

ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัด
ต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง



นางสาวจวง เพ็ญกมล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

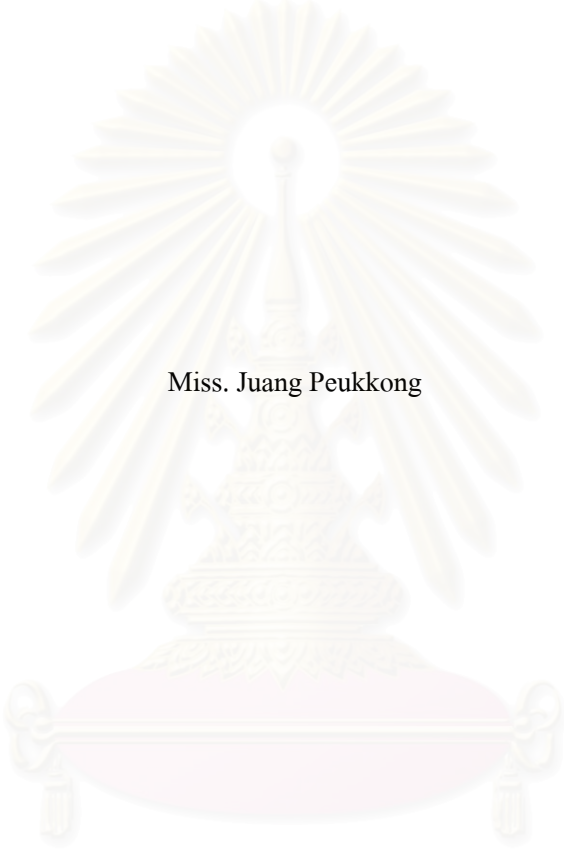
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF USING PAIN MANAGEMENT PROGRAM WITH AROMATHERAPY
ON PAIN IN PATIENTS AFTER ABDOMINAL SURGERY



Miss. Juang Peukkong

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 2007

Copyright of Chulalongkorn University

จวง เผือกคง: ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้
 สுவคนธบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (THE EFFECT OF USING
 PAIN MANAGEMENT PROGRAM WITH AROMATHERAPY ON PAIN IN
 PATIENTS AFTER ABDOMINAL SURGERY) อาจารย์ที่ปรึกษา: รศ. ดร. สุวีพร
 ธนศิลป์, 134 หน้า

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ
 ปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย
 ผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชกรรม ที่เข้ารับการผ่าตัดและพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
 จำนวน 36 ราย แบ่งเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 ราย โดยใช้การจับคู่
 ตาม อายุ และการวินิจฉัยโรค กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการจัดการ
 ความปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้
 ในการทดลองครั้งนี้คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัด เครื่องมือ
 ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินความปวดแบบตัวเลข 0-10 คะแนน ซึ่งทดสอบค่า
 ความเที่ยง ได้ค่าเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 dependent t- test และ independent t-test

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. คะแนนความปวดหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้
 สுவคนธบำบัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

($\bar{X}_{\text{ก่อนทดลอง}} = 6.71$; $\bar{X}_{\text{หลังทดลอง}} = 3.59$; $t = 8.15$; $df = 16$)

2. คะแนนความปวดของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าคะแนนความปวดของกลุ่ม
 ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($d_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 3.12$; $d_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 1.53$;
 $t = 2.97$; $df = 32$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
 ปีการศึกษา 2550

ลายมือชื่อนิสิต..... *จวง เผือกคง*
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... *สุวีพร ธนศิลป์*

4777634436: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: PAIN / PAIN MANAGEMENT / AROMATHERAPY / POSTOPERATIVE
PAIN / ABDOMINAL SURGERY PATIENTS

JUANG PEUKKONG: THE EFFECT OF USING PAIN MANAGEMENT
PROGRAM WITH AROMATHERAPY ON PAIN IN PATIENTS AFTER
ABDOMINAL SURGERY. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN
THANASILP, D.N.S, 134 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study an effect of pain management program with aromatherapy on pain in patients after abdominal surgery. Sample were 36 patients undergoing abdominal surgery at Surathani hospital. Subjects were divided into two groups, an experimental group and a control group, by matching with age, and diagnosis. The patients in the experimental group received conventional nursing care and the pain management program with aromatherapy while the control group received conventional nursing care. Research instruments was the pain management program with aromatherapy. The instrument for collecting data was the 0-10 Numerical Rating Scale and was tested for reliability with test-retest coefficient of .86. Statistical techniques used in data analysis were percentage, means, standard deviation, dependent t - test and independent t - test.

Major findings were as follows:

1. The post test mean score of pain of the patients in the experimental group was significantly lower than at the pretest phase ($\bar{X}_{\text{pretest}} = 6.71$; $\bar{X}_{\text{posttest}} = 3.59$; $t = 8.15$; $df = 16$; $p < .05$).
2. The decreasing mean score of pain of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($d_{\text{experiment}} = 3.12$; $d_{\text{control}} = 1.53$; $t = 2.97$; $df = 32$; $p < .05$).

Field of study Nursing Science

Academic year 2007

Student's signature Juang P

Advisor's signature Sureep T

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นช่วยเหลือตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และสำนึกในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรักและห่วงใย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีค่าและเสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ วิทยุณิแพทย์ ศัลยแพทย์ หัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ คณะกรรมการวิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วยและ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวก ให้โอกาสและสนับสนุนผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และขอขอบพระคุณประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง และพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณพี่ น้อง เพื่อนร่วมรุ่นและเจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานมาโดยตลอด

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่ให้การสนับสนุนการศึกษาด้วยความรัก ความห่วงใย เป็นกำลังใจอย่างดียิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีได้เอื้อนนามไว้ในที่นี้ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความในการวิจัย.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ความปวด.....	10
การผ่าตัดช่องท้อง.....	24
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง	26
การจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง	28
แบบจำลองการจัดการกับอาการ	32
สูวคนธบำบัด	36
โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดรวมกับการใช้สูวคนธบำบัด.....	48
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การดำเนินการทดลอง.....	59
ขั้นตอนการทดลอง.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล	71

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	72
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	72
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	82
สรุปผลการวิจัย	86
อภิปรายผล.....	85
ข้อเสนอแนะ.....	91
รายการอ้างอิง	92
ภาคผนวก	103
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	104
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	107
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	108
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	110
ใบยินยอมของประชาชนตัวอย่าง	112
ใบพิจารณาจริยธรรม	113
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	115
โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัด.....	122
แผนการสอนการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง	124
คู่มือ การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง	126
ภาพพลิกประกอบการสอน	127
ภาคผนวก จ ตารางเพิ่มเติม	129
ตารางที่ 7 การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุม	130
ตารางที่ 8 การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลอง	131
ตาราง ที่ 9 แสดงคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มทดลอง	132
ตารางที่10 ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการสุคนธ น้ำมันหอมระเหย.....	133
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	134

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	การจับคู่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียง ตามอายุ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด	57
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	74
ตารางที่ 3	แสดงจำนวน และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามยาแก้ปวดที่ได้รับ	78
ตารางที่ 4	คะแนนเฉลี่ยความปวด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความปวด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	79
ตารางที่ 5	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง	80
ตารางที่ 6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการลดลงของคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	81
ตารางที่ 7	คะแนนความปวดของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง	130
ตารางที่ 8	คะแนนความปวดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	131
ตารางที่ 9	ร้อยละของคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มทดลอง.....	132
ตารางที่ 10	ความคิดเห็นของกลุ่มทดลองต่อการสูดดมน้ำมันหอมระเหย.....	133

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1	แสดงผลของความกังวล ความปวด และ นอนไม่หลับ	19
ภาพที่ 2	แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001)	34
ภาพที่ 3	แสดงกลไกที่แสดงเส้นทางและผลของน้ำมันหอมระเหยต่อร่างกาย.....	44
ภาพที่ 4	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	54
ภาพที่ 5	แสดงขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย.....	70
ภาพที่ 6	กราฟแสดงคะแนนความปวด ก่อนและหลังการทดลอง	80



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวด เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์และความรู้สึกไม่สุขสบาย เกี่ยวข้องกับภาวะที่เนื้อเยื่อได้รับอันตราย ความปวดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ (Smeltzer และ Bare, 2000) โดยเฉพาะความปวดชนิดเฉียบพลันจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากกว่าความปวดเรื้อรัง (อรพรรณ ทองแดง, 2534) ในปัจจุบันมีผู้ป่วยหลังผ่าตัดถึงร้อยละ 88 ที่มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง (ลักขมี ชาญเวชช์, 2546) ความปวดหลังผ่าตัดจะรุนแรงมากในระยะแรกหลังการผ่าตัดใหญ่ เช่นการผ่าตัดช่องท้อง การผ่าตัดไต หลังจากนั้นความปวดจะค่อย ๆ ลดลง (พงษ์ภรณ์ เจาทะเกษตริน และ สมพันธ์ หิณชิระนันท์, 2539; Ashburn และ Ready, 2001) โดยจะทุเลาลงใน 2- 3 วันหลังผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2537) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปีสันธน์ ลิขิตกำจร(2546) ที่พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องจะมีความปวดมากในวันแรกสูงถึงร้อยละ 95 และลดลงเหลือร้อยละ 76 และร้อยละ 49 ในวันต่อมา ความปวดจัดเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยศัลยกรรมต้องเผชิญในระยะหลังผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับการกระทบกระเทือนและถูกทำลาย มีการบวมรั้งและหดตัวของกล้ามเนื้อที่ได้รับบาดเจ็บ ความรุนแรงของความปวดอาจขึ้นอยู่กับชนิดและตำแหน่งของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง เช่นแผลผ่าตัดของช่องท้องส่วนบนทำให้มีความปวดมากกว่าช่องท้องส่วนล่าง (Sweeny, 1987) ดังนั้นการพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดความปวดในระยะที่มีความปวดเฉียบพลันจึงมีความจำเป็น

ความปวดเป็นการรับรู้ความรู้สึกที่ช่วยปกป้องให้ร่างกายพ้นจากอันตรายจากภายนอกด้วยปฏิกิริยาสนองกลับของร่างกาย มีการสร้างสารประกอบการแข็งตัวของเลือดทำให้ความสามารถแข็งตัวของเลือดมากกว่าปกติ อาจทำให้มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ มีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในร่างกายผิดปกติ ซึ่งการสร้างฮอร์โมนจะเป็นสัดส่วนกับการทำลายของเนื้อเยื่อและทำให้การทำงานของร่างกายผิดปกติหลาย ๆ ด้าน เช่น การกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว เพิ่มการทำงานของหัวใจ การก่ระบบภูมิคุ้มกัน ลดการหลั่งอินซูลินทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ลดประสิทธิภาพของการหายใจและความสามารถในการไอเอาเสมหะออกน้อยลง (พงษ์ภรณ์ เจาทะเกษตริน, 2545) กล้ามเนื้อมีการหดเกร็งและเหนียวล้าทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้แรงๆ (Bonica, 2001; Cousins และ Power, 1999)

การผ่าตัดช่องท้อง ทำให้เกิดความปวดชนิดเฉียบพลันทันทีหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมักจะปวดแผลมาก ในระยะเวลาระหว่าง 12- 36 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และจะลดลงภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540) พบว่าร้อยละ 40-70 ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องมีความปวดแผลในระดับรุนแรง (Ignatavicius และ Bayne, 1991:116 อ้างถึงในวิจิตรา กุสุมภ์, 2546) เนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ บวม มีการดึงรั้งและการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ได้รับบาดเจ็บ กระบวนการทำงานลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้ลึกและไอได้ไม่เต็มที่ ความจุปอดลดลง เกิดภาวะปอดแฟบ (ลักขมิ ชาญเวช, 2546) ในการผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (general anesthesia) และมีการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะผ่าตัด ทำให้เกิดอัมพาตของลำไส้ชั่วคราวหลังผ่าตัด จากการที่กระเพาะอาหารและลำไส้ได้รับการกระทบกระเทือนจากการสัมผัสระหว่างผ่าตัด ทำให้สูญเสียการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดหรือหยุดทำงานเนื่องจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและอาการสะอึกร่วมด้วย นอกจากนี้อุณหภูมิของร่างกายอาจสูงขึ้นถึง 38 องศาเซลเซียส ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เนื่องจากร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการอักเสบจากการที่เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540)

ผลจากความปวดทำให้รบกวนการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ท้องอืด คลื่นไส้ และเกิดการกั่งของปัสสาวะมากขึ้น (ลักขมิ ชาญเวช, 2546) และจากการไม่เคลื่อนไหวนาน ๆ ทำให้เกิดการอ่อนล้าในการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และทำให้มีภาวะแทรกซ้อนของระบบต่าง ๆ เช่น การขยายตัวของปอดไม่เต็มที่ทำให้ปอดแฟบตามมา (ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์, 2540) จากการสำรวจภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัดโดย สมพันธ์ วิทยิระนันท์ และคณะ (2533) พบว่า ร้อยละ 93.44 ของผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบมากคือลำไส้ไม่เคลื่อนไหว ผลของความปวดรุนแรงหลังผ่าตัด ในระยะ 1 – 2 วันแรกจะเป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางกระบวนการหายของแผล การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานที่ส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย เนื่องจากความปวดเป็นความรู้สึกที่ละเอียดอ่อนของมนุษย์ประกอบด้วยมิติทางกายและใจ (sensory-discrimination และ affective-motivation) ผู้ที่มีความปวดจึงมีโอกาสเปลี่ยนแปลงอารมณ์ไปในทางลบในด้านพฤติกรรม การแสดงออก การอธิบายความรู้สึกจะเป็นการแสดงออกทางอารมณ์มากกว่าความรู้สึก อาจมีอาการทางจิตร่วมกับความรู้สึกปวด เช่น ตื่นเต้น กระวนกระวาย กลัว รำคาญ ท้อแท้ สิ้นหวัง และซึมเศร้า (พงษ์ภารดี เจาทะเกษตริน, 2545) ทำให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น (Good, 1999; Kitcatt, 2000)

การจัดการกับอาการปวด (Pain management) เป็นการบรรเทาปวด หรือลดความปวดให้อยู่ในระดับความสบายที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ (Dochterman, 2004) และถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด (Allocock, 1996) เป็นหน้าที่ของพยาบาล ดังที่ Dodd และคณะ (2001) ได้กล่าวว่า “พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดและควบคุมอาการ ไม่ให้รุนแรงมากขึ้น” สอดคล้องกับสิ่งที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งชาติว่า “การพยาบาลเป็นการกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรคและการลุกลามของโรค” สภากาพยาบาล, 2528: 11) ซึ่งสามารถนำมาพัฒนาในการจัดการกับความปวดซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยการประเมินความปวด จากการบอกเล่าของผู้ป่วย พยาบาลและผู้ป่วย ร่วมในการจัดการกับอาการปวดโดยหากวิธีในการควบคุมความปวด ดูแลเพื่อลดความรุนแรงของความปวด และพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้มีความสามารถในการควบคุมความปวด และการจัดการกับอาการปวดจะมีประสิทธิภาพได้จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ควรมีความเชื่อในบทบาทที่ถูกต้อง และตรงกันในการจัดการกับอาการปวด (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2547)

การจัดการกับอาการปวดในระยะหลังผ่าตัดช่องท้องซึ่งประกอบด้วย 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ การจัดการกับอาการปวดด้วยยา (Pharmacological pain management) และการจัดการกับอาการปวดโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacological pain management) (วรีณี เล็กประเสริฐ, 2544) เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาจากความปวดหลังผ่าตัดให้มากที่สุดและเกิดความพึงพอใจ การจัดการกับอาการปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นวิธีการบำบัดทางการพยาบาลจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาปวดด้วยยา และช่วยลดขนาดการใช้ยาบรรเทาปวดลงซึ่งจะช่วยให้อาการปวดลดลงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดที่ได้รับ เช่น การศึกษาของ รวิพรรณ มงคล (2529) ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่าความปวดและปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ จามรมาน (2532) ศึกษาผลการฝึกผ่อนคลายและการนวดในทางบวกต่อการลดความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องพบว่า ความปวดและปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับ ปรีดา บุญสุวรรณ (2547) ศึกษาผลของการสอนการจัดการกับอาการปวดก่อนการผ่าตัดต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช พบว่า การสอนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดควบคู่กับคู่มือการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดมีการลดลงของระดับความปวดน้อยกว่าการสอนโดยไม่ใช้คู่มือการจัดการความปวด ปรีดา บุญสุวรรณ (2547) ศึกษาผลของการสอนการจัดการกับอาการปวดก่อนการผ่าตัดต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช พบว่า การสอนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดควบคู่กับคู่มือการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดมีการลดลงของระดับความปวดมากกว่าการสอนโดยไม่ใช้คู่มือการจัดการความปวด

เช่นเดียวกับ เอเมอร์ ออคเลย์ โภคาธร (2543) ที่ศึกษาผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าระดับคะแนนความปวดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีธยา หวงสุวรรณกร (2545) ที่ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในการลดความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าลดลง เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Gedney และคณะ (2004) ศึกษาผลของการรับความรู้สึกและการแยกแยะต่อความรู้สึกปวดหลังจากการสูดดมน้ำมันหอมระเหย พบว่าความรุนแรงของความปวดและความทุกข์ทรมานลดลงหลังการสูดดมน้ำมันหอมกลิ่นลาเวนเดอร์ ส่วนนิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2535) ที่ศึกษาการรับรู้และวิธีบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่า วิธีที่ผู้ป่วยใช้ในการลดปวดมากในระดับ ร้อยละ 99 ใช้วิธีพลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย ร้อยละ 85 ใช้วิธีหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ และร้อยละ 78 ใช้วิธีลูบคลำเบา ๆ บริเวณผิวหนังใกล้กับแผลผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา พัทวี (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอกพบว่า วิธีการจัดการกับความปวดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือการหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ และสม่ำเสมอ ซึ่งการผ่าตัดช่องท้องมีความปวดใกล้เคียงกับการผ่าตัดทรวงอก

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001: 668) ซึ่งเน้นถึงปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสุขภาพ ที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์จากอาการ ซึ่งอาการจะมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรง การจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยและญาติ ในการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน โดยผู้ป่วยควร ได้รับการสอนเรื่องความสำคัญของอาการจนรู้จักความหมายของอาการ สาเหตุของอาการ และการจัดการกับอาการซึ่งต้องครอบคลุมทั้งสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจจะทำให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการตามเชื่อเดิมของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้นได้ ซึ่งสามารถนำมาพัฒนาในการจัดการกับความปวดซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยการประเมินความปวด จากการบอกเล่าของผู้ป่วย พยาบาลและผู้ป่วยร่วมในการจัดการกับอาการปวด โดยหากกลวิธีในการควบคุมความปวด ดูแลเพื่อลดความรุนแรงของความปวด และพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้มีความสามารถในการควบคุมความปวด และการจัดการกับอาการปวดจะมีประสิทธิภาพได้จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ควรมีความเชื่อในบทบาทที่ถูกต้องและตรงกันในการจัดการกับอาการปวด (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2547)

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการกับอาการปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยมีความปวดรุนแรงดังที่กล่าวมาข้างต้น และเลือกแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ, 2001: 668) ที่เน้นการจัดการกับอาการ

โดยตรง ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลแบบผสมผสาน คือการใช้สுவคนธบำบัดในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดวิธีสุดคมในการจัดการกับอาการปวดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความปวดเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดต่อความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมดังกล่าว น่าจะมีความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผลจากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลดีต่อผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบการลดลงของความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ความปวดเป็นสาเหตุสำคัญของความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2542) นอกจากความไม่สุขสบายทางร่างกายและจิตใจ การจัดการกับอาการปวด เป็นการบรรเทาปวดหรือลดความปวดให้อยู่ในระดับความสุขสบายที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับ (Dochterman, 2004) ถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด (Allocock, 1996)

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) กล่าวถึงแนวคิดที่มีความสัมพันธ์กันคือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ โดยประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองกับอาการที่เกิดขึ้นพยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของอาการ จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถให้ความหมายและความสัมพันธ์ของสาเหตุของความปวด จนเกิดเป็นความเข้าใจซึ่งการที่ผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งเหล่านี้จะทำให้สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลคือการทำความเข้าใจกับประสบการณ์การมีอาการ โดยการรับฟัง และสอบถามจากผู้ป่วยในมุมมองและการรับรู้ของตัวผู้ป่วยเอง 2) กลวิธีในการจัดการกับอาการ มีเป้าหมายเพื่อป้องกันในการเกิดผลลัพธ์ทางด้านลบหรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบให้เกิดช้าที่สุด โดยใช้กลวิธีใน

การดูแลตนเองและ โดยพยาบาลจะให้ความรู้ที่ถูกต้องให้การสนับสนุนด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังประกอบไปด้วย กลวิธีการใช้ยาในการจัดการกับอาการ และกลวิธีที่อาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพช่วยในการจัดการกับอาการที่รุนแรงที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง 3) ผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการ

สำหรับการใช้สுவคนธบำบัด ซึ่งเป็นการนำประโยชน์ของน้ำมันหอมระเหย (Essential oil) จากธรรมชาติ มาทำให้เกิดความสมดุลของร่างกายจิตใจ และอารมณ์ ในการดมกลิ่น โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะถูกดูดซึมเข้าสู่เนื้อเยื่อผ่านระบบรับรู้กลิ่นที่โพรงจมูก (Olfactory system) ไปกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึกที่อยู่ในโพรงจมูก ทำให้กระแสประสาทไปยังศูนย์รับกลิ่นในสมองแล้วผ่านไปยังส่วนของสมองที่เรียกว่า ระบบลิมบิก (Limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมการเรียนรู้ ความจำ และอารมณ์ จะทำให้สมองปล่อยสารเอนดอร์ฟิน (Endorphine) มีสมบัติคล้ายมอร์ฟินจะช่วยลดความปวด โดยปรับเปลี่ยนหรือยับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาทในการนำส่งสัญญาณประสาทความปวด เอนเคฟาลิน (Enkephaline) มีบทบาทเป็นสารสื่อประสาทและควบคุมประสาทที่เกี่ยวข้องกับความปวด จะช่วยส่งเสริมให้อารมณ์ดี ผ่อนคลาย ความตึงเครียด สัญญาณประสาทนำลงมีผลไปกระตุ้นสมองส่วนกลางและส่วนบนของเมดัลลาให้หลั่งเซโรโทนิน (Serotonin) และนอร์อะดรีนาลิน จะทำให้เกิดผลในการควบคุมความปวดแล้วยังช่วยทำให้สงบ เยือกเย็นผ่อนคลายและนอนหลับสบาย สารอะดรีนาลิน จะทำให้มีพลังมากขึ้น ลดการเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ (พิมพร ติลาพรพิสิฐ, 2547; จงกชพร พินิจอักษร, 2549)

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) มาใช้ในการจัดการกับความปวด ร่วมกับแนวคิดการดูแลด้วยสுவคนธบำบัดมาใช้ในการจัดการกับความปวด โดยเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีความปวดลดลง ลดความทุกข์ทรมานจากความปวด มีความสุขสบายขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ซึ่งการจัดการกับอาการปวดที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยยึดหลักว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุด

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดมีความปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้

สุวคนธบำบัด

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับสุวคนธบำบัดมีความปวดลดลงมากกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้อง โดยศึกษาในผู้ป่วย อายุ 20 – 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่าง เดือน มีนาคม – เมษายน 2550 กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนผ่าตัด 1 วัน และวัดผลทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัด

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัด

ตัวแปรตาม คือ ความปวด

คำจำกัดความในการวิจัย

ความปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบาย เกี่ยวข้องกับภาวะที่เนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการผ่าตัด เช่น จากแผลผ่าตัด การใส่ท่อระบายจากแผลผ่าตัด การคาสาขสวณปีสสวระภายหลังผ่าตัด ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งประเมินในด้านความรุนแรงของความปวด โดยให้ผู้ป่วยรายงานความรู้สึกปวดโดยใช้แบบประเมินระดับความปวดของ Jensen และคณะ (1986) เป็นมาตรวัดความปวดชนิดตัวเลขตั้งแต่ 0-10 (0-10 Numerical Rating Scale) แบบช่อง 11 ระดับคะแนน (11-Point Box Scale :BS-11) คะแนนมากขึ้นหมายความว่า มีความปวดมากขึ้น โดย 0 หมายถึง ไม่เจ็บปวดเลยและ 10 หมายถึง เจ็บปวดจนทนไม่ได้

โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัด หมายถึงกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลจัดให้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่

1. การประเมินประสิทธิภาพการรับรู้ความปวด ผู้วิจัยประเมินประสิทธิภาพการรับรู้ความปวดจากการพูดคุยและถามผู้ป่วยได้แก่ สาเหตุของความปวด เช่นการบาดเจ็บที่รุนแรง ประวัติการผ่าตัด ความรุนแรง ความบ่อย ระยะเวลาที่มีความปวด การตอบสนองหรือการแสดงออกของผู้ป่วยต่อความปวด การจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง การได้รับการจัดการกับอาการปวดของบุคลากรทีมสุขภาพ และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการปวด ประเมินการรับรู้

ของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน และความคาดหวังของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการปวดจากบุคลากรทีมสุขภาพ

2. การให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะปฏิบัติการจัดการกับอาการปวดแก่ผู้ป่วย 1 วันก่อนผ่าตัด โดยใช้แผนการสอน ภาพพลิก และคู่มือการสอน การประเมินความปวดและการรายงานความปวด การใช้ยาแก้ปวดและไม่ใช้ยาแก้ปวด และการปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการกับความปวด ผู้วิจัยให้กำลังใจและเน้นให้ผู้ป่วยจัดการกับความปวดด้วยตนเอง ด้วยการใช้ความรู้และจากการฝึกปฏิบัติ ร่วมกับการดูแล การช่วยเหลือของญาติและบุคลากรทีมสุขภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและตอบคำถามให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติในการจัดการกับอาการปวด และร่วมมือในการทดลอง

3. การจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัด ได้แก่ การร่วมมือของผู้ป่วยกับพยาบาลในการจัดการกับอาการปวด เช่นการประเมินและรายงานความปวดของตนเองเมื่อรู้สึกปวด การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกปวดโดยไม่ต้องรอให้มีความปวดรุนแรง การช่วยเหลือของพยาบาลในการจัดการกับอาการปวดโดยไม่ใช้ยา และผู้วิจัยใช้สวคนธบำบัดโดยให้ผู้ป่วยสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ เมื่อผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบและรู้สึกตัวดีหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง ในวันผ่าตัด 1 ครั้ง และหลังผ่าตัดวันแรก เวลา 8.00 น. เวลา 12.00 น. และ 16.00น. เพื่อส่งเสริมการบรรเทาความปวดจากการผ่าตัด โดยขณะให้ผู้ป่วยสูดดมผู้วิจัยถามความรู้สึกผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไรต่อการสูดดมกลิ่น ได้รับกลิ่นเพียงพอหรือไม่ รู้สึกว่าความปวดลดลงหรือไม่

4. การประเมินผลการจัดการกับอาการปวด จากการประเมินความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย การถามความรู้สึกผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไรต่อการสูดดมกลิ่น และการใช้แบบประเมินความปวด

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องโดยมีการตัดผ่านผนังหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับอวัยวะภายในช่องท้อง ผู้ป่วยที่เข้ารับผ่าตัดอวัยวะภายในช่องท้อง ได้แก่ผ่าตัดมดลูกออก ผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ออก ผ่าตัดรังไข่ออก ผ่าตัดท่อนำไข่ออก ที่แพทย์นัดผ่าตัด และได้รับการเตรียมพร้อมก่อนผ่าตัด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้เป็นประจำของหอผู้ป่วยและกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โดยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาเป็นผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วยเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดตามกิจวัตร ได้แก่การดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด

ยาปฏิชีวนะ และการดูแลแผล ผ่าตัด ตลอดจนประเมินสัญญาณชีพ และการตรวจเย็บภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนและการแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สมุนไพรบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง การทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินวิจัยดังนี้

1. ความปวด
2. การผ่าตัดช่องท้อง
3. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง
4. การจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง
5. แบบจำลองการจัดการกับอาการ
6. สมุนไพรบำบัด
7. โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สมุนไพรบำบัด
8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความปวด

1. ความหมายของความปวด

ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อน ซึ่งบุคคลไม่ปรารถนาและเป็นสิ่งที่บุคคลกลัวมากเป็นอันดับสองรองจากความตาย(Miller และ Perry, 1990) ความหมายของความปวดมีกว้างขวางได้แก่ ความรู้สึกของร่างกายเสมือนว่ามีการทำลายเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดประสบการณ์ทุกข์และความรู้สึกไม่สบาย หรืออารมณ์ด้านลบ

สมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติ (The International Association for the Study of Pain: IASP) ให้ความหมายความปวด คือ ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการทำลายเนื้อเยื่อหรือเมื่อเนื้อเยื่อมีโอกาสถูกทำลาย และเป็นความรู้สึกที่ถูกบรรยายโดยเปรียบเสมือนว่ามีการบาดเจ็บเช่นนั้นเกิดขึ้น

(Turk และ Okifuji, 2001 อ้างถึงใน นวลสกุล แก้วลาย, 2545)

McCaffery (1979) ให้ความหมายความปวด คือ ประสบการณ์ที่บุคคลซึ่งกำลังประสบความปวดได้บอกกล่าวถึง และความปวดนั้นยังคงอยู่เมื่อบุคคลบอกว่ามี

Boss, B.J.(1992) ให้ความหมายความปวดว่า เป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่สลับซับซ้อนในกาย จิต สังคม ยากที่จะให้ความหมายชัดเจนลงไป เป็นพฤติกรรมกรรมแสดงออกอย่างหนึ่งของร่างกายที่เกี่ยวกับสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ

Price(1999) ให้ความหมายความปวด คือ เป็นการรับรู้ด้านร่างกาย (somatic perception) ประกอบด้วย

ครุณี ชูณหะวัต(2540) กล่าวว่า ความปวด เป็นประสบการณ์ด้านความรู้สึกและอารมณ์ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการทำลาย หรือมีศักยภาพที่จะทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย หรือถูกบรรยายประหนึ่งว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อนั้นๆ คนส่วนใหญ่ไม่พึงปรารถนา ความปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและมีผลรบกวนต่อชีวิตประจำวันทั้งการทำกิจกรรม รบกวนการพักผ่อนนอนหลับ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและผู้ใกล้ชิด ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความไม่สุขสบาย จึงทำให้มนุษย์ต้องแสวงวิธีการรักษา

สรุปได้ว่า ความปวดเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับความรู้สึกและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะที่เนื้อเยื่อได้รับอันตราย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและบุคคลไม่ปรารถนา โดยบุคคลที่กำลังประสบความปวดเท่านั้นที่จะรู้ถึงความปวดของตนและจะคงอยู่เท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี จะแสดงออกด้วยการพูดและกิริยาท่าทาง

2 ชนิดของความปวด

ความปวดอาจแบ่งได้หลายชนิดอาจแบ่งตาม ระยะเวลาที่เกิด ตำแหน่งที่เกิด หรือและพยาธิสรีระวิทยา (Black และ Matassarin-Jacobs, 1997) ได้ดังนี้

2.1 แบ่งตามระยะเวลาในการเกิดความปวด แบ่งได้ 2 ชนิดคือ

2.1.1 ความปวดชนิดเฉียบพลัน (Acute pain) เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือเนื้อเยื่อถูกทำลาย ทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความปวดและเกิดการตอบสนองต่อความปวดทั้งระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทอัตโนมัติ ระยะเวลาของความปวดมีระยะเวลาจำกัด ขึ้นกับพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายนั้นได้รับการแก้ไข ซึ่งความปวดในระยะหลังผ่าตัดจัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน

2.1.2 ความปวดชนิดเรื้อรัง (Chronic pain) เป็นความปวดที่มีระยะเวลานานเกินระยะเวลาของพยาธิสภาพ โรค หรือระยะเวลาการหายของการบาดเจ็บ ความปวดจะค่อย ๆ เกิดขึ้นและเป็นไปอย่างช้า ๆ และไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอนว่าความปวดจะสิ้นสุดเมื่อไร โดยส่วนมากระยะเวลาของความปวดมักจะนานมากกว่า 6 เดือน (สิระ บุญะรัตเวช , 2540) เช่นการปวดศีรษะแบบไมเกรน ความปวดจากมะเร็ง แผลไฟไหม้ โรคข้อรูมาติก และ

โรคหลอดเลือดแดงอุดตันเรื้อรัง อาการร่วมที่พบคือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อารมณ์หงุดหงิด ความกระตือรือร้นและความคิดสร้างสรรค์น้อยลง

2.2 แบ่งตามตำแหน่งพยาธิสรีระวิทยา แบ่งได้ 2 ชนิดคือ

2.2.1 ความปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (Nociceptive pain) เป็นความปวดที่มีผลจากการที่ตัวรับความปวด (nociceptors) ถูกกระตุ้น อาจเกิดขึ้นบริเวณเนื้อเยื่อชั้นผิวหนังหรือเนื้อเยื่อชั้นลึก ได้แก่

2.2.2 ความปวดบริเวณผิวหนัง (Cutaneous pain or somatic pain) ความปวดมาจากการกระตุ้นที่อวัยวะพื้นผิว เช่น ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ลักษณะความปวดมักจะรู้สึกปวดเหมือนเข็มแทงหรือแบบแหลมคม บอกบริเวณได้ชัดเจนและมีระยะเวลาปวดสั้น บริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนังมีปลายประสาทรู้สึกปวดอยู่ทั่วไปจึงมีความไวต่อความปวดสูง ไวต่อการกระตุ้นจากแรงกด ความร้อน ความเย็น ไฟฟ้า และสารเคมี เช่น ความปวดจากการถูกมีดบาด เข็มแทง และไฟลวก (Coda และ Bonica, 2001)

2.2.3 ความปวดในเนื้อเยื่อส่วนลึก (Deep somatic pain) ความปวดอาจมาจากอวัยวะที่อยู่ลึกกว่าชั้นพื้นผิว เช่น กล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อ เยื่อหุ้มปอด และเยื่อหุ้มช่องท้อง มักรู้สึกปวดตื้อ ๆ (dull pain) หรือปวดเมื่อย บริเวณปวดกว้าง และระยะเวลาปวดนานกว่าความปวดบริเวณผิวหนัง (Coda และ Bonica, 2001; Kean และ, 2002)

2.2.4 ความปวดจากอวัยวะภายใน (Visceral pain) เป็นความปวดที่มีลักษณะที่อธิบายตำแหน่งที่ชัดเจนได้ เกิดภายในกะโหลกศีรษะ ทรวงอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกราน เช่น การอุดตันของลำไส้ และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ กระสับกระส่าย (Coda และ Bonica, 2001)

2.3 ความปวดที่มีผลจากการบาดเจ็บ หรือการทำงานที่ผิดปกติของระบบประสาท (Neuropathic pain) เป็นความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย หรือส่วนกลาง ทำให้มีลักษณะปวดแสบปวดร้อน ปวดเหมือนเข็มทิ่มตำ ปวดเมื่อสัมผัส (allodynia) ปวดมากขึ้นแม้ว่าความแรงของการกระตุ้นให้ปวดปกติ (hyperalgesia) เช่น peripheral neuropathy ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท (ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, 2547)

2. พยาธิสรีระวิทยาของความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

การผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือได้รับอันตราย และมีการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด เกิดกระแสประสาทส่งไปยังไขสันหลัง และส่งต่อไปยังสมองจนเกิดการรับรู้ความปวด ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความปวด

2.1 ปฏิกริยาเฉพาะที่ เนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายจะปล่อยสารพรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) ไปกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดให้ไวต่อการกระตุ้นโดยตรง หรือไวต่อสารเคมีที่เนื้อเยื่อหลั่งออกมา ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความปวดมากขึ้น (Cousins และ power, 1999)

2.2 ปฏิกริยาระดับไขสันหลัง จะเกิดปฏิกริยาสะท้อนกลับ (reflex) ทำให้กล้ามเนื้อคลายและหลอดเลือดหดตัว เป็นผลให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณนั้นลดลง เกิดภาวะขาดออกซิเจน และมีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน จะทำให้เกิดกรดแลคติก ซึ่งกรดแลคติกจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ ทำให้ระดับขีดกั้นของความปวดลดลง (พงษ์ภรณ์ เจริญเกษมทริน และสมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2539; Cousins และ power, 1999)

2.3 ปฏิกริยาระดับเหนือไขสันหลัง เมื่อสัญญาณความปวดถูกส่งขึ้นไปที่ศูนย์ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติในไฮโปทาลามัส จะไปเร่งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ให้หลั่งอิพิเนฟริน (epinephrine) เพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น หลอดโลหิตส่วนปลายหดตัว ปลายมือปลายเท้าเย็น มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน มีการหลั่งคาตาบอลิคฮอร์โมน (catabolic hormone) เช่น คอร์ติซอล (cortisol) แคททีโคลามีน (catecholamine) และลดการหลั่งอนาบอลิคฮอร์โมน (anabolic hormone) เช่นอินซูลิน (insulin) ซึ่งมีผลต่อกระบวนการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย และหากความปวดรุนแรง หรือระยะความปวดนานจะไปเร่งการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตลดลง หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว และผู้ป่วยอาจเกิดอาการช็อคได้ (สุพร พลายนันท์, 2528; Coda และ Bonica, 2001)

2.4. ระดับเปลือกสมอง เมื่อสัญญาณความปวดเข้าสู่สมองก็จะเกิดการรับรู้ความเจ็บปวดและเกิดปฏิกริยาทางจิตและจิตสรีระ

2.5 ปฏิกริยาทางจิต ความทุกข์ทรมานจากความปวดจะไปรื้อให้เกิดอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้าและความโกรธ (Cousins และ Power, 1999) อารมณ์ที่ถูกรื้อจะไปกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลางให้เปิดประตูระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลัง ทำให้ระดับความปวดรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะความปวดจากการผ่าตัดซึ่งเป็นการปวดแบบเฉียบพลันจะเกิดการรื้ออารมณ์ค่อนข้างสูง จะไปเพิ่มปฏิกริยาทางจิตทำให้ความปวดรุนแรงขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่อง (พูนศรี พัฒนพงษ์, 2538; Cousins และ Power, 1999) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด จำข้อมูลไม่ได้ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

2.6 ปฏิกริยาทางจิตสรีระ การรับรู้ความปวดและปฏิกริยาทางจิตที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นระบบแสดงผลให้แสดงความปวด ต่อสู้ หนี หรือ แก้ไขความปวด เช่นการพูด การร้อง

เสียงกรวยคราง การหยุดการเคลื่อนไหวหรือปกป้องบริเวณที่ปวด หน้านิ้วนิ้วขมวด กัดริมฝีปากและฟัน (สุพร พลายนันท์, 2528)

3. สาเหตุของความปวดแผลหลังการผ่าตัด (Postoperative pain)

ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดแผลรุนแรงมากในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีอาการเจ็บเกิดขึ้นเองตลอดเวลาที่บริเวณรอบ ๆ แผลผ่าตัด และจะค่อยลดลงและหายไปเองในระยะเวลาต่อมา ซึ่งสาเหตุของอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดได้แก่

1. เกิดกระบวนการรับรู้ของระบบประสาทขณะมีการกระตุ้นให้บาดเจ็บ

2. มีการหลั่งสารที่ก่อให้เกิดความปวดออกสู่บริเวณที่มีบาดเจ็บตลอดเวลา ลดขีดความทนของตัวรับความปวดทำให้ไวต่อการกระตุ้นที่ผิดปกติ มีการตัดขาดของ เส้นประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณผิวหนังทำให้มีการหลั่งสาร norepinephrine จากปลายประสาท ทำให้เพิ่มพลังความปวดมากขึ้น

4. กลไกพื้นฐานของความปวด (Pain pathophysiology)

ความปวดชนิดเฉียบพลัน ความปวดเป็นการทำงานของระบบประสาทเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและสัมพันธ์กันตลอดเวลา ความปวดชนิดเฉียบพลันความปวดเกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ซึ่งเป็นผลจากสิ่งเร้าที่มากกระทำ ร่างกายมีกลไกในการรับรู้ สื่อ นำ แปรผล และตอบสนองต่อสิ่งเร้าดังกล่าว โดยอาศัยการทำงานของระบบประสาทของการรับรู้ (afferent nerve system) ซึ่งประกอบด้วย

1. ตัวรับ (Receptor) มีลักษณะเป็นปลายประสาทอิสระ (free nerve ending) ที่มีความไวต่อการกระตุ้นชนิดต่าง ๆ ซึ่งต้องมีขนาดพอเหมาะและมีลักษณะจำเพาะ ตัวรับมีอยู่ทั่วไปในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และมีจำนวนมากที่บริเวณผิวหนัง กล้ามเนื้อ ฟังผืด และอวัยวะภายในเช่นปอดและช่องท้อง ตัวรับความปวดมีชื่อเรียกว่า nociceptor

2. เส้นประสาท เมื่อมีการรับความปวด (nociception) ร่างกายจะมีการนำพาสัญญาณไปโดยเส้นประสาทที่เรียก primary afferent fiber มี 2 ชนิดคือ A delta และ C fiber

3. Dorsal root ganglia เส้นประสาทที่นำสัญญาณความปวดจะมาสิ้นสุดที่เซลล์ประสาทบริเวณนี้ เพื่อทำการส่งสัญญาณต่อไป synapse กับ dorsal horn neurons

4. ไขสันหลังเป็นส่วนเกี่ยวข้องกับการนำพาสัญญาณความปวด คือ dorsal horn ประกอบด้วยเซลล์ประสาทและปลายประสาทเรียงตัวกันเป็นชั้น ๆ ทำหน้าที่ตอบสนองต่อการกระตุ้นสัญญาณที่สร้างออกไปจะสัมพันธ์กับความแรงของการกระตุ้นที่ได้รับ และตอบสนองต่อการกระตุ้นที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ

5. Thalamus ส่วนของปลายประสาทที่มากที่สุด จะมีการเรียงตัวจากส่วนปลายไปถึงศีรษะอย่างเป็นระเบียบ จากส่วนนอกเข้ามาส่วนในเป็นชั้น ๆ

6. Cerebral cortex ยังเป็นที่ถกเถียงเกี่ยวกับการทำงานของสมองส่วนนี้ด้านความรู้สึกเจ็บปวด (พงศักราดิ เจาตะเกษตริน, 2534) กลไกของความปวดเรื้อรัง ส่วนหนึ่งเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทที่ทำหน้าเกี่ยวกับการรับรู้มีความไวต่อการกระตุ้นมากกว่าปกติ เพราะมีสาร prostaglandin หลั่งออกมาเสริมฤทธิ์ bradykinin ที่ตัวรับความปวด

การเพิ่มหรือขยายความรุนแรงของสัญญาณประสาท โดยระบบประสาทส่วนกลาง เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาของสารสื่อประสาท และการประสานงานระหว่างเซลล์ประสาท การกระตุ้นของเส้นประสาทชนิด C และ A-delta ซ้ำ ๆ จึงจะทำให้เกิดการหลั่งสื่อประสาท เกิดการสะสมของประจุไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้นและกระตุ้นต่อเซลล์ประสาท

5. ทฤษฎีความปวด (Pain theories)

ทฤษฎีที่อธิบายกลไกของความปวดได้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ คือ ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory) ซึ่งอธิบายรายละเอียดดังนี้

5.1 ทฤษฎีควบคุมประตู ทฤษฎีควบคุมประตูของ Melzack และ Wall, 1965 (Watt-Watson, 1999) เป็นทฤษฎีที่ยอมรับในปัจจุบัน สามารถอธิบายกลไกของความปวดได้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ได้อธิบายความปวดโดยเน้นถึงการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยจะถูกปรับสัญญาณในไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปปรับความรู้ความปวดในระดับสมอง กระแสประสาทเกิดขึ้นในบริเวณต่าง ๆ ดังนี้

5.1.1 กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลัง (spinal gate mechanism) มีระบบควบคุมทางผ่านของกระแสประสาทในระดับไขสันหลัง บริเวณซับสแตนเนีย จีลาดีโนซา หรือ เซลล์ เอส จี (substantia gelatinosa: SG) โดยกระแสประสาทที่ได้รับการกระตุ้นจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะผ่านใยประสาทขนาดใหญ่ และใยประสาทขนาดเล็กแล้วไปประสานกับเซลล์ที่ทำหน้าที่ส่งต่อกระแสประสาทที่เรียกว่า เซลล์ ที (transmission cells: T) ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของเซลล์สมองให้รับรู้และเกิดความรู้สึกปวดขึ้น ก่อนผ่านไปเซลล์ ที ต้องผ่านเซลล์ เอส จี ซึ่งเป็นเซลล์ประสาทที่มีอยู่ตามแนวยาวของไขสันหลัง ทำหน้าที่เสมือนประตู เปิด-ปิด โดยส่งเสริมหรือยับยั้งการส่งประสาทไปยังเซลล์ ที การส่งเสริมหรือยับยั้งขึ้นอยู่กับ การเพิ่มกระแสประสาทในใยประสาทขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ถ้าใยประสาทขนาดใหญ่มีพลังกระแสประสาทมากกว่าจะไปกระตุ้นเซลล์ เอส จี เป็นผลให้มีการยับยั้งกระแสประสาทที่จะมากระตุ้นเซลล์ ที จึงไม่มีการ

นำกระแสประสาทความปวดขึ้นสู่สมองเรียกว่า”ประตูปิด” (close gate) ความรู้สึกเจ็บปวดจะไม่เกิดขึ้น แต่ถ้าใยประสาทขนาดเล็กมีพลังกระแสประสาทมากกว่าจะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ เอส จี เกิดการกระตุ้นสมองได้รับรู้ เป็นผลให้มีความปวด เรียกว่าประตูเปิด (open gate)

5.1.2 ระบบควบคุมส่วนกลาง (central control system) ถูกกระตุ้นโดยพลังประสาทนำเข้าจากใยประสาทใหญ่จากคอร์ซอล ฮอร์น (dorsal horn) สู่ทาลามัส จากนั้นจะถ่ายทอดไปสู่สมองส่วนคอร์ติคอล (cortical) และลิมบิก (limbic) โดยที่ใยประสาทใหญ่จะส่งพลังประสาทนำเข้าแยกไป 2 แขนง คือ นำประสาทนำเข้าระบบควบคุมประตูแขนงหนึ่ง และอีกแขนงหนึ่งไปยังระบบควบคุมส่วนกลางผ่านทางคอร์ซอล คอลัมน์ พาทเวย์ (dorsal column pathway) และระบบควบคุมส่วนกลางจะย้อนกลับมามีอิทธิพลต่อการปิดหรือเปิดประตูในระบบควบคุมประตูได้อีก

5.1.3 ระบบความโน้มเอียงส่วนกลาง (central biasing system) ส่วนนี้อยู่บริเวณเรติคูลาร์ฟอรัมชั้นของก้านสมอง ทำหน้าที่ยับยั้งประสาทนำเข้าจากส่วนต่างๆของร่างกายปรับสัดส่วนสัญญาณให้เหมาะสม การทำงานของระบบนี้ได้รับอิทธิพลจากข้อมูลที่ส่งมาจากระบบข้อมูลส่วนกลางในขณะที่พลังประสาทนำออกจากระบบควบคุมส่วนกลางไปทำการปรับสัญญาณการทำงานของระบบควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลัง

5.1.4 ระบบแสดงผล เป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อนของการตอบสนองของความปวดทางด้านพฤติกรรม จะแสดงออกหลังจากรับรู้ความปวดแล้ว ได้แก่การแสดงออกทางการเคลื่อนไหว การเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา การแสดงออกทางพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงความปวด ซึ่งการตอบสนองต่อความปวดต้องมีการผสมผสานระหว่างจิต สรีระ และสภาพแวดล้อม

5.2 ทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory) กล่าวถึง การควบคุมความปวดที่เกิดจากการหลั่งสารในร่างกายที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน (endogeneous opioid) ซึ่งออกฤทธิ์ที่ตัวรับโอปิเอท (opiate receptors) และมีฤทธิ์ไประงับการหลั่งของสารสื่อประสาทที่สำคัญ (pain neurotransmitter) ซึ่งสาร 3 ชนิดมีฤทธิ์ในการควบคุมความปวดแตกต่างกัน ได้แก่

5.2.1 เอนเคฟาลินส์ (enkephalins) ทำหน้าที่ควบคุมความปวด โดยมีบทบาทเป็นสารสื่อประสาท (neurotransmitter) พบทั่วไปในระบบประสาทส่วนกลาง ทำหน้าที่ดีที่สุดบริเวณคอร์ซอล ฮอร์น และไขสันหลังบริเวณ ซับสแตนเนีย จีลาดีโนซา ยับยั้งความปวดโดยปิดประตูที่ระดับไขสันหลัง และยับยั้งการส่งประสาทไปยังสมอง

5.2.2 เอนดอร์ฟินส์ (endorphins) มีบทบาทเป็นสารควบคุมประสาท

(neuromodulator) ละเป็นฮอร์โมนควบคุมความปวดมากกว่ามอร์ฟินประมาณ 10 เท่า พบได้ในสมองส่วน hypothalamus ต่อมาได้สมองและกระแสโลหิต และพบมากที่สุดที่ต่อมพิทูอิทารี จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความอดทนสูงจะมีระดับเอนเคอร์ฟินสูง

5.2.3 ไคนอร์ฟินส์ (dynorphins) พบมากในคอร์ซอล ฮอร์น ของไขสันหลัง มีประสิทธิภาพ ควบคุมความปวดมากกว่า เอนเคอร์ฟิน 50 เท่า

สำหรับกลไกการควบคุมความปวด ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การปรับสัญญาณนำเข้าไปใน ระดับไขสันหลังตามทฤษฎีการควบคุมประตูโดยการควบคุมประตูให้ปิดเปิดนั้น เป็นการยับยั้งการทำงานระหว่างเอนเคฟาลินส์และซัสแทนซ์พี คือ เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นโดยประสาทขนาดเล็กจะปล่อยซัสแทนซ์พีออกมาบริเวณคอร์ซอลฮอร์น ขณะเดียวกันใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทนำลงจากสมองจะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์เอสจีให้ปล่อยเอนเคฟาลินส์ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของซัสแทนซ์พีทำให้ไม่มีการกระตุ้นเซลล์ที่ส่งสัญญาณประสาทของความปวดไปสู่สมอง จึงไม่เกิดความรู้สึกเจ็บปวด

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวด

6.1 ปัจจัยทางด้านสรีระ ได้แก่ ชนิดของการผ่าตัด การผ่าตัดที่แตกต่างกันมีการทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทแตกต่างกัน ตำแหน่งของเนื้อเยื่อที่ต่างกันจะมีสรีรวิทยาต่างกัน มีการกระจายของประสาทรับความรู้สึกแตกต่างกัน มีความไว และความรุนแรงของความปวดแตกต่างกัน ด้านความรู้ความชำนาญและเทคนิคในการผ่าตัดของศัลยแพทย์ได้แก่ การผ่าตัดนั้นมโนจะลดความปวดได้ และการให้ยาระงับความรู้สึกที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายจะทำให้ลดความปวดหลังผ่าตัด

6.2 ปัจจัยด้านจิตใจ สภาพอารมณ์ ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธและความเศร้ามีผลต่อประสบการณ์ความปวด ทั้งด้านการรับรู้และแสดงออกต่อความปวด ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงในระยะผ่าตัด ทำให้เกิดความปวดเพิ่มขึ้น ประสบการณ์ความปวดในอดีต ผู้ที่ได้รับความปวดอย่างรุนแรงและได้รับการบรรเทาปวดไม่เพียงพอ จะกลัวความปวดนั้น เมื่อมีความปวดครั้งใหม่ ความอดทนต่อความปวดน้อยลงและรับรู้ความปวดมากขึ้น การรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน ทำให้ไม่คาดการณ์ล่วงหน้าอย่างผิด ๆ จะมีความอดทนต่อความปวดมากขึ้น

6.3 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

6.3.1 เพศ มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของการเจ็บปวด เพศหญิงจะมีระดับจิตใจของความปวดและความอดทนต่อความปวดต่ำกว่าเพศชาย เกือบทุกสังคมและวัฒนธรรมมักจะคาดหวังว่าเพศชายมีความอดทนต่อความปวดได้มากกว่าเพศหญิงและยอมรับการแสดงออกต่อความปวดของเพศหญิงมาก (Jacox, 1977)

6.3.2 อายุ การตอบสนองต่อความปวดในแต่ละวัยมีความแตกต่างกัน (Potter และPerry, 2001) แต่ผลของอายุต่อการรับรู้ความปวดยังหาข้อสรุปได้ไม่ชัดเจน

6.23 วัฒนธรรมและสังคม การแสดงออกและการรับรู้ของแต่ละวัฒนธรรม จะมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ ความคาดหวัง ทัศนคติ และการยอมรับต่อความปวดของแต่ละสังคมที่ต่างกัน การศึกษาในบุคคลที่มีระดับสติปัญญาดีและมีการศึกษาสูงจะมีความอดทนค่อนข้างสูง อาจเนื่องจากสามารถใช้ความรู้มาปรับพฤติกรรมของตน แต่ในบางครั้งระดับการศึกษาก็ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความอดทนต่อความปวดเสมอไป (Jacox, 1979)

6.3.4 สิ่งแวดล้อม มีผลต่อความปวด อาจช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวหรือมีความเครียดเพิ่มขึ้น ความสะอาด ความเงียบสงบ แสงและอุณหภูมิที่พอเหมาะ มนุษย์สัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล และภาวะแวดล้อมที่ให้ความรู้สึกปลอดภัยจะเอื้ออำนวยต่อการปรับตัวและส่งเสริมให้บุคคลมีความอดทนต่อความปวดได้มากขึ้น (McCaffery และ Beebe, 1994)

7. ผลจากความปวดหลังผ่าตัด

ผลของความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นปัญหาอันดับแรกๆที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 80 ที่มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ในช่วง 1 – 3 วันแรกหลังผ่าตัดความปวดจะมีความรุนแรงมาก (พงษ์ภรณ์ดี เจาทะเลษตริน และ สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2539; Ashburn และ Ready, 2001) ความปวดจะส่งผล ดังนี้

7.1 ด้านร่างกาย ความปวดจะทำให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายมีความผิดปกติ ดังนี้

7.1.1 ระบบทางเดินหายใจ ความปวดทำให้ไม่สามารถหายใจแรงๆ หรือไอได้เต็มที่ ทำให้เสมหะกักค้างอาจเกิดภาวะถุงลมปอดแฟบ และปอดบวมจากการนอนนาน (hypostatic pneumonia) (Cousins และ power, 1999)

7.1.2 ระบบไหลเวียนโลหิต ความปวดกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หัวใจต้องทำงานหนัก กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย อาจเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกได้ (Cousins และ power, 1999)

7.1.3 ระบบกล้ามเนื้อ จะเกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้น

7.1.4 ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาทซิมพาเทติก กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบบริเวณหลอดหัว มีผลหลั่งของน้ำย่อยเพิ่มขึ้น ถ้าใส่เค็ล่อนไวน้อยลง ภาวะอาหารและลำไส้ยึดขยายรวมทั้งหยุดการเคลื่อนไหว (Cousins และ power, 1999) ความปวดทำให้

ผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย (สุดกัญญา พัทวี, 2541) รวมทั้งความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยอยากอยู่นิ่งๆ และไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (จิราพร ศิริรัตน์, 2543) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ลำไส้ไม่ทำงาน และปวดท้องจากแก๊ส (วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง, 2546: 65; Oates, 1993: 297)

7.1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะ หูดของทางเดินปัสสาวะมีการหดตัว ร่วมกับความปวด ไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้การระบายปัสสาวะไม่สะดวก มีการคั่งค้างของปัสสาวะ มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย (Cousins และ power, 1999)

7.1.6 ระบบต่อไทรอยด์ จะมีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนของร่างกาย เพิ่มการหลั่งแอนติไดยูเรติกฮอร์โมน และ อัลโดสเตอโรน ทำให้เกิดการคั่งของเกลือโซเดียม ลดการหลั่งอินซูลิน ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (สุพร พลายนันท์, 2528; Coda และ Bonica, 2001)

7.2 ด้านจิตใจอารมณ์ และสังคม ความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรบกวนด้านอารมณ์ (สุดกัญญา พัทวี, 2541) ความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดทำให้เกิดเรื้อรังอารมณ์ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น กลัว ความกังวล ไม่มีสมาธิ จดจำข้อมูลไม่ได้ โกรธ หงุดหงิด นอนไม่หลับ แยกตัว ซึมเศร้าและหมดหวัง (สุพร พลายนันท์, 2528)



ภาพที่ 1 ผลของความกังวล ความปวด และ นอนไม่หลับ

(ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, 2547)

7.3 ด้านสังคมเศรษฐกิจ ผลของความปวดทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ (Sarpy, Galbraith และ Jones, 2000) ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น

8. การประเมินความปวด

การประเมินความปวด คือการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับความปวด เช่น ความรู้สึกทางกาย ความรุนแรง ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ผลของการรักษา ระดับความรุนแรงของความปวด (พงศภารดี เจาทะเกษตริน, 2545) การประเมินความปวดให้

ถูกต้องตรงกับการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก การวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วยได้เหมาะสม และบรรเทาความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นพยาบาลต้องสามารถประเมินความปวดของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างถูกต้อง แนวทางประเมินได้แก่

8.1 การประเมินจากการบอกกล่าวของผู้ป่วย (subjective measurement) ผู้ป่วยจะถูกถามและให้ประเมินความรู้สึกเจ็บปวดด้วยตัวเอง สิ่งที่ต้องซักถามได้แก่

8.1.1 ความรุนแรงของความปวด โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกตามเครื่องมือวัดความรุนแรงของความปวด เช่นมาตรวัดความปวดของจอห์นสัน (Johnson's two component scale)

8.1.2 ตำแหน่งและขอบเขตของความปวด โดยให้ผู้ผู้ป่วยชี้บอกตำแหน่งและขอบเขตที่ปวดโดยชี้ที่ตัวเอง หรือระบายลงในรูปภาพ

8.1.3 ลักษณะของความปวด โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกว่ามีความปวดอย่างไร เช่น ปวดตื้อ ๆ ปวดตื้อ ๆ เสียวแปลบ ๆ ปวดแสบปวดร้อน ปวดบิด และความรู้สึกอื่นที่เกิดร่วม เช่น คลื่นไส้ อาเจียน

8.1.4 เวลาที่เริ่มปวดและระยะเวลาที่ปวด

8.1.5 ประวัติความปวดในอดีต และวิธีบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยเคยใช้หรือได้รับ

8.2 การประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย (objective measurement) ประเมินโดยการสังเกต เช่น หน้าหน้าควมวด กัดฟัน

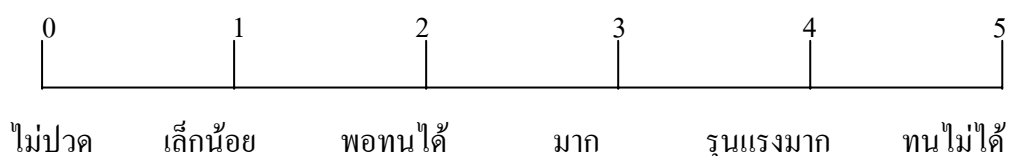
8.3 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiology measurement) สามารถสังเกตและวัดได้ในเชิงปริมาณ ทราบผลทันที เช่นความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว

8.4 การประเมินจากการใช้ยาบรรเทาปวดของผู้ป่วย การใช้ยาบรรเทาปวดจะเป็นสิ่งบ่งชี้ระดับความรุนแรง และระยะเวลาของความปวด

8.5 การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นการนอนหลับ การรับประทานอาหารและการทำกิจกรรมต่าง ๆ

9. เครื่องมือที่ใช้วัดความรุนแรงของความปวด (Classification Schema for Instruments to Measure Clinical Pain) (McGurie, D. B., 1983: 152-156; Jacox, A. X., 1979: 110-115 อ้างในสังจา ทาโต 2537: 24-27)

9.1 มาตรวัดความปวดแบบง่าย (simple descriptive scale)



แบ่งระดับความปวดออกเป็น 6 ระดับ ตามตัวเลขตั้งแต่ 0-5 แทนระดับความรุนแรงของความปวด โดยให้ 0 หมายถึงไม่มีความปวด 1 มีความปวดเล็กน้อยและความปวดจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงเลข 5 หมายถึงเจ็บปวดจนทนไม่ได้

มาตรวัดแบบนี้ใช้ง่าย แต่อาจมีปัญหาในกรณีผู้ตอบบางคนไม่เข้าใจความหมายของคำที่ใช้กำกับตัวเลข ซึ่งอาจแก้ปัญหามาโดยการลดตัวเลือกให้น้อยลง เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก เป็นต้น ทำให้ความเชื่อมั่น (reliability) เพิ่มขึ้น แต่ความหมายตรง (validity) จะลดลง

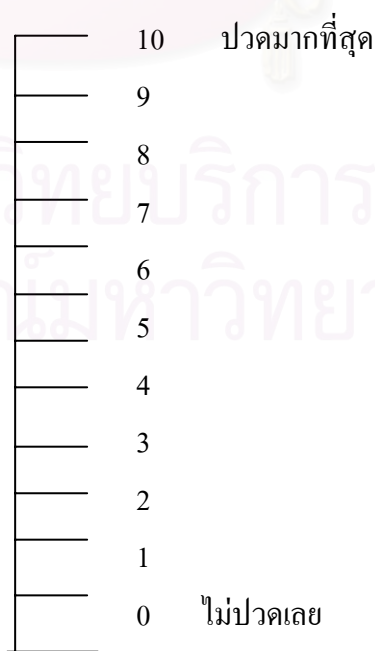
9.2 มาตรวัดความปวดของเมลแซค (Melzack's Scale)

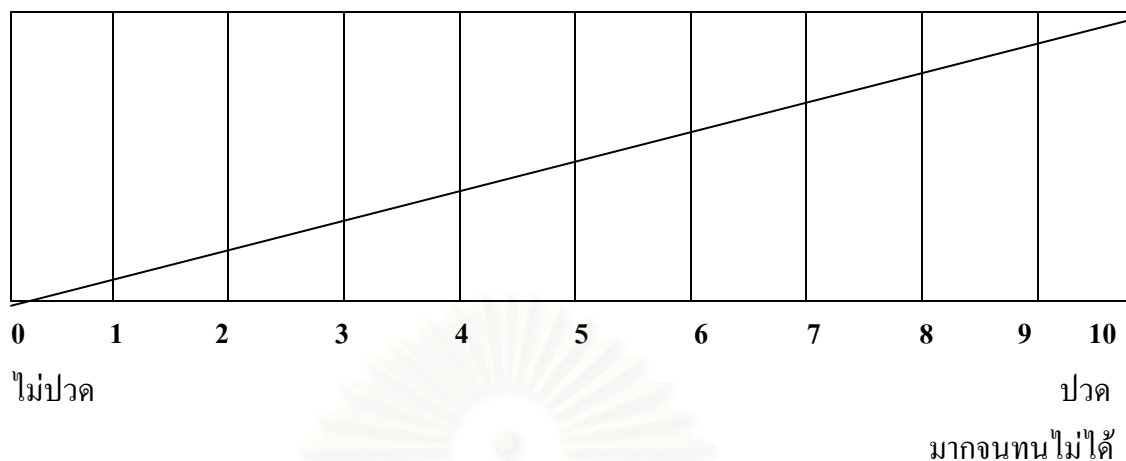


มาตรนี้สร้างโดย เมลแซคและทอร์เจอร์สัน (Melzack และ Torgerson cited in Jacox, 1977) การวัดส่วนใหญ่อยู่ในส่วนประกอบด้านอารมณ์ หรือลักษณะทางคุณภาพของความปวดมากกว่าความรุนแรงของความปวด (Jacox, 1977)

9.3 มาตรวัดความปวดด้วยการเปรียบเทียบสายตา (Vertical visual analogue scale)

(McCaffery และ Beebe, 1989)





9.7 มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลข 0-10 (0-10 Numerical Rating Scale) มาตรวัดนี้ ตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่เจ็บปวดเลย และ 10 หมายถึงเจ็บปวดจนทนไม่ได้ โดยมี ลักษณะเป็นช่องสี่เหลี่ยมจัตุรัสขนาด 1×1 เซนติเมตรเรียงต่อกันตามแนวนอน ภายในมีตัวเลข เรียงลำดับตั้งแต่ 0 ถึง 10 รวมทั้งหมด 11 ช่อง เรียกมาตรวัดความปวดแบบช่อง 11 ระดับคะแนน (11-Point Box Scale :BS-11) Jensen และคณะ (1986) โดยดัดแปลงมาจากมาตรวัดความปวดของ Downie และคณะ ผู้ป่วยจะเลือกตัวเลขแทนความปวดที่ได้รับโดยทำเครื่องหมาย “X” ลงบน ช่องตัวเลข

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เจ็บปวดเลย

เจ็บปวดปานกลาง

เจ็บปวดมาก
จนทนไม่ได้

การประเมินความปวดแบบมาตรวัดแบบช่อง 11 ช่อง จากการศึกษาของ Jensen และคณะ (1986:117-126) ได้ทำการศึกษาโดยประเมินความปวดโดยการเปรียบเทียบการประเมินจากมาตรวัด ความปวด 6 ชนิด ได้แก่ มาตรวัดความปวดชนิดเส้นตรง มาตรวัดความปวดด้วยวาจาที่มี 4 และ 5 ระดับคะแนน (The 4 – Point and The 5 – Point Verbal Rating Scale) มาตรวัดพฤติกรรมความ ปวด 6 ระดับคะแนน (The 6 – Behavioral Rating Scale) มาตรวัดความปวดชนิดค่าตัวเลข 0-100 (101 Numerical Rating Scale) พบว่ามาตรวัดความปวดแบบช่อง 11 ระดับคะแนน (11-Point Box Scale) มีความเที่ยงตรงในการวัดความปวด และสามารถนำมาประเมินความปวดได้ดี เมื่อมา เปรียบเทียบกับแบบวัดชนิดอื่น และพบว่ามาตรวัดความปวดด้วยวาจา (The 4-Point Simple Descriptive Scale) มาตรวัด ความปวดชนิดเส้นตรงและมาตรวัดความปวดแบบช่อง 11 ระดับ

คะแนนพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.912 และ 0.918 ตามลำดับ และมาตรวัดความปวดแบบช่อง 11 ระดับคะแนนสามารถใช้ในทางปฏิบัติได้ดีกว่า (Downie และคณะ 1987: อ้างใน อรวรรณ ศรียุกตศุทธ, 2536)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบมาตรวัดความปวดชนิดตัวเลข 0-10 (0-10 Numerical Rating Scale) มาตรวัดนี้มี 11 ระดับคะแนน ตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่เจ็บปวดเลย และ 10 หมายถึง เจ็บปวดจนทนไม่ได้ โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเลือกตัวเลขแทนความปวดที่ได้รับโดยทำเครื่องหมาย "X" ลงบนช่องตัวเลข จากการศึกษาของ Jensen และคณะ (1986:117-126) มาตรวัดนี้มีความเที่ยงตรงในการวัดความปวด และสามารถนำมาประเมินความปวดได้ดี เมื่อมาเปรียบเทียบกับแบบวัดชนิดอื่น ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเหมาะกับผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน โดยเฉพาะในระยะหลังผ่าตัด มีความสะดวกและใช้เวลาในการประเมินน้อย

การผ่าตัดช่องท้อง

1. ความหมายของการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal surgery, Laparotomy, Exploratory Laparotomy) เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยมีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้อง เพื่อการตรวจวินิจฉัย หาความผิดปกติของอวัยวะในช่องท้อง และรักษาพยาธิสภาพต่าง ๆ ที่เกิดกับอวัยวะภายในช่องท้องแล้วเย็บปิด (Fairchild, 1996; พรรณี ไพศาลทักษิณ, 2540)

2. ชนิดของการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้องแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด พรรณี ไพศาลทักษิณ(2540)

2.1 การผ่าตัดนอกเยื่อช่องท้อง (extraperitoneal operation) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง และกล้ามเนื้อหน้าท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่นอกเยื่อช่องท้อง เช่น ผ่าตัดเอามดลูกออก (hysterectomy)

2.2 การผ่าตัดในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้ (intraperitoneal and intrainestinal operation) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อ หน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่ในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้

2.3 การผ่าตัดในเยื่อช่องท้องที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ (intraperitoneal and extraintestinal operation) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่ในเยื่อช่องท้อง ที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ เช่น ผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก

3. การผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช

การผ่าตัดต้องมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม หลังจากวินิจฉัยโรค และประเมินร่วมกับการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยพิจารณาตามความรุนแรงของโรค และลักษณะความผิดปกติของอวัยวะส่วนที่เกิดโรค การรักษาเนื้องอกรังไข่ไม่ร้ายแรง ใช้การรักษาด้านการผ่าตัดเป็นหลัก ได้แก่ ลักษณะก้อนที่สงสัยเป็นมะเร็ง ถุงน้ำที่รังไข่(ovarian cyst) มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง มากกว่า 8 เซนติเมตร หรือก้อนเล็กกว่า แต่ขนาดคงที่หรือเพิ่มขึ้นภายหลังการติดตามเป็นเวลา 2 – 3 เดือน มีการหมุนชั่ว การแตก การติดเชื้อ เลือดออกในก้อนเนื้องอกหรือช่องท้อง หรือมีก้อนเนื้องอกในวัยหมดระดู (ธีระ วัชรปรีชานนท์; เรื่องศักดิ์ เลิศขจรสุข, 2547)

3.1 การผ่าตัดเนื้องอกตัวมดลูก

เนื้องอกมดลูกส่วนใหญ่มีกำเนิดจากกล้ามเนื้อของตัวมดลูก เรียกว่า leiomyoma uteri โดยทั่วไปเรียกว่า myoma uteri หรือ fibroids เป็นเนื้องอกในอุ้งเชิงกรานที่พบบ่อยที่สุดในสตรี มักพบในสตรีที่ไม่มีบุตรหรือระยะการมีบุตรห่างเทียบกับสตรีมีบุตร สาเหตุของการเกิดยังไม่แน่ชัด จากการศึกษาพบว่า เริ่มต้นจากการกลายของเซลล์เพียงเซลล์เดียวในกล้ามเนื้อมดลูกและมีฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นตัวกระตุ้น ลักษณะของเนื้องอกถูกเรียกตามตำแหน่งที่เกิด เช่น เรียกว่า Subserus เป็นก้อนที่เกิดได้ชั้น serosa ของตัวมดลูก ส่วน Intramural จะเกิดที่ชั้นกล้ามเนื้อมดลูก และ Submucous มักเกิดได้ชั้นเยื่อบุโพรงมดลูก เนื้องอกของตัวมดลูก เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยปวดท้องหรือเลือดออกทางช่องคลอดเป็นปริมาณมากได้ ลักษณะของก้อนจะแข็ง รูปร่างกลม ขอบเขตชัดเจน การเปลี่ยนแปลงของเนื้องอกมดลูกเนื่องจากการเสื่อม เพราะขาดเลือดไปเลี้ยงหรือการติดเชื้อได้ (พงษ์เกษม วรเศรษฐสิน และคณะ, 2547) มากกว่าร้อยละ 50 จะไม่มีอาการอาการที่พบได้แก่ มีเลือดออกผิดปกติ อาการปวดพบได้ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่มีเนื้องอกของกล้ามเนื้อมดลูก ส่วนใหญ่มักพบมีอาการปวดเฉียบพลัน มักเกิดจากการเสื่อม การบิดตัวของ subserous myoma ส่วนอาการปวดที่เรื้อรังมักพบไม่บ่อย อาการที่เกิดจากเนื้องอกหรือขนาดมดลูกที่มีขนาดใหญ่ขึ้นไปกดอวัยวะข้างเคียง เช่นกดกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อยหรือกดบริเวณทวารหนักทำให้ท้องผูก หรือทำให้การตั้งครรภ์เกิดขึ้นยากจากโพรงมดลูกมีรูปร่างผิดปกติ ก้อนเนื้องอกกดท่อรังไข่ทำให้อุดตัน ก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่อาจทำให้แท้งบุตร คลอดก่อนกำหนด ทารกผิดปกติ หรือคลอดยากได้ การรักษาด้วยการผ่าตัด เช่น เลือดประจำเดือนออกมาก มีอาการปวดท้องน้อย มีอาการของเนื้องอกไปกดอวัยวะข้างเคียง มีบุตรยาก หรือทำให้แท้งเป็นอาจิม (พงษ์เกษม วรเศรษฐสิน และคณะ, 2547)

3.2 การผ่าตัดเนื้องอกรังไข่

เนื้องอกรังไข่ นับเป็นโรคที่พบบ่อยโรคหนึ่ง มีทั้งชนิดไม่ร้ายแรงและมะเร็งรังไข่ ซึ่งมะเร็งรังไข่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งสตรีมากที่สุด เนื้องอกรังไข่เป็นอวัยวะในช่องท้อง ทำให้อินทรีย์ได้ช้า และไม่มีอาการใด ๆ ในระยะแรก ส่วนมากเนื้องอกไม่

ร้ายแรงเกิดในสตรีอายุน้อยกว่า 40 ปี ส่วนมะเร็งของรังไข่พบในสตรีอายุมากกว่า 40 ปี อาการของเนื้องอกรังไข่ชนิดไม่ร้ายแรง ก้อนเบียดอวัยวะข้างเคียงหรืออวัยวะข้างเคียง ทำให้ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก หรือถ่วงท้องน้อย ท้องโตขึ้น อาจเกิดจากก้อนเนื้องอก หรือน้ำในช่องท้อง อาจปวดท้องเฉียบพลันจากการบิดขี้ การแตก การตกเลือดภายในก่อนหรือในช่องท้อง หรือการติดเชื้อ อาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดอาจเกิดโดยไม่ทราบสาเหตุ และส่วนหนึ่งเกิดจากฮอร์โมนที่สร้างจากเนื้องอกรังไข่ อาการทั่วไปอื่นๆ เช่น ท้องอืด เบื่ออาหาร แน่นอึดอัด หรืออาจไม่มีอาการผิดปกติ อาจตรวจพบก้อนโดยบังเอิญจากการตรวจภายใน หรือตรวจคลื่นความถี่สูงของรังไข่ข้าง (คำรง ตรีสุโกศล, สุรางค์ ตรีรัตนชาติ, 2547) สำหรับมะเร็งรังไข่ การวินิจฉัยที่แน่นอนต้องอาศัยการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ซึ่งกว่าจะมีเหตุผลเพียงพอที่จะผ่าตัดมักพบว่าโรคได้กระจายออกไปทั่วช่องท้องแล้วการรักษาจึงได้ผลไม่ดีและผู้ป่วยจะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง การรักษา มะเร็งรังไข่ ประกอบด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา (คำรง ตรีสุโกศล, 2547) การรักษาเนื้องอกรังไข่ชนิดไม่ร้ายแรง ใช้การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นหลัก ได้แก่ ลักษณะก้อนที่สงสัยเป็นมะเร็ง ถุงน้ำที่รังไข่ (ovarian cyst) มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง มากกว่า 8 เซนติเมตร หรือก้อนเล็กกว่า แต่ขนาดคงที่หรือเพิ่มขึ้นภายหลังการติดตามเป็นเวลา 2 – 3 เดือน มีการหมุนขั้ว การแตก การติดเชื้อ เลือดออกในก้อนเนื้องอกหรือช่องท้อง หรือมีก้อนเนื้องอกในวัยหมดระดู การผ่าตัดอาจเฉพาะส่วนถุงน้ำออก (ovarian cystectomy) ตัดรังไข่และท่อนำไข่ออกเพียงข้างเดียว (unilateral salpingo – oophorectomy) หรือตัดมดลูก รังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้าง ในกรณีผู้ป่วยอายุเกิน 45 ปี หรือมีเนื้องอกรังไข่ทั้งสองข้าง (ชีระ วัชรปรีชานนท์; เรืองศักดิ์ เลิศจรสุข, 2547)

การพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นการให้บริการสุขภาพ โดยพยาบาลวิชาชีพแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด มีเป้าหมายให้หายจากโรค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็ว สามารถกลับไปทำหน้าที่ของครอบครัวและสังคมได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล มี 3 ระยะ คือ

1. การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด การผ่าตัดเป็นภาวะวิกฤติที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวลก่อนผ่าตัด สาเหตุจากความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวในสิ่งที่ต้องเผชิญระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ทำให้มีผลกระทบต่อ การตอบสนองทางสรีรวิทยา ทำให้ต้องการยกระดับความรู้สึกเพิ่มขึ้น มีผลต่อการฟื้นตัวจากยกระดับความรู้สึกในระยะหลังผ่าตัดล่าช้า การพยาบาลในระยะนี้ เป็นเวลาของการเตรียมตัวผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ต้องมีการประเมินผู้ป่วย การสอนก่อนผ่าตัด (วรณูช เกียรติพงษ์ถาวร, 2545) การสอนหรือให้ความรู้ก่อนผ่าตัด เป็นบทบาทอิสระที่สำคัญในการให้ข้อมูลผู้ป่วย เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การระดับ

ความรู้สึก การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด สิ่งผู้ป่วยต้องประสบในระยะผ่าตัด วิธีปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (กันยา ออประเสริฐ , 2545)

2. การพยาบาลในระยะผ่าตัด จุดประสงค์ของการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลระหว่างรอผ่าตัด พร้อมทั้งจะเข้ารับการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้รับความสุขสบาย ผ่อนคลาย และปลอดภัยจากการระงับความรู้สึก ป้องกันอันตรายจากการจัดทำและอุปกรณ์ที่ใช้ไม่เหมาะสม ป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น ภาวะติดเชื้อ การตกค้างของเครื่องมืออุปกรณ์ของใช้ในแผลผ่าตัด การดำเนินการผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเลือดทดแทนทันเหตุการณ์ มีสัญญาณชีพที่ปกติ

3. การพยาบาลในห้องพักฟื้น ทันทีกที่ผู้ป่วยมาถึงห้องพักฟื้นต้องให้การดูแลใกล้ชิด ดังนี้

3.1. ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วนและรวดเร็ว คือ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว แผลผ่าตัด ท่อระบายต่าง ๆ ฟังสรุปอาการจากวิสัญญีและพยาบาลที่มาส่งผู้ป่วย เพื่อทราบอาการและให้การพยาบาล อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันอันตราย และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

3.2. จัดทำนอนเพื่อให้หายใจสะดวก อาจใส่ท่อระบายอากาศเพื่อเปิดทางเดินหายใจ และกันไม่ให้โคนลิ้นตกลงปิดทางเดินหายใจ ป้องกันการสำลักอาเจียนเข้าสู่หลอดลม ให้ออกซิเจน และกระตุ้นการหายใจยาว ๆ ลึก ๆ ทุก 15 นาที เพื่อป้องกันและเพิ่มออกซิเจนในเลือด

3.3 ให้การพยาบาลที่จำเป็น ได้แก่การดูแลให้ได้รับสารน้ำเพียงพอ สายสวนปัสสาวะและท่อระบายไหลสะดวก ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินความปวดและให้ยาระงับปวดถูกต้อง และติดตามผลการให้ยาบรรเทาปวด ดูแลและบันทึกการสูญเสียเลือด และการย้ายออกจากห้องพักฟื้น เมื่ออาการทั่วไปดี สัญญาณชีพคงที่ 30 – 40 นาที (เรณู อาจสาธิต; พิกุลทิพย์ หงส์เหิร , 2545)

4. การพยาบาลผู้ป่วยหลังกลับจากห้องผ่าตัด เป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และสามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองการฟื้นฟูสภาพร่างกาย กิจกรรมการพยาบาลระยะนี้จะเป็นการแก้ปัญหาและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการกำหนดการวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล กิจกรรมพยาบาล และการประเมินผล การประเมินสภาพผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินการหายใจ การทำงานของหัวใจและหลอดเลือด การทำหน้าที่ของระบบประสาท สภาพแผลผ่าตัด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ท่อระบายจากแผลผ่าตัด การบรรเทาความปวดและความไม่สุขสบายของผู้ป่วย การรับรู้ความปวดของผู้ป่วย และให้การพยาบาลเพื่อลดความปวด ช่วยเหลือและให้คำแนะนำวิธีการบรรเทาปวด เช่นการใช้เทคนิคผ่อนคลาย การจัดทำนอน การใช้หมอนประคอง ไม่ให้กระเทือนแผลผ่าตัด

การเปลี่ยนท่านอน การไอ หรือหายใจลึก ๆ การให้ยาแก้ปวด การดูแลความสุขสบาย การติดตามผลการรักษา และการรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ (สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์, 2545)

การจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ ต้องใช้เวลาผ่าตัดนาน และเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวและการหายใจ (Ignatavicius, Workman และ Mishler, 1995) ทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดที่รุนแรงมากในเวลา 24- 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; พรรณงาม พรรณเชษฐ์, 2537) เนื่องจากการผ่าตัดทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ มีการหลั่งสารเคมีต่าง ๆ ออกมาทำให้ความทนทานต่อความรู้สึกปวด (pain threshold) ลดลง เนื้อเยื่อไวต่อสิ่งกระตุ้นมากขึ้น แม้สิ่งกระตุ้นปกติก็ทำให้เกิดความปวดได้ (ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, 2547) ความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องเกิดจาก 3 ตำแหน่งได้แก่

1. ความปวดจากรอยแผลผ่าตัด (incisional pain) ซึ่งเป็นชั้นของผิวหนังและเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue) ที่มีตัวรับความรู้สึกปวดอยู่เป็นจำนวนมาก ความปวดมีลักษณะแหลมคมสามารถบอกตำแหน่งได้ชัดเจน ถ้ามีการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องนานๆ จากการดึงรั้งของรอยเย็บ ความปวดจะเปลี่ยนเป็นลักษณะแสบร้อน

2. ความปวดจากเนื้อเยื่อส่วนลึก (somatic pain) เช่น กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อพังผืด เอ็นและหลอดเลือดที่ได้รับบาดเจ็บ มีลักษณะปวดแบบตื้อ ๆ

3. ความปวดจากอวัยวะภายในช่องท้อง (visceral pain of abdominal origin) เป็นความปวดตื้อ ๆ ที่บอกตำแหน่งได้ยาก และความปวดจะรุนแรงมากขึ้น หากมีสิ่งกระตุ้นอื่น เช่น การหดตัว การนิ่วและการขาดเลือดของระบบทางเดินอาหาร ตับ ม้าม และตับอ่อน การอักเสบติดเชื้อภายในเยื่อช่องท้อง (สุพร พลยานันท์, 2528)

การจัดการกับอาการปวด (Pain management) เป็นการบรรเทาปวด หรือลดความปวดให้อยู่ในระดับความสุขสบายที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ (Dochterman, 2004) และยึดถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด (Allocock, 1996) การจัดการกับอาการปวดโดยเฉพาะหลังผ่าตัดมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพราะการจัดการกับอาการปวดที่ไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ การจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัด เพื่อลดความถี่และความรุนแรงของความปวด ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือในการบรรเทาปวดจากทีมสุขภาพได้และผู้ป่วยมีความสุขสบายและมีความพึงพอใจในการบรรเทาปวดหลังผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลให้น้อยที่สุด (Jacox, 1992) การจัดการกับอาการปวดของพยาบาล มีทั้งบทบาทอิสระและบทบาทที่ต้องร่วมมือกับแพทย์เพื่อ

ปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งวิธีการจัดการกับอาการปวดในระยะหลังผ่าตัดสามารถแบ่งออกเป็น 2 วิธีใหญ่ๆ คือ การจัดการกับอาการปวดด้วยยา (Pharmacological pain management) และจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacological pain management) (วรีณี เล็กประเสริฐ, 2544) การจัดการกับอาการปวด มีดังนี้

1. การจัดการกับอาการปวดด้วยการใช้ยาบรรเทาปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก จะมีความปวดรุนแรงและจะค่อยๆ ลดลงตามลำดับในวันที่ 2 และ 3 ของการผ่าตัด จำเป็นต้องใช้ยาบรรเทาปวดจึงจะให้ผลต่อการบรรเทาปวดและตอบสนองต่อความต้องการบรรเทาปวดของผู้ป่วย (Ashburn และ Ready, 2001) ได้แก่ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioids or narcotic analgesics) ยาบรรเทาปวดกลุ่มที่ไม่ใช่ โอปิออยด์ (non opioids analgesics) และยาร่วมได้แก่ยาในกลุ่ม Benzodiazepine ซึ่งมีฤทธิ์ลดความวิตกกังวลและคลายเครียด (วรีณี เล็กประเสริฐ, 2544) การจัดการกับอาการปวดด้วยยาไม่ซับซ้อนเท่าที่อิสระของพยาบาล แต่พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาความปวดชนิดต่างๆที่แพทย์นำมาใช้ในการบำบัดความปวด รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยา เพื่อที่จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาความปวดตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอในการจัดการกับอาการปวดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับแผนการรักษาโดยใช้ยาบำบัดความปวดของแพทย์ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาถือเป็นผู้ประเมินผลการจัดการกับอาการปวดได้ดีที่สุด และจะต้องประเมินผลความปวดเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (Wilkie, 2000)

2. การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นวิธีการที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาปวดด้วยยา และช่วยลดขนาดการใช้ยาบรรเทาปวด และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ (วรีณี เล็กประเสริฐ, 2544) ซึ่งการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถจะกระทำได้ภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ ทศนา บุญทอง (2531) การนำวิธีการรักษาอื่นมาร่วมรักษาเพื่อเพิ่มการดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมการรักษาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยเน้นการมองมนุษย์แบบองค์รวม ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ วิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่ผสมผสานกันอย่างประณีตเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความปวดมีผลต่อคนทั้งคน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดต้องดูแลแบบองค์รวม (ครุณี ชุนหะวัตติ, 2544)

การพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา เพื่อประยุกต์ใช้ในการดูแลบรรเทาความปวด เฮร์และโมบิลี (Herr และ Mobily, 1999) และวิลกี (Wilkie, 2000) ได้จัดแบ่ง 2 วิธี ได้แก่

1. วิธีที่มีการกระทำต่อร่างกายโดยตรง (Physical interventions)

1.1 การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การจัดท่านอนให้ผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สบาย เช่นท่าศีรษะสูงเล็กน้อย (Semi – Fowler's position) และงอเข่าเล็กน้อย (Perry และ Porter, 2002) การจัดท่าที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยจะช่วยลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อ และขจัดแรงกดและความตึงของบริเวณที่เจ็บปวด เป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่จะไปเพิ่มความปวดหลังผ่าตัดให้มากขึ้น (Wilkie, 2000)

1.2 การนวด (Massage) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้กระตุ้นเซลล์ เอสจีในไขสันหลัง ทำให้มีการหยุดกั้นกระแสประสาทความปวด และการนวดเป็นการสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ทำให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมองให้หลั่งสารเอนเคอร์ฟิน และเอนเคฟาลิน เป็นสารยับยั้งสัญญาณความปวด มีการศึกษาว่าการนวดสามารถลดปวดได้ (จรรยาฤกษ์ ป้องเจริญ, 2544)

1.3 การสัมผัส (Touch) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่คล้ายกับการนวด ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ช่วยลดความปวดได้

1.4 การกระตุ้นประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนังหรือการใช้เครื่องเทนต์ (Transcutaneous electrical nerve stimulation: TENS) เพื่อลดความปวด โดยใช้เครื่องเทนต์ที่มีความถี่ของคลื่นไฟฟ้าสูงกระตุ้นผ่านผิวหนังกระตุ้นใยประสาทใหญ่ กระตุ้นเซลล์เอสจีในไขสันหลังให้ยับยั้งกระแสประสาทไม่ให้ไปประสานกับเซลล์ที่ จึงไม่มีกระแสประสาทความปวดผ่านไปถึงสมอง และใช้เครื่องเทนต์ ที่มีความถี่ของคลื่นไฟฟ้าต่ำจะทำให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมองให้หลั่งสารยับยั้งความปวด

1.5 การเฝาระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

1.6 การดูแลด้านจิตใจหลังผ่าตัด ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

2. วิธีที่อาศัยกระบวนการความคิดและการกระทำ (Cognitive-behavioral interventions)

เป็นวิธีการที่เน้นให้บุคคลสามารถเผชิญกับประสบการณ์ความปวด ช่วยให้ควบคุมตนเองได้มากขึ้น (Herr และ Mobily, 1999) มีหลายวิธีเช่น

2.1 การให้ความรู้ การให้ความรู้ หรือการสอนก่อนผ่าตัดเป็นการให้การพยาบาลที่จำเป็น และมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยซึ่งมีการบันทึกในการให้ความรู้ในการวิจัยทางการพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 การให้ความรู้เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเตรียมพร้อมด้านจิตใจสำหรับการผ่าตัดและหลังผ่าตัดในระยะพักฟื้น (Nursing Interventions Classification (NIC), 1996) การให้ความรู้ในระยะก่อนที่ผู้ป่วยได้รับความปวดและทุกข์ทรมาน เป็นการเพิ่มการรับรู้ของ

ระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดและความทุกข์ทรมาน (Gross, 1986; Wilkie, 2000) การให้ความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยในเรื่องการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก การรักษาความปวดหลังผ่าตัดตามผู้ป่วยต้องการ ร่วมกับการสอนวิธีไอ การหายใจลึกๆ การขยับตัว การเดิน เพื่อลดอาการไม่สบายตัวหลังผ่าตัด สามารถลดความต้องการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดลง (พงศภารดี เจาตะเกษตริน และคณะ, 2547) การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการรักษา การดูแลผู้ป่วยที่จะได้รับ ทำให้ผู้ป่วยทราบรายละเอียดของการรักษา หรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย เครื่องมือต่าง ๆ การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด วัตถุประสงค์ของการผ่าตัด รายละเอียดของการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเผชิญและเตรียมเผชิญเหตุการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมจะเกิดการเรียนรู้และคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลทั้งก่อนและหลังผ่าตัด (Leventhal และ Johnson, 1983) ข้อมูลความรู้สึกที่ผู้ป่วยประสบจากการผ่าตัดและความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด เช่นความรู้สึกความปวดแผลผ่าตัด ในการให้ความรู้หรือข้อมูลความรู้สึกจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจได้ ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นสอดคล้องกับที่ได้คิดมาก่อน ผู้ป่วยจะแปลความหมายของข้อมูลตามแบบแผนความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้องชัดเจน (Hill, 1982) จากการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ทำให้ความปวดและความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดไม่รุนแรง ลดความต้องการยาแก้ปวด และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ฉวีมากพุ่ม, 2530) การให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจเพื่อการปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับ สิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการปวด การประเมินและการจัดการกับอาการปวดของตนเอง การรายงานให้พยาบาลทราบร่วมกับพยาบาลและแพทย์ ผลของความปวดที่ได้รับการแก้ไขไม่เพียงพอ วิธีจัดการกับความปวดทั้งการให้ยาและไม่ให้ยา (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2547) ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและการเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยถึงประสบการณ์ความปวดที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้ประเมินความต้องการความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่ต้องรับการผ่าตัด ความต้องการบรรเทาปวด การจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย โดยการแสดงความเป็นกันเอง แสดงความเห็นใจและเข้าใจ และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีความเชื่อมั่นในการช่วยเหลือหรือบรรเทาความปวดจากพยาบาล (Caunt, 1992) จะช่วยให้การสอนหรือให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.2 การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) หมายถึง การเบี่ยงเบนความสนใจจากความรู้สึกหรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ไปสู่ความสนใจอื่นที่น่าสนใจกว่า เมื่อมีการกระตุ้น

ตัวรับความปวดส่วน cerebral cortex จะเกิดการรับรู้และตอบสนองความปวด แต่ถ้าสัญญาณประสาทจากการเบี่ยงเบนความสนใจมีความเข้มข้นมากกว่าสัญญาณประสาทความปวด cerebral cortex จะเลือกรับและตอบสนองต่อการเบี่ยงเบนความสนใจและส่งสัญญาณมายัง reticular formation ทำให้มีการส่งสัญญาณประสาทจากการเบี่ยงเบนความสนใจ เข้าสู่ระบบควบคุมส่วนกลางมากขึ้น ส่งผลให้มีการลดการส่งสัญญาณประสาทความปวดเข้าสู่ระบบควบคุมส่วนกลางที่ reticular formation และระบบควบคุมส่วนกลางส่งสัญญาณประสาทมาที่ระบบควบคุมประตู่ที่ไขสันหลัง โดยกระตุ้นการทำงานของเอสจีเซลล์ให้มีการปิดกั้นสัญญาณความรู้สึกรวด (Meinhart และ McCaffery, 1983) เป็นวิธีที่สามารถบรรเทาความปวด และเชื่อว่าการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการกระตุ้นต่อมได้สมองให้หลั่งสารคล้ายมอร์ฟินมาควบคุมความปวดในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ลดความรุนแรงของความปวด เป็นการที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความสนใจมาสู่สิ่งกระตุ้นที่จัดกระทำให้มากกว่าการรับรู้ความปวดที่กำลังเกิดขึ้น ได้แก่ การร้องเพลง การฟังดนตรี การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังดนตรี การเล่นเกมส์ หรือทำกิจกรรมที่ผู้ปวดสนใจ (McCaffery, 1979)

2.3 การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation technique) การผ่อนคลายเป็นภาวะที่ร่างกายจิตใจ และอารมณ์ปราศจากความตึงเครียด (Day, 2000 อ้างใน ทิพย์ถาวร, 2546) ซึ่งเป็นการลดการเร้าทางอารมณ์ของระบบควบคุมประสาทส่วนกลางในสมอง ทำให้เกิดการปิดกั้นกลไกการควบคุมประตู่ในระดับไขสันหลังทำให้ประตู่ปิด ร่วมกับมีการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อจึงเป็นการตัดวงจรร้ายของความปวด (Potter และ Perry, 2001) การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย มีหลายวิธี ได้แก่ การฝึกการหายใจ (breathing exercise) การใช้จินตภาพ (guided imagery) อาจใช้หลายเทคนิคร่วมกัน เช่น การทำสมาธิ (meditation) สามารถทำให้เกิดภาวะใหม่ของร่างกายคล้ายกับการพักผ่อน ร่างกายสามารถคลายเครียด ทำให้ลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการลดการเร้าทางอารมณ์ จะช่วยให้เพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด (Wallace, 1978 อ้างใน นที เอื้อกุลกิจกร, 2530) ได้แก่ การฝึกการหายใจแบบลึก (deep breathing) คือการหายใจอย่างปกติ เป็นจังหวะตามธรรมชาติ โดยการหายใจเข้าอย่างช้า ๆ ลึก ๆ และสม่ำเสมอ ทางจมูก และผ่อนลมหายใจออกทางปากอย่างช้า ๆ เป็นการหายใจที่ใช้กระบังลมและช่องท้อง โดยสูดลมหายใจลงไปยังส่วนล่างสุดของปอด ทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกเวลาหายใจเข้า และยุบลงเวลาหายใจออก (เนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธุ์กุล, 2537) สามารถปฏิบัติทุกเมื่อที่ต้องการ ฝึกการหายใจผ่อนคลายในขณะที่ความปวดไม่รุนแรงและนำมาใช้ก่อนที่จะเผชิญเหตุการณ์ความปวด ปฏิบัติแต่ละครั้งใช้เวลา 5-20 นาที

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และ คณะ (2001)

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson และคณะ (1994) โดย Dodd มีแนวคิดว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุเช่นแนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นต้องจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆกัน ตามแบบจำลองการจัดการ อาการเป็นประสบการณ์การรับรู้และตระหนักของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางชีวิตสังคม (Harver และ Mahler, 1990 อ้างถึงใน Dodd และคณะ 2001:669) แนวคิดนี้เป็นการประเมินสภาวะของโรคและพิสูจน์ความมีประสิทธิภาพของกลวิธีในการจัดการกับอาการ ซึ่งทั้งอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางการรักษา โดยผู้ป่วยควรจะได้สอนถึงความสำคัญของอาการ และทำให้ค่อยๆเข้าใจในอาการของตนเอง จนกระทั่งสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ

แบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ (Dodd และคณะ, 2001:669)

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งผิดปกติที่ตนเองเคยรู้สึกหรือปฏิบัติ ประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย

1.1 การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptoms) หมายถึงการที่บุคคลซึ่งรู้ตัวดี แปลความผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ

1.2. การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึงการตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งของอาการ ความบ่อย หรือผลกระทบ หรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตจากอาการ

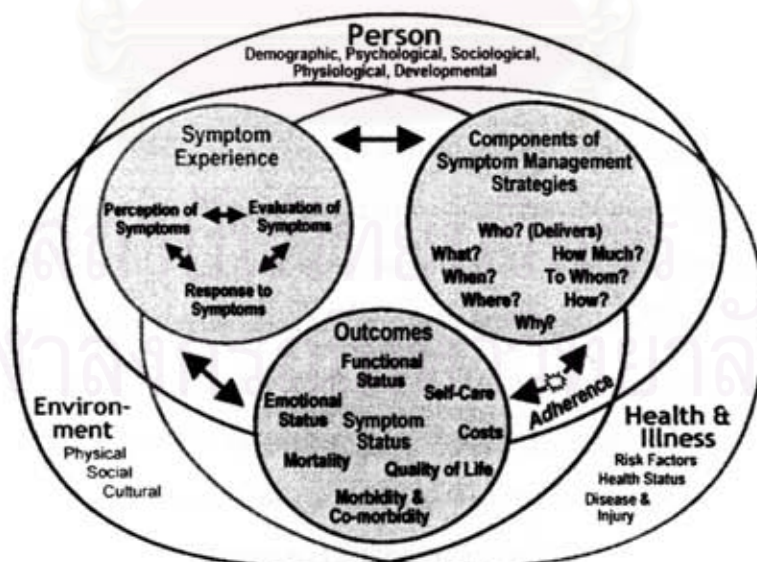
1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) การตอบสนองของบุคคลต่ออาการเป็นการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจ วัฒนธรรม สังคม และพฤติกรรม โดยอาการที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการอาจมีการตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ และมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการ และการตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาว

2. กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) มีเป้าหมายเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยใช้กลวิธีดูแลตนเอง การเข้ารับการบรรเทาอาการและการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยการจัดการจะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย เพื่อสามารถนำไปสู่กลวิธีจัดการ โดยมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลง

ตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงไปตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย มีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ทำไมต้องใช้ ใช้มากน้อยเท่าไร ใช้กับใคร และใช้อย่างไร

3. ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์จะมุ่งไปที่ 8 ปัจจัย คือ ค่าใช้จ่าย (costs) สถานะอารมณ์ (emotional status) การดูแลตนเอง (self-care) สถานะการทำงาน (functional status) คุณภาพชีวิต อัตราการเกิดโรคและเกิดโรคร่วม (morbidity และ co-morbidity) อัตราการตาย และสถานะอาการ โดยลักษณะของอาการเป็นศูนย์กลางในการส่งผ่านไปยังผลลัพธ์ตัวอื่น และผลลัพธ์ทั้งหมดอาจจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน ส่วนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจะถูกกระทบเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีอาการนั้นเป็นเวลานาน

แบบจำลองการจัดการกับอาการมีข้อตกลงพื้นฐาน 5 ข้อ คือ 1) การรับรู้การมีอาการเป็นของแต่ละบุคคลและเป็นการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง 2) บุคคลอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเนื่องจากผลของตัวแปร และกลวิธีการจัดการกับอาการ อาจเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการ 3) ผู้ที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และอธิบายการมีประสบการณ์โดยมีการแปลความหมายผ่านทางครอบครัว หรือผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกับกรรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด 4) กลวิธีในการจัดการกับอาการอาจมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่มครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน 5) การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเอง โดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือสิ่งแวดล้อม



ภาพที่ 2 แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model; Dodd และคณะ, 2001: 668-676)

การนำแบบจำลองมาใช้ในการจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. การประเมินประสบการณ์การมีความปวด เป็นการประเมินการรับรู้ต่อความปวดของผู้ป่วย ความหมายของความปวด ผู้ป่วยจะรู้ว่ามีความปวดเกิดขึ้นหลังผ่าตัดซึ่งเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนผ่าตัด ซึ่งการประเมินความปวดเป็นการตัดสินใจและรายงานจากผู้ป่วย เกี่ยวกับความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งที่ปวด ความบ่อย หรือผลกระทบ หรือความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นรวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตจากความปวด การตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วยเป็นผลจากมีความปวดต่อทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงวัฒนธรรมสังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมา โดยความปวดที่เกิดขึ้นในอาจมีการตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ อาจมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีความปวด หรือการตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาวจากความปวดที่เกิดขึ้น เช่น ถ้าความปวดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นขณะนั้นได้รับการแก้ไขไม่เพียงพอจะเปลี่ยนเป็นการตอบสนองต่อความปวดเป็นความปวดเรื้อรังได้ ขั้นตอนนี้เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย 1 วันก่อนผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ความปวดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย ผลจากความปวด การจัดการกับอาการปวดของผู้ป่วย การได้รับการจัดการกับอาการปวดจากบุคลากรทีมสุขภาพ และความต้องการการบรรเทาความปวดของผู้ป่วย

2. กลวิธีในการจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัด มีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านลบ ได้แก่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลของความปวด เป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบให้เกิดช้าหรือน้อยที่สุด โดยใช้กลวิธีการดูแลตนเองในการจัดการกับอาการปวด มีส่วนร่วมในแผนการใช้ยาบรรเทาความปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด และการช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ญาติผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินประสบการณ์การมีอาการปวดจากการรับรู้ของผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินความปวดจากบุคลากรทีมสุขภาพ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถใช้วิธีการจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องเหมาะสม โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความปวดและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และช่วยให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเร็วขึ้น ซึ่งกลวิธีจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงไปตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย โดยการนำกลวิธีจัดการกับอาการปวดกับผู้ป่วยที่จะได้รับ เริ่มตั้งแต่พยาบาลพบผู้ป่วยตอนเย็น 1 วันก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ประเมินประสบการณ์การมีความปวดจากการรับรู้ผู้ป่วย การแสดงออกต่อความปวด ความต้องการการบรรเทาปวด การให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการความคิดและการรับรู้ความปวดหลังผ่าตัดที่จะเกิดขึ้นจากการบาดเจ็บเนื้อเยื่อของร่างกายจากการผ่าตัด การจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัด ด้วยการสอนประกอบกับคู่มือ และสาธิตการฝึกทักษะการผ่อนคลายโดยใช้วิธีการหายใจแบบลึก (deep breathing) ซึ่งจะใช้กลวิธีนี้เมื่อมีความปวด หรือต้องการการผ่อนคลาย ร่วมกับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในการ

ป้องกันและบรรเทาความปวด ได้แก่การประเมินความปวดในช่วงเวลาต่าง ๆ การให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา การสูดดมกลิ่นหอมจากกลิ่นน้ำมันหอมระเหยจะช่วยเสริมการผ่อนคลายได้มากขึ้น เป็นการตัดวงจรของความปวด ทำให้ลดความปวด ซึ่งเหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย และการหายใจเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ขณะให้การพยาบาล พูดยุถึงผลดีและปัญหาของการปฏิบัติ ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมร่วมกับการวางแผนแก้ปัญหาพร้อมกับผู้ป่วยในสิ่งที่ปัญหาหรืออุปสรรค และให้ความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติมในสิ่งที่ยังเข้าใจหรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง

3. การประเมินผล เป็นการประเมินผลสิ่งที่เกิดจากประสบการณ์การมีความปวดและผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการปวด โดยจะมุ่งไปที่การบรรเทาความปวด ลดความทุกข์ทรมาน ทำให้มีสภาวะอารมณ์ที่ดีขึ้น ลดเวลานอนโรงพยาบาลซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาหรือลดความปวด ทำให้การกลับมาทำหน้าที่ของร่างกายอย่างปกติได้ ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยพึงพอใจ ลดอัตราการเกิดโรคและหรือภาวะแทรกซ้อนได้แก่อัตราการตาย และสภาวะของอาการต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ส่วนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจะถูกกระทบเมื่อผู้ป่วยมีความปวดรุนแรง หรือมีอาการนั้นเป็นเวลานาน ในชั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย และประเมินผลกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับว่า ได้ผลดีหรือไม่ เพียงใด

สุวคนธบำบัด

สุวคนธบำบัด ถือเป็นการบำบัดแบบผสมผสาน (Complementary therapy) หมายถึงการผสมผสานกันระหว่างการรักษาแบบดั้งเดิมหรือการแพทย์ทางเลือก กับการรักษาด้วยการแพทย์ปัจจุบัน เพื่อจัดการกับอาการ และเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต (Heitkemper, 2005) ซึ่งจัดอยู่ในประเภท Mind and body-based method (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2548) พบว่าได้นำเข้ามาสอนร่วมกับวิชาการพยาบาล และมีการนำไปใช้จริงอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในประเทศไทย ในด้านการวิจัยทางการพยาบาล ได้นำการนวดผสมผสานกับสุวคนธบำบัดมาใช้บำบัดอาการทางคลินิก เพื่อการบรรเทาความปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเครียด และเพิ่มความสุขสบายให้กับผู้ป่วย เช่น การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ จะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความเหนื่อยล้า หลับสบาย ลดความเครียดและความวิตกกังวล เป็นต้น (สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547; Buckle, 2001) การลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนภายหลังการผ่าตัดโดยการดมกลิ่น Peppermint เป็นต้น (Anderson and Gross, 2004)

ความหมายของสுவคนธบำบัด เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก คำว่า aroma แปลว่ากลิ่นหอมและ therapy แปลว่าการบำบัดรักษา สுவคนธบำบัด หมายถึง การบำบัดรักษาอาการต่างๆด้วยกลิ่นหอมซึ่งเป็นศาสตร์และศิลป์ในการนำน้ำมันหอมระเหย (essential oil) จากธรรมชาติมาใช้ในการบำบัด รักษา และบรรเทาอาการต่างๆ โดยช่วยทำให้ร่างกายและอารมณ์เกิดความสมดุลกันจึงสามารถบำบัดหรือบรรเทาอาการต่าง ๆ ได้ โดยน้ำมันหอมระเหยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ได้มาจากธรรมชาติ คือเป็นน้ำมันที่พืชพันธุ์ต่างๆ ในธรรมชาติสร้างและเก็บสะสมไว้ตามส่วนต่างๆ ของกลีบ ดอก ใบ ผล เมล็ด เปลือกผล เกสร ราก หรือเปลือกของลำต้น หรือเป็นสารที่มาจากสัตว์บางชนิด เช่นกลิ่นอำพันทองจากการสํารอกของปลาวาฬ กลิ่นชะมด กลิ่นบีเวอร์ และกลิ่นจากกวาง เป็นต้น (จิตรานนท์ เพ็ชรสวัสดิ์ และคณะ, 2544: 37; วนิตา จิตมั่นคง และ ทวีศักดิ์ สุวคนธ์, 2540; สุวิชญ์ ปรัชญาปารมิตา, 2541) ทำให้เกิดความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งวิธีการสามารถทำได้ทั้งจากการนำน้ำมันหอมระเหย มาผสมกับน้ำมันนวดตัว การนวดทำให้น้ำมันหอมระเหยซึมเข้าสู่ผิวหนังแทรกไปยังกล้ามเนื้อและซึมผ่านกระบวนการไหลเวียนของเลือดหรือการสูดดมเป็นการใช้กลิ่นหอมอย่างเดียวนิไม่มีสัมผัสผิวหนัง โมเลกุลเล็ก ๆ ของน้ำมันหอมระเหยสามารถสูดดม (inhale) เข้าทางช่องจมูกผ่านระบบรับรู้กลิ่นที่โพรงจมูก (olfactory system) และแปลงเป็นสัญญาณไฟฟ้าเคมีไปกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึกที่อยู่ในโพรงจมูก ทำให้กระแสประสาทไปยังศูนย์รับกลิ่นในสมองแล้วผ่านไปยังส่วนของสมองที่เรียกว่า ลิมบิกซิสเต็ม (limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมการเรียนรู้ ความจำ และอารมณ์ ซึ่งกระทบอารมณ์และความรู้สึก จะทำให้สมองปล่อยสารแห่งความสุขหรือเอนดอร์ฟิน (Endorphine) จะช่วยลดความปวด เอนเคฟาลิน (Enkephaline) จะช่วยส่งเสริมให้อารมณ์ดี ฟอนคลายความตึงเครียด เซโรโทนิน (Serotonin) จะช่วยทำให้สงบ เยือกเย็นและผ่อนคลาย นอนหลับสบาย และสารอะครินาลิน จะทำให้มีพลังมากขึ้นและลดการเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ หลังจากนั้นน้ำมันหอมระเหยจะถูกขับออกจากร่างกายพร้อมกับลมหายใจ ผิวหนัง หรือทางไต (จงกษพร พินิจอักษร, 2546) การใช้สுவคนธบำบัดจัดเป็นศิลปะในการรักษาผลที่ต้องการรักษาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพราะน้ำมันหอมระเหยอาจมีผลต่ออารมณ์และความรู้สึกที่ต่างกันในแต่ละบุคคล แม้จะมีผลทางร่างกายหรือสมบัติที่เหมือนกันก็ตาม การใช้สுவคนธบำบัดจัดเป็นศิลปะในการรักษาโรค (healing arts) ที่นิยมใช้มากที่สุดคือการสูดดมอย่างเดียวนิวิธีนี้มักมีผลต่ออารมณ์และจิตใจ รวมทั้งผลทางกายภาพต่อร่างกาย เช่น ลดความดันโลหิต ปรับฮอร์โมนหรือลดไข้ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547)

ประวัติและความเป็นมาของสுவคนธบำบัด

สுவคนธบำบัด มีประวัติการใช้มานานแต่โบราณกว่าหกพันปีมาแล้ว มนุษย์รู้จักใช้พืชที่มีกลิ่นหอมมาสกัดเอาน้ำมันหอมระเหยสำหรับใช้ในการเสริมความงาม บำบัดรักษาโรคตลอดจนนำไปใช้ในศาสนาพิธี เชื่อกันว่าสுவคนธบำบัดเริ่มต้นที่ประเทศอียิปต์ มีการบันทึกวิธีสกัดน้ำหอมจากพืชบนแผ่นศิลา ประมาณ 2500 ปีก่อนคริสตกาล และ พบจากหลักฐานที่จารึกไว้ในเอกสารบนกระดาษที่ทำมาจากเยื่อต้นกกที่เรียกว่า “ปาปิรัส” (Papyrus Ebers) ซึ่งชาวอียิปต์สมัยโบราณนำมาใช้เป็นกำยานเผาบูชาถวายเทพ ใช้เป็นน้ำหอม และรับประทานเป็นยารักษาโรค ฆ่าเชื้อ บรรเทาและต้านพิษ ช่วยให้ผ่อนคลาย และทำให้ฝันดี รวมทั้งมีฤทธิ์ในการบรรเทาความทุกข์กังวลใจ นำเอาพืชที่มีกลิ่นหอมมารักษาโรคทางกายและทางใจ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547: 2)

ส่วนแนวคิดในการนำสுவคนธบำบัดมาใช้ในปัจจุบัน (Modern aromatherapy) เริ่มจากนักเคมีและนักน้ำหอมชาวฝรั่งเศส ชื่อ Rene' Maurice Gattefosse' ในปี 1910 ได้บัญญัติศัพท์ “Aromatherapie” และได้ทำให้เชื่อว่าน้ำมันหอมระเหยมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรค และในปี ค.ศ. 1938 มีการใช้น้ำมันหอมระเหยในการฆ่าเชื้อโรคและสมานแผลอย่างแพร่หลายในฝรั่งเศส จน Rene' Maurice Gattefosse ได้รับฉายาว่า บิดาแห่งสுவคนธบำบัด (The Father of Aromatherapy) ส่วนแรงจูงใจที่ให้คนนิยมใช้สுவคนธบำบัดสำหรับรักษาสุขภาพและความสมดุลในร่างกาย ก็เพราะน้ำมันหอมระเหยเป็นสารที่ได้จากธรรมชาติไม่ต้องเสี่ยงกับอาการข้างเคียงที่รุนแรง สுவคนธบำบัดเป็นวิธีการบำบัดรักษาโรคต่างๆ ตั้งแต่สุดคมให้สบาย กลิ่นหอมทำให้จิตใจสงบ และแม้แต่นำไปนวด เป็นต้น (วนิดา จิตต์หมั่น และ ทวีศักดิ์ สุวคนธ์, 2540; จำรัส เซ็นนิล และ พิศสม มะลิสวรรณ, 2546: 23; พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547: 2-3)

สำหรับในประเทศไทย พบว่ามีการใช้กลิ่นหอมในการบำบัดรักษามาตั้งแต่โบราณ เนื่องจากคนไทยในอดีตจะผูกพัน และใช้ชีวิตใกล้ชิดกับธรรมชาติเป็นอย่างมาก เช่น เมื่อลูกหลานเป็นหวัด ผู้ใหญ่สมัยก่อนจะรักษาด้วยการให้อาบน้ำด้วยน้ำอุ่นที่ผสมกับหัวหอมหรือหากมีอาการคัดจมูกร่วมด้วย ก็จะทำนํ้าอุ่นที่ผสมกับหัวหอมลอยอยู่แล้วนำผ้าผืนใหญ่มาห่มคลุมและให้นั่งสุดคมกลิ่นหัวหอมอยู่ในนั้น เป็นต้น (จิตรานนท์ เพ็ชรสวัสดิ์ และคณะ, 2537: 42) ปัจจุบันอาจแบ่งการใช้สுவคนธบำบัดเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547: 3)

1. สுவคนธบำบัดเพื่อการบำบัดอาการหรือรักษาโรค (Complementary aromatic medicine หรือ Therapeutic or Clinical aromatherapy) ถ้ามีการเลือกใช้น้ำมันหอมระเหยอย่างถูกต้องและถูกวิธี โดยมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้และขนาดการรักษาที่ใช้ตลอดจนสรรพคุณ ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวังต่างๆ จะสามารถช่วยรักษา บำบัดอาการของโรคทำให้สุขภาพแข็งแรง เพราะมีความปลอดภัยสูงและมีประสิทธิภาพในการทำให้สุขภาพในการทำให้สุขภาพดีขึ้น ซึ่งน้ำมันหอมระเหยมี

โครงสร้างทางเคมีที่ต่างกัน ทำให้มีผลต่อร่างกายและจิตใจที่ต่างกัน และอาจให้ผลต่างกันขึ้นกับบุคคลด้วย การเลือกใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อการบำบัดอาการหรือรักษาโรคจะต้องมีความรู้ความชำนาญเป็นอย่างดี ผู้ที่สามารถรักษาโรคโดยสุวคนธบำบัดได้จะต้องได้รับการเรียนรู้ และฝึกฝนมาอย่างจริงจังชำนาญเรียกว่า Clinical Aromatherapist การใช้น้ำมันหอมระเหยจากธรรมชาติ ในการบำบัดรักษา หรือบรรเทาอาการของโรค ทำให้สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547) ทำให้เกิดความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สามารถทำได้ทั้งจากการนำน้ำมันหอมระเหย มาผสมกับน้ำมันนวดตัว เพราะการนวดทำให้น้ำมันหอมระเหยซึมเข้าสู่ผิวหนัง แทรกไปยังกล้ามเนื้อและซึมผ่านกระบวนการไหลเวียนของเลือด การสูดดมเป็นการใช้กลิ่นหอมอย่างเดียวไม่มีการสัมผัสผิวหนัง โมเลกุลเล็กๆ ของน้ำมันหอมระเหยสามารถสูดดม (inhale) เข้าทางช่องจมูกผ่านระบบรับรู้กลิ่นที่โพรงจมูก (olfactory system) และแปลงเป็นสัญญาณไฟฟ้าเคมีไปกระตุ้นเซลล์ประสาทรับรู้กลิ่นที่อยู่ในโพรงจมูกทำให้กระแสประสาทไปยังศูนย์รับกลิ่นในสมองแล้วผ่านไปยังส่วนของสมองที่เรียกว่า ลิมบิกซิสเต็ม (limbic system) ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมการเรียนรู้ ความจำ และอารมณ์ ซึ่งกระทบอารมณ์และความรู้สึก จะทำให้สมองปล่อยสารแห่งความสุขหรือเอนดอร์ฟิน (endorphine) จะช่วยลดความปวด เอนเคฟาลิน (enkephaline) จะช่วยส่งเสริมให้อารมณ์ดี ฟอนคลายความตึงเครียด เซโรโตนิน (serotonin) จะช่วยทำให้สงบ เยือกเย็นและผ่อนคลาย นอนหลับสบาย และสารอะดรีนาลิน จะทำให้มีพลังมากขึ้นและลดการเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ หลังจากนั้นน้ำมันหอมระเหยจะถูกขับออกจากร่างกายพร้อมกับลมหายใจ ผิวหนัง หรือทางไต (จงกชพร พินิจอักษร, 2546) การใช้สุวคนธบำบัดจัดเป็นศิลปะในการรักษาผลที่ต้องการรักษาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพราะน้ำมันหอมระเหยอาจมีผลต่ออารมณ์และความรู้สึกที่ต่างกันในแต่ละบุคคลแม้จะมีผลทางร่างกายหรือสมบัติที่ที่เหมือนกันก็ตาม การใช้สุวคนธบำบัดจัดเป็นศิลปะในการรักษาโรค (healing arts) ที่นิยมใช้มากที่สุดคือการสูดดมอย่างเดี่ยว วิธีนี้มีผลต่ออารมณ์และจิตใจ รวมทั้งผลทางกายภาพต่อร่างกาย เช่น ลดความดันโลหิต ปรับฮอร์โมนหรือลดไข้ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547)

2. **สุวคนธบำบัดเพื่อความงาม** (Beauty and Aesthetic aromatherapy หรือ Beauty therapist) เป็นการใช้น้ำมันหอมระเหยกับผิวหนังและในเครื่องสำอางเพื่อความงาม ชะลอความแก่ แก้ไขข้อบกพร่องของผิวหนังและเส้นผม โดยนำน้ำมันหอมระเหยมาผสมในเครื่องสำอางรูปแบบต่างๆ เช่น โลชั่น ครีม แชมพู หรืออื่นๆ เพื่อต้องการประโยชน์จากน้ำมันหอมระเหยไปพร้อมกับการใช้เครื่องสำอางชนิดนั้นๆ

เทคนิคการใช้น้ำมันหอมระเหยในสูวคนธบำบัด

น้ำมันหอมระเหยในสูวคนธบำบัด นิยมใช้ 2 ทาง คือ โดยการสูดดมและการให้ทางผิวหนัง และจะไม่ใช้น้ำมันหอมระเหยโดยตรงกับร่างกาย ดังนั้นต้องมีการเจือจางก่อนใช้ น้ำมันหอมระเหยอาจมีผลด้านร่างกาย เสริมพลังและมีผลด้านอารมณ์และจิตใจด้วย ดังนั้นระดับผลการรักษาที่ต่างกัน จึงอยู่ที่ส่วนผสมที่ต่างกันด้วย น้ำมันหอมระเหยหลายชนิดที่ให้ผลเหมือนกัน ด้านร่างกายอาจให้ผลต่างกันด้านจิตใจ น้ำมันหอมระเหยที่ให้ผลด้านจิตใจหรือด้านร่างกายที่เหมือนกันก็มีให้เลือกหลายชนิด แต่อาจมีกลิ่นที่ต่างกันออกไป จึงสร้างความพึงพอใจให้ผู้ใช้ได้ต่างกันด้วย การใช้น้ำมันหอมระเหยจากพืช ทำการถ่ายพลังงานให้แก่ร่างกาย กลิ่นหอมจะช่วยปรับสมดุลของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีผลต่ออารมณ์ ทำให้รู้สึกสบาย ซึ่งส่งผลดีต่อร่างกาย (Mind and body connection) (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547: 55; Lemon, 2004: 64)

รูปแบบการใช้น้ำมันหอมระเหยทางสูวคนธบำบัด

การใช้น้ำมันหอมระเหยทางสูวคนธบำบัด หรือใช้กับร่างกายนั้นห้ามใช้โดยตรงหรือสูดดมโดยตรง จะใช้ในความเข้มข้นที่ต่ำมาก ดังนั้นควรนำมาทำให้เจือจางก่อน รูปแบบที่ใช้อาจทำได้หลายวิธี (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547: 57-58)

1. ใช้ในการอาบน้ำ (Bathing) อาจผสมน้ำอาบโดยวิธีหยคน้ำมันหอมระเหยลงในน้ำอุ่น ปิดประตูห้อง แล้วแช่ตัวลงในอ่างอาบน้ำประมาณ 10 นาที พร้อมกับสูดดมกลิ่นหอมเข้าไป หรืออาจใช้เวลาอาบน้ำโดยการตักอาบหรืออาบจากฝักบัวโดยหยคน้ำมันหอมระเหยลงบนผ้าหรือฟองน้ำ หรือลูกบวบที่ใช้ถูตัวที่เปียกน้ำหมาดๆ แล้วถูตัวหลังจากที่อาบน้ำสะอาดแล้ว
2. ใช้ในการนวดตัว (Body massage) วิธีนี้เป็นการนำน้ำมันหอมระเหยที่ผสมกับน้ำมันตัวพา (Carrier oil) เรียบร้อยแล้ว มานวดบริเวณรอบลำคอ หัวไหล่ แขน หลัง โดยใช้ฝ่ามือนวดหมุนตามเข็มนาฬิกา
3. การประคบเย็น (Compressed) เป็นการผสมน้ำมันหอมระเหยลงในตัวนำพา (Carrier) ซึ่งอาจเป็นน้ำสะอาด ใช้ผ้าจุ่มลงไปบิดหมาดๆ จึงนำมาประคบตามจุดที่ต้องการ ถ้าใช้น้ำร้อนจะเป็นการประคบร้อน
4. การสูดดม (Inhalation) นำน้ำมันหอมระเหยมาผสมให้เจือจางก่อน เช่นหยดบนกระดาษทิชชู ผ้าเช็ดหน้าหรือสำลี แล้วจึงสูดดม หรืออาจผสมน้ำมันหอมระเหยกับน้ำมันตัวพาก่อนแล้วจึงสูดดมโดยตรงหรือหยดลงบนผ้าอีกทีแล้วสูดดมก็ได้

5. การพ่นละอองฝอยในห้อง (Room spray) นำน้ำมันหอมระเหยมาผสมกับน้ำอุ่นที่ไม่เกิน 45 องศาเซลเซียส เขย่าให้เข้ากัน แล้วบรรจุในภาชนะที่มีหัวฉีดพ่นละออง แล้วนำมาพ่นตามห้องหรือที่ต่างๆ ที่ต้องการ จึงสูดดมละอองเล็กๆ ที่กระจายในอากาศเข้าไป

6. การผสมในเครื่องสำอาง ผสมน้ำมันหอมระเหยลงในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ซึ่งไม่มีการแต่งกลิ่น ถ้าใช้กับหน้ามักใช้ไม่เกิน 2% ถ้าใช้กับร่างกายจะใช้เข้มข้นกว่าแต่ไม่เกิน 3%

7. การจุดตะเกียงเผา (Burners) โดยหยดน้ำมันหอมระเหยลงในน้ำ แล้วในตะเกียงเผา อุณหภูมิไม่เกิน 60 องศาเซลเซียส จะได้ไอระเหยของน้ำมันหอมระเหย จึงสูดดมซึ่งมักใช้ในการบำบัดอาการที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และจิตใจ

8. การแช่ อาจเป็นการนั่งแช่ (Sitz bath) หรือเอามือหรือเท้าแช่เพื่อจุดประสงค์ในการรักษาเฉพาะที่ ควรใช้น้ำอุ่นและให้อุ่นตลอดเวลาการแช่นาน 10 นาที หยดน้ำมันหอมระเหย 3-4 หยด ลงไปตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

9. การกลั้วคอหรือบ้วนปาก เพื่อบำบัดโรคในช่องปาก ช่องคอ เช่นลดความปวดลดการอักเสบ หรือฆ่าเชื้อโรค หยดน้ำมันหอมระเหย 2-3 หยดในน้ำ ¼ แก้ว คนให้ทั่วแล้วกลั้วคอหรือบ้วนปาก ในเด็กจะใช้เพียง 1 หยด เท่านั้น

10. เทียนหอม เป็นการผสมน้ำมันหอมระเหยลงในเทียน เวลาจุดเทียนจะได้กลิ่นของน้ำมันหอมระเหย มักใช้เพื่อปรับสมดุลของอารมณ์และจิตใจเช่นเดียวกับการจุดตะเกียงเผา

ข้อห้าม และข้อแนะนำสำหรับการใช้น้ำมันหอมระเหย

น้ำมันหอมระเหยแต่ละชนิดมีคุณสมบัติ โครงสร้างทางเคมีต่างกัน ดังนั้นการเลือกใช้จึงขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ต้องการและต้องคำนึงให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลโดยเฉพาะ ถ้าใช้เพื่อการบำบัดรักษาจะต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ และต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก โดยต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น รวมทั้งการเลือกให้เกิดความปลอดภัย และได้รับประโยชน์จากการใช้น้ำมันหอมระเหยได้มากที่สุด (วนิดา จิตมั่นคง และ ทวีศักดิ์ สุวคนธ์, 2540; วิชาจิรัชฌริยากุล, 2542: 19; Maddocks-Jennings and Wilkinson, 2004: 94-95) ดังนี้

1. เลือกใช้น้ำมันหอมระเหยที่บริสุทธิ์ ไม่ใช้น้ำมันสังเคราะห์ และเลือกจากแหล่งผลิตที่เชื่อถือได้ โดยน้ำมันหอมระเหยที่ดีควรเป็น น้ำมันบริสุทธิ์ไม่มีการปนเปื้อน คือน้ำมันซึ่งสกัดจากพืชที่ปลูกโดยไม่ใช้ยาฆ่าแมลง ปุ๋ย และ Natural oil คือน้ำมันซึ่งมีสารจากธรรมชาติ 100% แต่สำหรับ Processed oil เป็นน้ำมันที่ผ่านขบวนการทำให้ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น หรือผ่านกระบวนการทำให้มีอายุยืนขึ้นจึงพบว่าน้ำมัน Processed oil มักทำให้เกิดการแพ้หรือระคายเคืองง่าย

2. น้ำมันหอมระเหยอาจทำให้เกิดการแพ้ได้ จึงไม่ควรใช้น้ำมันหอมระเหยกับร่างกายโดยตรง หรือไม่ควรรับประทาน สูดดม หรือสัมผัสโดยตรงกับผิวหนัง โดยไม่ผ่านการทำให้เจือจาง

ด้วยน้ำมันตัวพาเสียก่อน เนื่องจากน้ำมันที่สกัดมาได้มีความเข้มข้นกว่าที่พบอยู่ในพืชธรรมชาติถึง 100 เท่า มีเพียงหัวน้ำมันลาเวนเดอร์เท่านั้นที่สามารถใช้กับผิวหนังโดยตรงได้ และไม่ควรใช้น้ำมันหอมระเหยเกิน 3 ครั้งต่อวัน การใช้ทางผิวหนังจะต้องเจือจางด้วยน้ำมันตัวพา (Carrier oil) ซึ่งจะมีการดูดซึมได้ดี ช่วยพาโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยไปยังบริเวณที่ต้องการออกฤทธิ์ แล้วใช้ถูวนวดตามร่างกาย ซึ่งน้ำมันตัวพา มักใช้น้ำมันพืช

3. โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยสามารถระเหยได้ง่ายมาก จึงควรระวังอย่าไว้ใกล้ เปลวไฟ หรือที่ที่มีความร้อนสูง

4. การเก็บรักษาน้ำมันหอมระเหย เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยสามารถสลายตัวได้ง่าย ด้วยอากาศ ออกซิเจน ความร้อน หรือแสง ดังนั้นจึงควรเก็บในภาชนะที่เป็นแก้ว หรือขวดแก้วสีชา ไม่ควรใช้ภาชนะพลาสติก และต้องอยู่ภายใต้อุณหภูมิต่ำ ๆ (ต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส) เช่น เก็บในตู้เย็น และน้ำมันหอมระเหยที่ดีควรใช้ภายใน 3 ปี ภายหลังจากเปิดใช้

5. ไม่ควรใช้ในรายที่มีอาการแพ้ หรือระคายเคืองของผิวหนัง

6. สำหรับในผู้ป่วยโรคลมชัก ความดันโลหิตสูง หรือความดันโลหิตต่ำและใช้ สิวคนชราบ้บัดในเด็ก ควรอยู่ในความดูแลของแพทย์และน้ำมันหอมระเหยผู้เชี่ยวชาญ

7. ห้ามใช้ในหญิงมีครรภ์ ผู้ป่วยที่เป็น โรคตับ และ โรคไต หรือใช้ก่อนออบแดด

8. ห้ามรับประทานน้ำมันหอมระเหย เพราะมีความเข้มข้นสูงในขณะที่เนื้อเยื่อภายในร่างกายมีความบางและอ่อนนุ่มกว่าผิวหนังภายนอก ดังนั้นน้ำมันหอมระเหยจึงทำลายเนื้อเยื่อภายในได้ ยกเว้น ตำรับที่ทำมาสำหรับรับประทานได้ เช่นยาขับลม เป็นต้น

9. วิธีทดสอบการแพ้ ก่อนใช้น้ำมันหอมระเหยควรทดสอบว่าน้ำมันชนิดนี้ จะทำให้ผู้ใช้เกิดอาการแพ้หรือไม่ โดยหยดน้ำมันที่ผสมไว้สองสามหยดบริเวณ หลังหู หรือบริเวณข้อพับแขน ทิ้งไว้ ประมาณ 5-10 นาที หรืออาจทิ้งไว้ 30 นาที การทดสอบการแพ้จะแม่นยำมากขึ้น (Morris, 2002: 224) สังเกตดูว่าผิวหนังมีสีแดง เกิดการระคายเคืองหรือคัน ถ้าหากมีอาการดังกล่าว เปลี่ยนไปใช้น้ำมันชนิดอื่น

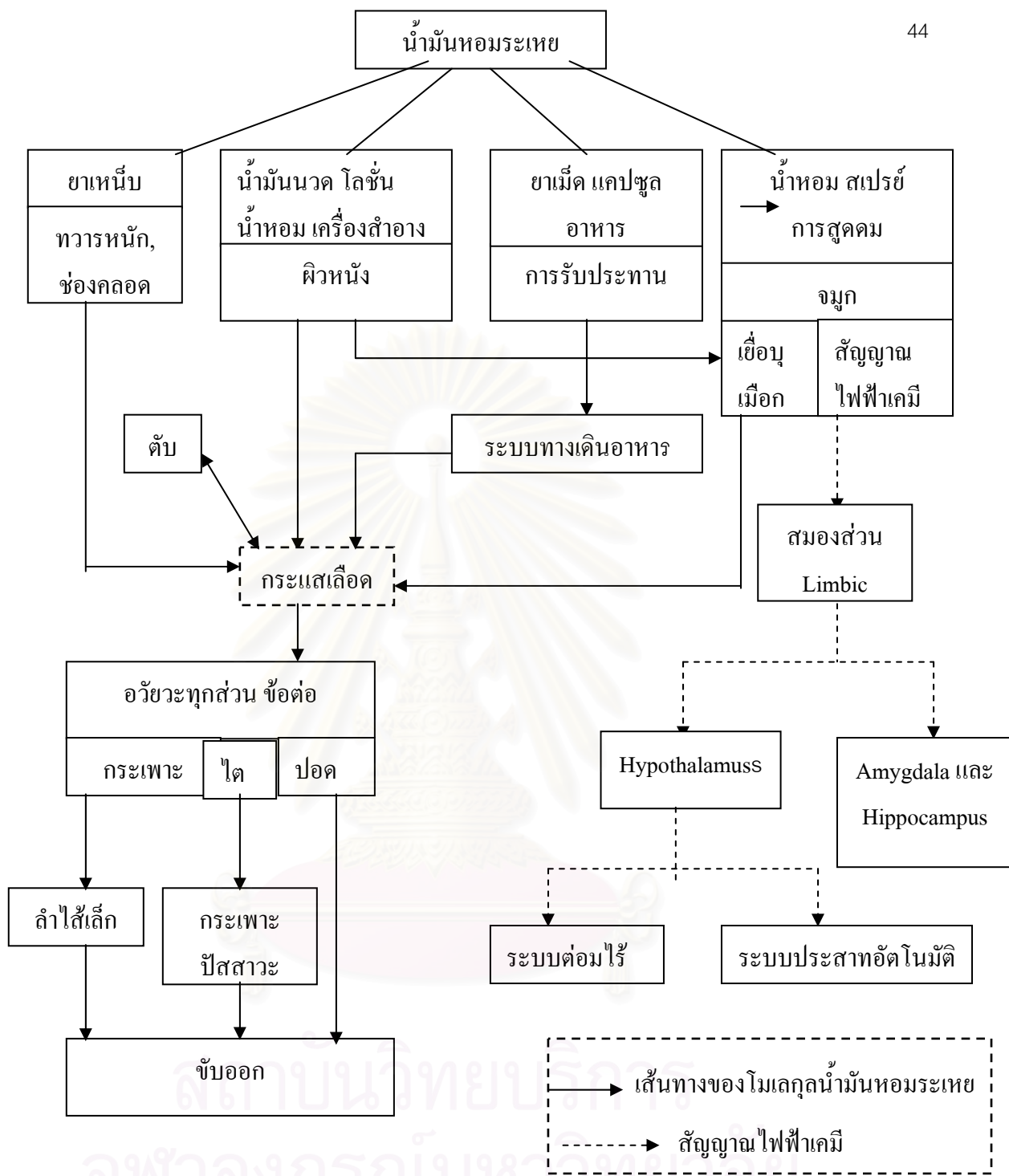
แนวคิดทฤษฎีกลไกของน้ำมันหอมระเหยต่อร่างกาย

น้ำมันหอมระเหยมีวิธีการนำมาใช้หลายวิธี แต่ที่นำมาใช้ในมนุษย์ในทางสิวคนชราบ้บัดจะนิยมใช้น้ำมันหอมระเหยโดยวิธีสูดดม และวิธีสัมผัสทางผิวหนัง เช่นการทาหรือการนวด เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยมีองค์ประกอบทางเคมีของสารมากมายหลายชนิดรวมกันอยู่ในปริมาณมากน้อยต่างกันไป ไม่มีสารสังเคราะห์ใดที่สามารถสังเคราะห์หรือผสมผสานองค์ประกอบทางเคมีเลียนแบบธรรมชาติได้อย่างแท้จริง การใช้น้ำมันหอมระเหยในสิวคนชราบ้บัดจะต้องเป็นน้ำมันหอม

ระเหยจากธรรมชาติเท่านั้นจะไม่ใช้น้ำมันหรือน้ำหอมสังเคราะห์ ซึ่งบางครั้งพบว่าประกอบด้วยสารเคมีซึ่งมีพิษหรืออันตรายต่อร่างกายด้วย (พิมพร ทีลาพรพิสิฐ, 2547: 5)

1. ทฤษฎีทางเภสัชวิทยา อธิบายว่าเมื่อน้ำมันหอมระเหย (Essential Oil) เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะมีผลเกิดขึ้น 2 ทาง คือ ถ้าให้โดยรับประทาน ทางผิวหนัง หรือทางทวารและช่องคลอดก็ ตาม โมเลกุลของสารจะสามารถถูกดูดซึมสู่กระแสเลือดไปมีผลต่อระบบอวัยวะต่างๆ และถูกขับออกได้เช่นเดียวกับโมเลกุลของยาเมื่อเข้าสู่ร่างกาย และถ้าให้โดยการสูดดม โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะซึมผ่านเยื่อช่องจมูกหรือลงสู่ปอดและเข้าสู่กระแสเลือดเช่นเดียวกับการให้โดยวิธีอื่น โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยที่สูดดมเข้าไปจับกับตัวรับ (receptor) บนเยื่อช่องจมูก (olfactory membrane) และแปรสัญญาณเป็นสื่อระบบประสาทหรือสัญญาณทางไฟฟ้าเคมี (electrochemical signals) ผ่านทาง olfactory nerve เข้าสู่ limbic system ในสมองซึ่งควบคุมความรู้สึกสัมผัส เพศ อารมณ์ และระบบย่อยอาหาร มีผลกระตุ้นหรือยับยั้งระบบประสาทและสมองรวมทั้งระบบต่อมไร้ท่อต่างๆ ด้วยแล้วแต่โครงสร้างทางเคมีของน้ำมันหอมระเหยชนิดนั้น ดังนั้นจึงถูกนำมาใช้บำบัดโรคที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และจิตใจตลอดจนการหลั่งฮอร์โมนบางชนิด ด้วย เส้นทางและผลของน้ำมันหอมระเหยต่อร่างกาย (พิมพร ทีลาพรพิสิฐ, 2547: 5-7; Buckle, 1993: 32-33) เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยเป็นสารที่ละลายในไขมัน (lipid soluble) ซึ่งบางส่วนจะเข้าสู่สมองบางส่วนจะถูกสูดผ่านเข้าไปในปอดพร้อมกับอากาศบริสุทธิ์ที่เราหายใจเข้าไปในกระบวนการที่ปอดซึ่งทำหน้าที่ฟอกเลือดเสียที่หัวใจส่งมาฟอกนั้น คาร์บอนไดออกไซด์จะถูกหายใจออกมาส่วนออกซิเจนและน้ำมันหอมระเหยที่ติดมากับออกซิเจนก็จะเข้ามาสู่ระบบหมุนเวียนเลือดได้ (circulatory system) และเข้าสู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย มีการเมตาบอลิซึมที่ตับก่อนโดย Hepatic cytochrome P450 และผ่านเข้าสู่ไตจึงสามารถขับออกมาได้ทางปัสสาวะได้อีกทางหนึ่ง (Maddocks-Jennings and Wilkinson, 2004: 94-95)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 3 แสดงกลไกที่แสดงเส้นทางและผลของน้ำมันหอมระเหยต่อร่างกาย

(พิมพ์ ลิลาพรพิสิฐ, 2547: 6)

2. ทฤษฎีทางการแพทย์ อธิบายกลไกของน้ำมันหอมระเหยต่อร่างกายมนุษย์เมื่อมนุษย์สูดดมหายใจเข้าไปในโพรงจมูก “จมูก” เป็นอวัยวะที่ต้องจัดการกับอากาศในปริมาณถึง 500

ลูกบาศก์ฟุตหรือราวห้องขนาดย่อมๆ ห้องหนึ่ง เมื่อมีโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยปะปนกับอากาศ ที่สูดเข้าไปกลืนนั้นก็จะระเหยขึ้นไปที่แถบรับกลิ่น ซึ่งมีลักษณะเป็นเนื้อเยื่อสีน้ำตาลแกมเหลืองอยู่ที่ส่วนบนของโพรงจมูก เรียกว่า “Olfactory bulb” พื้นที่เล็กๆ เพียