศึกษาผลของการสอนการจัดการความปวดก่อนผ่าตัดต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปรีดาภรณ์ สีปากดี และคณะ. 2547. ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของพยาบาลในการประเมิน และควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มีนาคม): 15-26.

ปิยดา ชูรัตน์. 2544. ผลของเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสปีทต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พงษ์ภาวดี เจาทะเกษตริน และสัมพันธ์ นิญชिरะนันท์. 2539. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ศิลป์วิวัฒน์ จำกัด.

พรจันทร์ สัยละมัย. 2541. ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นของผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรนิภา ลีละธนาฤกษ์. 2542. ผลการใช้สื่ออารมณ์ขันที่มีต่อความเจ็บปวดและความเครียดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรรณี ไพศาลทักษิณ. 2540. ความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มณฑิชา แสนทวิสุข. 2541. ศึกษาผลของการสัมผัสและการให้ความข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนต่อระดับความปวด ความวิตกกังวลและการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มยุลี สำราญญาติ. 2536. เปรียบเทียบความคาดหวังกับประสบการณ์จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาลี เอี่ยมสำอาง. 2544. ผลการนวดต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล.

ระวีพรรณ มงคล. 2529. **ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัด และปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราตรี สุตทรวง และวีรชัย สิงหนิยม. 2545. **ประสาทสรีรวิทยา.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

รุ่งทิพย์ จามรมาน. 2532. **ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลักษมี ชาญเวชชี. 2546. Pain Management. ใน **เอกสารการประชุมวิชาการ การจัดการกับความเจ็บปวดและการดูแลแบบประคับประคอง.** ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. 2546. ความปวด : ประสบการณ์ที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติ. ใน **เอกสารการประชุมวิชาการ การจัดการกับความเจ็บปวดและการดูแลแบบประคับประคอง.** ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วชิราพร สุนทรสวัสดิ์. 2545. **พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรีณี เล็กประเสริฐ. 2544. **การจัดการความปวด.** พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สยาม ปริ้นติ้ง.

หลี่ ยิ่งหลาน. 2541. **ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดและความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดถุงน้ำดี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: วี เจ ปริ้นติ้ง.

- สมร ทินวงศ์. 2534. **เปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้การกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย - เชียงใหม่.
- สังวาลย์ แก้วประเสริฐ. 2532. **ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของการรับรู้ความเจ็บปวดกับผลการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายใหม่ ตุ่มวิจิตร. 2547. **ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาณี เสนาดิสัย. 2538. **การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ ฯ : แผนกการพยาบาลพื้นฐาน โรงเรียนพยาบาล รามาธิบดี.
- สุพร พลยานันท์. 2528. **การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเจ็บปวด.** กรุงเทพฯ ฯ : ฝ่ายการพิมพ์ บริษัทสำนักพิมพ์แม็ค จำกัด.
- สุดกัญญา พัทวี. 2541. **ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรพจน์ เมฆนาวิน. 2546. **การเปรียบเทียบผลของการให้ยาทาลิปโซนและการให้ยาหลอกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อลดอาการเจ็บปวด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวีพร ธนศิลป์. 2545. **การนำโมเดลการจัดการไปใช้ในผู้ป่วยปอดอักเสบ.** เอกสารประกอบการเรียนการสอนรายวิชา Advance Adult Nursing I. (ม.ป.ท.) : 3-10
- สุวีพร แผงนคร. 2542. **ผลของความปวดต่อภาวะการทำหน้าที่และอารมณ์ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวลักษณ์ อรรจนกุล และ อรทัย ชยาภิวัดณ์. 2535. Pain and Management. ในรายงาน
การอบรม เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ศิริภรณ์ พึ่งวิทยา. 2540. ยาระงับปวด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

อภิญา วังศิริโยธา. 2536. ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวล
และความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญา -
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อรนุช เกียวข้อง. 2539. ผลต่อการระงับปวดหลังผ่าตัดของยามอร์ฟินในผู้ป่วยที่ผ่าตัดใหม่
บริเวณช่องท้องเปรียบเทียบการให้ยาก่อนและหลังเปิดแผลผ่าตัด. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

อาภรณ์ คำก้อน. 2545. การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย
ไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุบล จ้วงพานิช และคณะ. 2538. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิบัติการ
ตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

อุรวดี เจริญไชย. 2541. ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ
จัดการความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด
และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

อุไร นิโรธนันท์. 2539. ผลการนัดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

อิงอร พงศ์พุทธชาติ. 2546. **การเสริมแรงเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

เอมอร ดุลยโกคาอร. 2539. **การใช้ยาระงับปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

- Allock, N. 1996. Factors affecting the assessment of postoperative pain : a literature review. **Journal of Advanced Nursing** 24 : 1144 – 1151.
- Adams. 2005. Music therapy interventions for adolescents in a paediatric oncology ward. **The Australian Journal of Music Therapy** 14: 20-36.
- Aldridge K. 1993. The use of music to relieve pre-operational anxiety in children attending day surgery. **The Australian Journal of Music Therapy** 4 :19-35.
- Ashburn et al. 2001. Effect of music on ambulatory surgery patients' preoperative anxiety. **AORN J** 4: 750-758
- Balfor , E.B. , et al., 1989. Whirlpool therapy on postoperative pain and surgical wound healing. **Journal of Patient Education and Counseling** 4: 79 -112
- Barta, K.M. 1995. Information – Seeking , Research Utilization , and Barriers to Research Utilization of Pediatric Nurse Educators. **Journal of Advanced nursing** 18 : 451 – 459.
- Boss, E. R. 1992. Use of music in therapeutic care. **Journal of Professional Nursing**. 11(1)
- Bray , M. L., et al. 1986. What Do Nurses Know and Believe About Patients With Pain Results of Hospital Survey. **Journal of Pain and Symptom Management**. 10(6): 436 – 445.
- Caldwell , R. A., Henderson , J., & Reidenberg , M. 1991. The effect of music and desensitization on preoperative anxiety in children. **Journal of Music Therapy** 18 (2): 74-87
- Carr BSc (Hons) . E. C.J. 1991. Postoperative pain : patients' expectations and experiences. **Journal of Advanced Nursing** 15: 89 – 100.
- Chapman , J. A. 1992. Evaluation of the pain response by Mexican American and Anglo American women and their nurses. **Journal of Advanced nursing** 18: 451 – 459.
- Close – Gallagher , M. , Polomano , R., & Carrick , L. 1988. Pain as a quality management initiative. **Journal of Nursing Care Quality** 9(1): 30 – 42.

- Coda , M & Bonica , B. 2001. Observation of pain assessment – the complexities of clinical practice. **Journal of Clinical Nursing** 11(6): 724 – 734.
- Copp J.P.H. 1984. The use of music during the immediate postoperative recovery period. **AORN J** 65(4): 777-8, 781-5.
- Cousin & Power , A. 1999. Neurobiology of neuropathic pain : mode of action of anticonvulsants. **Eur J pain** 6: 51-60.
- Cuples J.N.M. , & Schumacher. 1991. Psychological disorders and chronic pain: Cause and effect relationships. **Eur J pain** 46: 231-260.
- Curtis, Kolotylo & Broom. 1998. Effects of music on patients who had chronic cancer pain. **West J Nurs Res** 11 (3): 298-309
- Daneil Burke & Jonathan Bannister. 2003. Dexketoprofen trometamol in post-operative pain management.Department of analgesic. **Oncology Nursing Forum** 25 (1): 51
- Denoon ,Edwards, H.,Nebaure, M. 2003. Psychological disorders and chronic pain: Cause and effect relationships. **Eur J pain** 46: 231-260.
- Delong , E.M. 1992. The effects of suggestions and music presented during general anesthesia on postoperative well-being. **Journal for Clinical Psychology, Vienna, Austria** 21 (3)
- Dodd et al. 2001. Pain Management : Gaining an edge in oncology management. **Journal of Pain Management** 2(1): 42-46.
- Evans RM. 2003. Effect of attitudes, subjective norms and Perceived control on nurses' intention to assess patients' pain. **Journal of Advanced Nursing** 18: 941-949.
- Fields HL, Baron R, Rowbotham MC,. 1999. Peripheral neuropathic pain : an approach to management. In : **Wall PD, Melzack R, eds. Textbook of Pain** 1523- 33.
- Fordyce, W.E. 1988. Pain and suffering: A reappraisal. **American Psychologist** 43: 276-283

- Feldman,H.R. 1996. Psychological disorders and chronic pain : Cause and effect relationships. **Eur J pain** 46: 231-260.
- Gatchel, R.J. and Weisberg, J.N. 2000. . Acute Pain Treatment for Adults Hospitalized With Hip Fracture : Current Nursing Practices and Perceived Barriers. **Applied Nursing Research**. 16(4): 211-227.
- Geden EA, Lower M., Beattie S, Beck N. 1989. Effects of music and imagery on physiologic and self-report of analogued labor pain. **Nurs Res**. Jan-Feb; 38(1) : 37-41.
- Gerdner and Buckwalter. 1999. **Dissatisfaction with post-operative pain management. –A prospective analysis of 1071 patients**. University Hospital
- Gilchrist & Wright. 1992. The effect of music listenting on acute confusion and delirium in elders undergoing elective hip and knee surgery. **J Clin Nurs** 13(6B): 91-96.
- Good M. 1999. A comparison of the effects of jaw relaxation and music on postoperative pain. **Nurs Res** 44: 52-57
- Good M, Stanton-Hicks M, Grass JA, Anderson GC, Lai HL, Roykulcharoen V., Adler PA. 2001. Relaxation and music to reduce postsurgical pain. **J Adv Nurs**. 33(2) : 208-215.
- Heffiline. 1990. Music for postoperative pain and anxiety. **J N Y State Nurses Assoc** 19 (3) : 4-7.
- Heiser RM, Chiles K, Fudge M, Gray SE. 1997. The use of music during the immediate postoperative recovery period. **AORN J** 65(4) : 777-8, 781-5.
- Heitz L, Symreng T, Scamman FL. 2004. Effect of music therapy in the postanesthesia care unit : a nursing intervention. **J Post Anesth Nurs** 7(1) : 22-31.
- Henderson, C. 2006. Music therapy relieves stress of test for colorectal cancer. **Cancer Researcher Weekly** :10.

- Henry. 1995. The effects of suggestions and music presented during general anesthesia on postoperative well-being. **Journal for Clinical Psychology** 21 (3)
- Herry & Mobily. 1999. Music Therapy results for ICU patients. **Dimensions of Critical Care Nursing** 39-45.
- Jirt & Kowal. 1999. Staff nurses' perception of barriers to effective painmanagement. **Journal of Pain and Symptom Management** 10(3) : 204 –213.
- Johnson and Lauver. 1989. Pain Assesment. a literature review. **J Clin Nurs** 6(5): 341
- International Association for the Study of Pain. 1979. Pain terms: a list with definitions and notes on usage 6: 249 – 252.
- Kerkvliet GJ. 1998. Music therapy may help control cancer pain. **J Natl Cancer Inst** 7; 82(5) : 350-2.
- Kneafsey R. 1997. The therapeutic use of music in a care of the elderly setting: a literature review. **J Clin Nurs** 6(5) : 341-6.
- Koch ME, Kain ZN, Ayoub C, Rosenbaum, SH. 1998. The sedative and analgesic sparing effect of music. **Anesthesiology** 89(2): 300-6.
- Kurth. 1992. The effects of suggestions and music presented during general anesthesia on postoperative well-being. **Journal for Clinical Psychology** 21 (3)
- L, Pozehl B, Duncan K, Schmitz R. 2004. Effects of music on patients who had chronic cancer pain. **West J Nurs Res** 11(3) : 298-309
- Lane D. 2005. Music therapy: Gaining an edge in oncology management. **Journal of Oncology Management** 2(1): 42-46.
- Lenz, E.R.Pugh,L.C.,Milligan,R.A.,Gift,A.G.,and Suppe,F. 1997. The Middle – range theory of unpleasant symptoms: an update. **Advance Nursing Science** 17(3): 1
- Leventhal & Johnson. 1983. Pain Management . **AORN J** 65(4) : 777-8, 781-5
- Lindsay S. 2003. Music in hospitals. **British Journal of Hospital Med** 18; 50(11): 660-2.

- Locsin RG. 2002. The effect of music listening on acute confusion and delirium in elders undergoing elective hip and knee surgery. *J Clin Nurs* 13(6B): 91-96.
- Locsin RG. 1998. Effects of preferred music and guided imagery music on the pain of selected post-operative patients. *ANPHI Pap* 23(1): 2-4.
- Lower and Hassan. 1999. Neuropathic pain : **aetiology, symptoms, mechanisms, and Management** 353 : 1959 – 64
- Lourian. 2003. Acute pain management. *The Australian Journal of Music Therapy* 12: 3-12.
- Luckman & Sorensen. 2004. Music therapy in pain and symptom management. *Journal of Palliative Care* 9(4): 42-8.
- Marie. 2006. Music for postoperative pain and anxiety. *J N Y State Nurses Assoc* 19(3): 4-7.
- McCaffery. 1979. Pain therapy. *Annu Rev Nurs Res* 17: 3-25.
- Meinhart & Mccaffery. 1997. The effects of suggestions and music presented during general anesthesia on postoperative well-being. *Journal for Clinical Psychology* 21 (3)
- Melzack, R. and Wall, P.D. 1965. Pain mechanisms: **A new theory**. *Science* 971-979.
- Melzack, R. and Wall, P.D. 1982. **The Challenge of Pain**. New York: Basic Books.
- Migneault. 2004. Neurophysiology of cancer pain. *Cancer Control* 7: 111 – 9
- Morris, D.B. 2003. **The challenges of pain and suffering**. In T.S. Jensen, P.R. Wilson, and Rice (Eds.), *Chronic Pain* 3-14
- Price. 1990. Pain medicine : a comprehensive review. *St.. pain medicine J* 3 – 11.
- Rahman & Beattie. 2005. Psychological disorders and accute pain: Pain effect relationships. *Eur J pain* 46 : 231-260

- Radziewicz and Schneider. 1992. Music and pattern change in chronic pain. **ANS Adv Nurs Sci** 5(4): 27
- Regan JM, Peng P. 2000. Neurophysiology of cancer pain. **Cancer Control** 7: 111.
- Simss. 1998. Pain medicine : a pain management review. St.. **pain medicine J** 3 – 11.
- Smeltzer & Bare. 2000. Music and the brain. **Scientific American**. November 89-95.
- Smith. 2003. A cognitive-behavioral perspective on treatment of chronic pain patients. **Pain journal** 123 – 154.
- Snyder M, Chlan L. 2005. Music therapy. **Annu Rev Nurs Res** 17:3-25.
- Sindrup SH, Jensen TS. 2000. Pharmacologic treatment of pain in polyneuropathy. **Neurology** 55: 915 – 20.
- Sluka KA, Hoeger MK, Skyba DA. 2002. Basic science mechanisms of Nonpharmaco treatments for pain. **Pain – an updated review** 189 – 95.
- Sternbach, R.A. 1987. Mastering Pain. **New York: Ballantine Books**.
- Turk, D.C. 2002. A cognitive-behavioral perspective on treatment of chronic pain patients. **Pain journal** 123 - 154
- Turk, D.C. and Melzack, R. 1992. Handbook of Pain Assessment. **New York Guilford Press** 55: 915 – 20.
- Ulrich. 2002. The effect of music and desensitization on preoperative anxiety in children. **Journal of Music Therapy** 18(2) : 74-87
- Updike P. 2004. Music Therapy results for ICU patients. **Dimensions of Critical Care Nursing** 39-45.
- Wall,p.d. 1975. A cognitive-behavioral perspective on treatment of chronic pain patients. **Pain journal** 123 - 154
- Weingerger N. 2003. Music and the brain. **Scientific American** : 89-95.

Whipple B, Glynn NJ. 2001. Quantification of the effects of listening to music as a noninvasive method of pain control. *Sch Inq Nurs Pract* 6(1): 43-58.

Wilkie. 2000. Handbook of Pain Assessment. *New York Guilford Press* 55: 915 – 20.

Winterowd, C., Beck, A.T., Gruener, D. 2003. Cognitive Therapy with Chronic Pain Patients. New York: Springer Publication Company

Woolf CJ, Mannion RJ. 1999. Neuropathic pain : aetiology, symptoms, mechanisms, and Management 353: 1959 – 64.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก ลักษณะเพลงที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อเพลงที่ใช้ในการวิจัย

แผ่นซีดีที่ 1 ดนตรีบรรเลงประเภทผ่อกลาร่วมกับเสียงธรรมชาติ

1. The Long Way Home ของ Natural Dreams
2. Dreamscapes ของ Natural Dreams
3. Mountain Spirit ของ Natural Dreams
4. Spring rain ของ Natural Dreams
5. Cascade Suite ของ Natural Dreams
6. Red Tide ของ Natural Dreams
7. Soul mates ของ Natural Dreams
8. As The River Run ของ Song of The Mississippi

แผ่นซีดีที่ 1 ดนตรีบรรเลงเพลงไทยของ แกรมมี่

1. เธอจะอยู่กับฉันตลอดไป
2. ใจหายไปแล้ว
3. ด้วยรักและผูกพัน
4. เขียนไว้ข้างเตียง
5. ถนนสายนี้
6. อยากรู้ไหม
7. แค่มอง
8. ขอไม่เป็นเพื่อนเธอ
9. ลืมไปไม่รักกัน
10. ชั่วฟ้าดินสลาย

แผ่นซีดีที่ 3 ดนตรีที่มีการขับร้อง (เพลงลูกทุ่งภาคใต้)

1. จริงใจ...ไม่ลอกอก ของ บ่าววี
2. สวรรยามยามเย็น ของ บิว กัลยาณี
3. จะอยู่เคียงข้างเธอ ของ บิว กัลยาณี
4. ผากเพลงหอมแก้ม ของ หลวงไก่
5. ผากฟ้า ของ บ่าววี

6. คิดถึงลมว่าว ของ บ่าววี
7. ขวัญใจพี่หลวง ของ หลวงไก่
8. ไม่มีเธอจะบอกรักใคร ของ หญิง ธิติกานต์
9. ศาลาพักใจ ของ แสตมป์
10. .ชีวิตกับสายน้ำ ของ เท่ห์ อุเทน พรหมมินทร์

แผ่นซีดีที่ 3 ดนตรีที่มีการขับร้อง (เพลงสมัยนิยม)

1. คีนข้ามปี ของ Da endorphine
2. นานา. ของ เบิร์ด ธงไชย
3. กลับมาได้ไหม ของ ไชย์ ศรัณยู
4. ไม่เสียใจที่รักเธอ ของ โก้ Mr.Saxman
5. คน ๆ นี้จะไม่ไปจากเธอ ของ ALL FOR MEN
6. สงสารตัวเองบ้าง ของ พลพล
7. คนดีๆทำไมไม่รัก ของ ไชย์ ศรัณยู
8. เกียกกันทำไม ของ เบิร์ด ธงไชย
9. หนึ่งในไม่กี่คน ของ Beau โบ
10. หยดน้ำ ของ เบิร์ด ธงไชย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
ตารางแสดงข้อมูลการฟังดนตรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ ของประเภทของดนตรี และระยะเวลาในการฟังดนตรีที่กลุ่มทดลอง
เลือกฟัง

รายการ	จำนวน (ครั้ง) (N=80)	ร้อยละ
ประเภทของดนตรีในการเลือกฟัง		
ดนตรีประกอบการขับร้องเพลงไทยสากล	15	18.8
ดนตรีบรรเลงเพลงไทยสากล	17	21.3
ดนตรีประกอบการขับร้องเพลงไทยลูกทุ่ง	23	28.8
ดนตรีบรรเลงผ่อนคลายเป็นพิเศษร่วมกับเสียงธรรมชาติ	25	31.3
ระยะเวลาในการฟังดนตรีต่อครั้ง		
30-45 นาที	57	71.3
46-60 นาที	22	27.5
มากกว่า 60 นาที	1	1.3
— X = 43.45, SD=0.56		

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด
หลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปรที่วัด	กลุ่มควบคุม (n =20)		กลุ่มทดลอง(n=20)		t	p- value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
คะแนนเฉลี่ยความ พึงพอใจต่อการจัดการความปวด	5.45	0.6863	8.85	0.8751	-13.67	0

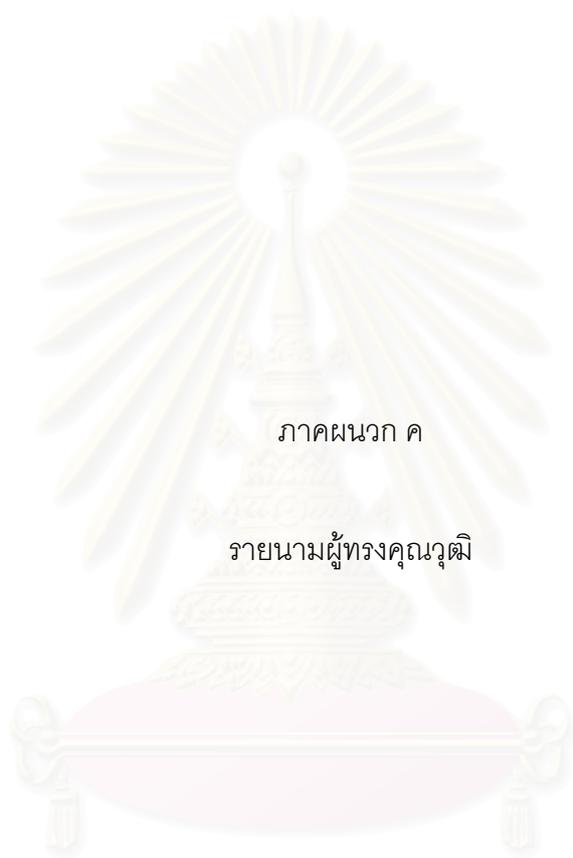
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดหลัง ผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การปฏิบัติเพื่อบรรเทา ความปวดหลังผ่าตัด	ไม่ได้ปฏิบัติ(1)		ปฏิบัติบางครั้ง(2)		ปฏิบัติทุกครั้ง (3)	
	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง
	(n=20)	(n=20)	(n=20)	(n=20)	(n=20)	(n=20)
1. ท่านขอยาแก้ปวดจาก พยาบาลทันที เมื่อรู้สึกปวด	7	-	12	14	1	6
2. ท่านหายใจลึกๆ ซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอ	3	-	12	8	5	12
3. ท่านขยับตัวเคลื่อนไหว ร่างกายบ่อยๆ เมื่อรู้สึก ปวด	14	-	5	10	1	10
4. ท่านดูเบาๆ บริเวณ ผิวหนังใกล้กับแผลผ่าตัด	-	-	10	10	10	10
5. ท่านอ่านหนังสือ/ ดูทีวี หรือพูดคุย ระบาย ความรู้สึกกับคนอื่น	5	-	14	15	1	5
6. ท่านทำสมาธิ /ภาวนา บ่อย เมื่อรู้สึกปวด	16	-	4	11	-	9
7. ท่านทำใจให้จดทนกับ ความปวด	1	8	8	12	11	-
8. ท่านฟังเพลงทุกครั้ง ที่รู้สึกปวด	16	-	4	5	-	15
คะแนนรวม	64	24	138	170	65	201

คะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลอง 19.75

คะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุม 13.35



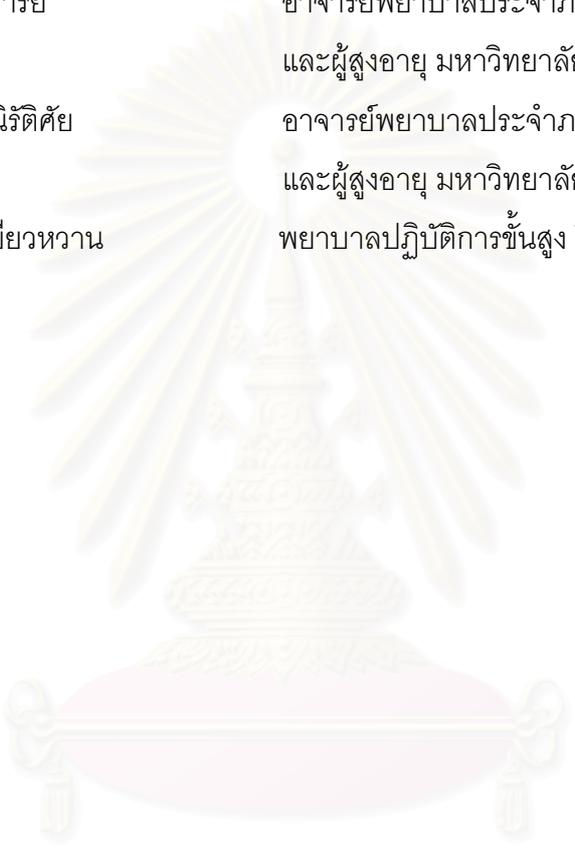
ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชษฐชัย	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ. ดร. นिया สออารีย์	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร. ธีรนุช ห้านิวัติศัย	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นางสาวภัทรพร เขียวหวาน	พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พศจิกายน 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยขอนแก่น

เนื่องด้วย นางสาวขวัญจิต ไชยชุม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดรวมกับการฟังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบ ดูกเฉิน” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ รศ.ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาพื้นฐานการพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รศ.ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9829

ที่อนิสิต

นางสาวขวัญจิต ไชยชุม โทร. 02-3541810

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤศจิกายน 2549

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวขวัญจิต ไชชุม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเงิน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้ ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเงิน จำนวน 30 ราย และ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข จำนวน 1 ชุด ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวขวัญจิต ไชชุม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9829

ที่อนิสิต

นางสาวขวัญจิต ไชชุม โทร. 02-3541810

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤศจิกายน 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวขวัญจิต ไชยชุม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดรวมกับการฟังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบลูกฉิ้น” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้ ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบลูกฉิ้น จำนวน 30 คน และ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความปวด ชนิดตัวเลข จำนวน 1 ชุด ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้ เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวขวัญจิต ไชยชุม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9829

ที่อนิสิต

นางสาวขวัญจิต ไชยชุม โทร. 06-5089420, 01-3366213

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2549

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วยนางสาวขวัญจิต โอชุม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบ ดูกเงิน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้จึง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย โดยการใช้แบบประเมินความ ปวดชนิดตัวเลข จำนวน 1 ชุด จากผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบดูกเงิน จำนวน 30 ราย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีก ครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวขวัญจิต โอชุม ดำเนินการทดลองใช้ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9829

ที่อนิสิต

นางสาวขวัญจิต โอชุม โทร. 06-5089420, 01-3366213

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดที่เน้นการใช้ดนตรีต่อความปวด

ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ชื่อผู้วิจัย

นางสาวขวัญจิต โอชุม นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ พยาบาลศาสตร์

มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 56/6 ม.2 ต. มะขามเตี้ย

อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84100

โทรศัพท์ที่ทำงาน 077 – 272231 ต่อ 2347

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 087 – 7177633 E-mail : kwanjit_ochum@yahoo.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรี

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรี และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ

3. รายละเอียดขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับในการปฏิบัติ ดังนี้

3.1 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งกลุ่มที่ 1 จะได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรี

3.2 กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติจากพยาบาลประจำการตามการรักษาของแพทย์และมาตรฐานการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

3.3 กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรี โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ความปวด 2) การให้ข้อมูลในการจัดการความปวด 3) ดูแลจัดการความปวดด้วยยาแก้ปวดร่วมกับการฟังดนตรีโดยกำหนดให้ฟังดนตรีอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที 4) การประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวด VRS ของ Johnson โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

4. รายละเอียดและขั้นตอนในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องแบบฉุกเฉินโดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้คือเป็นผู้ป่วยทุกโรคที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทางช่องท้องแบบฉุกเฉินและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย 1, 2, 3 และศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อายุระหว่าง 20 – 59 ปี ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและแพทย์ ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยินและการมองเห็น และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ หลังผ่าตัด

5. ผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย เพียงแต่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเสียสละเวลาเพียงเล็กน้อยในการเข้าร่วมวิจัย

6. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมงานวิจัยและจะไม่สามารถค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

7. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการ

8. ข้อมูลใดๆที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับและจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกถอดเป็นรหัส รายงานการวิจัยและผลการวิจัยที่ตีพิมพ์ จะไม่มีชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

9. จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 40 คน

10. หากท่านมีสงสัย สอบถามเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวขวัญจิต ไขซุม ได้ตลอดเวลา หมายเลขโทรศัพท์ 087 – 7177633 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฝังดนตรีต่อความปวด

ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว ได้รับทราบจาก

ผู้วิจัยชื่อ นางสาว ขวัญจิต ไชยชุม ที่อยู่ 3/366 ถ.ประชานิมิตรเหนือ แขวงลาดยาว
เขตจตุจักร 10900

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย
รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจ
เกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....มีความยินดี เข้าร่วม
การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่
จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้
ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในข้างต้น

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ ผู้ป่วย

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ (นางสาวขวัญจิต ไชยชุม)
ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2

ส่วนที่ 2.1 แบบบันทึกระดับความปวด ประกอบด้วยจำนวนครั้งในการฟังดนตรี ตลับดนตรีในการฟังดนตรีแต่ละครั้ง ระยะเวลาในการฟังดนตรี ระดับความปวด ,สัญญาณชีพก่อนและหลังฟังดนตรี

หลัง ผ่าตัด วันที่	ฟัง ดนตรี ครั้งที่	ตลับที่ เลือกฟัง	เวลาในการฟังดนตรี		ระดับความปวดและ สัญญาณชีพก่อนการฟังดนตรี			ระดับความปวดและ สัญญาณชีพหลังการฟังดนตรี			หมายเหตุ		
			เริ่มฟัง ดนตรี	สิ้นสุด การฟัง ดนตรี	ระดับ ความ ปวด	สัญญาณชีพ			ระดับ ความ ปวด	สัญญาณชีพ			
						PR	RR	BP		PR		RR	BP

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความปวดก่อนและหลังการฟังดนตรี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลขที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกปวดแผลของท่านมากที่สุด โดยเส้นตรงนี้มีความยาว 10 เซนติเมตร ซึ่งมี

ค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ก่อนและหลังการฟังดนตรีทุกครั้ง

โดย 0 คะแนนหมายถึง ไม่ปวดเลย 5 คะแนนหมายถึงปวดปานกลาง และ 10 คะแนนหมายถึงปวดมากที่สุด

จำนวนครั้งที่ฟังดนตรี	ก่อนการฟังดนตรี	หลังการฟังดนตรี
ครั้งที่ 1	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>↓ ↓ ↓</p> <p>ไม่ปวดเลย ปวดปานกลาง ปวดมากที่สุด</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>↓ ↓ ↓</p> <p>ไม่ปวดเลย ปวดปานกลาง ปวดมากที่สุด</p>

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลขที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกปวดแผลของท่าน ในตอนนี้มากที่สุด โดยเส้นตรงนี้มีความยาว 10 เซนติเมตร ซึ่งมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 10

โดย 0 คะแนนหมายถึง ไม่ปวดเลย

5 คะแนนหมายถึง ปวดปานกลาง และ

10 คะแนนหมายถึง ปวดมากที่สุด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดที่เกิดขึ้นกับท่าน ภายใน 24 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กรุณาเลือกวิธีที่ท่านปฏิบัติ

- 1 คะแนน คือ ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย
- 2 คะแนน คือ ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง
- 3 คะแนน คือ ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ หรือปฏิบัติอยู่เสมอเมื่อมีความปวดเกิดขึ้น

ข้อที่	รายละเอียดของการปฏิบัติกิจกรรม	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ปฏิบัติ ทุกครั้ง (3)	หมายเหตุ (กรณีไม่ได้ ปฏิบัติให้ บอกเหตุผล)
1	ท่านขอยาแก้ปวดจากพยาบาลทันทีเมื่อรู้สึกปวด				
2	ท่านหายใจลึกๆ ช้าๆ อย่างสม่ำเสมอ				
3	ท่านขยับตัวเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ เมื่อรู้สึกปวด				
4	ท่านดูเบาๆ บริเวณผิวหนังใกล้กับแผลผ่าตัด				
5	ท่านอ่านหนังสือ/ ดูทีวี หรือปวดคุยระบายความรู้สึกกับคนอื่น				
6	ท่านทำสมาธิ /ภาวนาบ่อย เมื่อรู้สึกปวด				
7	ท่านทำใจให้อดทนกับความปวด				
8	ท่านฟังเพลงทุกครั้งเมื่อรู้สึกปวด				

โปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฝังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ปัญหา

การผ่าตัดเปิดช่องท้องเป็นการผ่าตัดที่พบได้บ่อยในหน่วยงานศัลยกรรมเนื่องจากตำแหน่งของช่องท้องเป็นตำแหน่งที่มีอวัยวะต่าง ๆ มากมาย ทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคที่ต้องมีการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินสูง จากสถิติการผ่าตัดของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำภาคใต้ พบว่าอัตราการผ่าตัดเกี่ยวกับช่องท้องทั้งแบบฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี 2545 – 2548 มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ดังนี้ 3,468, 3,296, 3,554 และ 3,764 รายตามลำดับ โดยส่วนใหญ่แล้วเป็นการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ลำไส้อุดตัน ไส้เลื่อน หรือ การผ่าตัดที่เกิดจากอุบัติเหตุและมีการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้อง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจที่จะรับการผ่าตัด ส่งผลให้ระดับความปวดภายหลังการผ่าตัดอาจมีความรุนแรงมากนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความวิตกกังวลสูงเนื่องจากความไม่เข้าใจเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย กลัวในสิ่งที่ต้องเผชิญในระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด กลัวความล้มเหลวหรือความไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด กลัวการดมยาสลบ กลัวความพิการ กลัวตาย กลัวการพลัดพรากจากครอบครัวหรือบุคคล เป็นต้น (Caldwell,1991; Carr, 1991; Cupples, 1991; DeLong, 1992; Simms, 1988; Jairt & Kowal ,1999) ส่งผลให้ระดับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น และปัจจัยสำคัญอีกประการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความปวดมากคือ การไม่ทราบแนวทางการจัดการความปวด หรือมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการความปวด เช่น ผู้ป่วยเข้าใจว่าการได้รับยาแก้ปวดบ่อยครั้งทำให้หายใจไม่ออกเป็นต้น ดังนั้นการให้ความรู้ในการจัดการความปวดที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยจะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวด ซึ่งการให้ข้อมูลในระยะรอการผ่าตัดผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะวิตกกังวลมากเกินไปจนการมีสมาธิจดจำข้อมูลจากการศึกษาพบว่าความปวดเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Smeltzer & Bare, 2000 cite in นวลสกุล แก้วฉาย, 2545: 1) ความปวดหลังผ่าตัดซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลันที่เกิดภายหลังเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัดพบว่า ความปวดจะมีความรุนแรงมาก หลังจากนั้นความปวดจะค่อยลดลงตามระยะเวลาดังนี้ คือ ร้อยละ 74 หลังผ่าตัดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกมีระดับความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง และ ร้อยละ 65 ของผู้ป่วย หลังผ่าตัดในระยะ 72 ชั่วโมง ยังมีระดับความปวดอยู่ในระดับ เล็กน้อย ปานกลาง จนถึงรุนแรง (พงษ์ภารดี เจาพะเกษตริน และ สมพันธ์ หิญาชิระนันท์, 2539; Good,1999:152 ; Ashburn et al, 2001; Rahman & Beattie, 2005:145) เมื่อ

ผู้ป่วยมีความปวดในระดับที่รุนแรงและไม่ได้รับการจัดการที่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะเคลื่อนไหวร่างกายก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมามากมาย ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น และกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้ช้าลง หรืออาจเป็นสาเหตุให้ความปวดชนิดนี้กลายเป็นความปวดชนิดเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน สูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น (นิโลบล กนกสุนทรรัตน์, 2535; สุกัญญา พัทวี, 2541; นิตยา ว่องกลกิจ ศิลป์, 2542; Luckman & Sorensen, 1987: 178; Reid, 2001; Adams, 2005:4)

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการจัดการความปวดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพราะนอกจากจะช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งของผู้ป่วยและประเทศชาติ

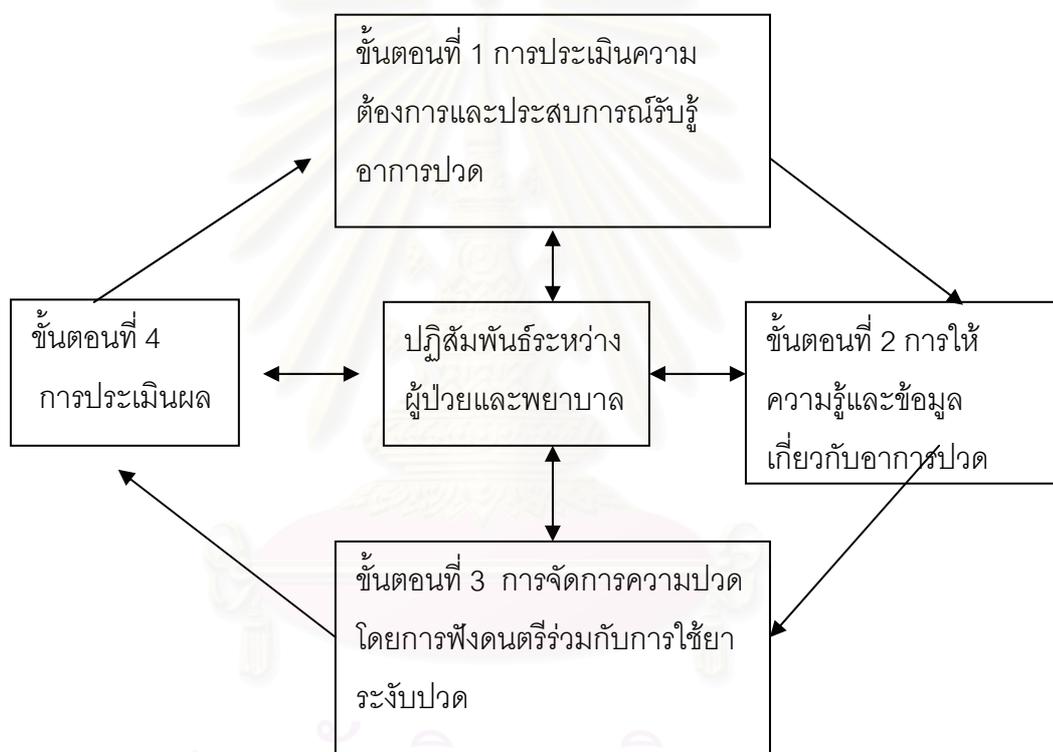
ปรัชญา

การจัดการอาการปวดที่มุ่งเน้นเฉพาะสาเหตุเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะควบคุมอาการปวดได้ ดังนั้นการจัดการกับอาการปวดจะต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน ซึ่งการจัดการอาการปวดจะมีประสิทธิภาพที่ดีต้องอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้นด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นที่ประสบการณ์การมีอาการ ได้แก่ การรับรู้การมีอาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากอาการ ร่วมกับการมีส่วนร่วมช่วยในการจัดการอาการที่รุนแรงโดยผู้ป่วยไม่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ด้วยตนเองจึงจำเป็นต้องพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล เป็นต้น เพื่อลดความรุนแรงของอาการปวดที่เกิดขึ้นได้

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฝังดนตรี

โปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฝังดนตรีเป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน โปรแกรมนี้เน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในการจัดการความปวดที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์รับรู้ ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และข้อมูล ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความปวดโดยการฝังดนตรีร่วมกับการใช้ยาระงับปวด ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ดังนี้



ไดอะแกรมแสดงขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฝังดนตรี

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้อาการปวด

หลักการ.....
 วัตถุประสงค์.....
 กิจกรรม.....
 การประเมินผล.....
 ระยะเวลา.....

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และข้อมูล

หลักการ.....
 วัตถุประสงค์.....
 กิจกรรม.....
 การประเมินผล.....
 ระยะเวลา.....

เนื้อหา	สื่อเอกสาร
<ul style="list-style-type: none"> - ความรู้เรื่องการตรวจรักษาและการพยาบาล , - ความรู้สึกที่ผู้ป่วยต้องเผชิญภายหลังการผ่าตัด , - การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ , - ข้อมูลทั่วไปในการปฏิบัติตนเมื่ออยู่โรงพยาบาล - ข้อมูลเกี่ยวกับการพึ่งดนตรีเพื่อลดความปวด 	<ul style="list-style-type: none"> - แผนการสอนเรื่อง การจัดการความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน - คู่มือการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความปวดโดยการใช้ยาระงับปวดร่วมกับการพึ่งดนตรี

หลักการ.....
 วัตถุประสงค์.....
 กิจกรรม.....
 การประเมินผล.....
 ระยะเวลา.....

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

หลักการ.....
 วัตถุประสงค์.....
 กิจกรรม.....
 การประเมินผล.....
 ระยะเวลา.....

แผนการสอน เรื่อง การจัดการความปวดหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ผู้สอน นางสาว ขวัญจิต ไชยชุม

ผู้เรียน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

สถานที่ เต็มของผู้ป่วย ตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ และปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความปวดภายหลังการผ่าตัดที่รุนแรงมากขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ และปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดรุนแรงมากขึ้น
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของความปวดต่อด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งมีทักษะในการจัดการความปวดด้วยวิธีต่าง ๆ และสามารถประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม
5. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการการพึ่งดนตรีเพื่อลดความปวด และสามารถจัดการกับความปวดเบื้องต้นได้

เวลาที่สอน 30 นาที

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือ

การจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด
เปิดช่องทางแบบฉุกเงิน



โดย นางสาว ขวัญจิต ไชยชุม
นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวขวัญจิต โอซุม เกิดวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2522 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เมื่อปี พ.ศ. 2544 เข้ารับราชการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลประจำการระดับ 4 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เมื่อปี พ.ศ. 2544 – 2548 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2548

ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย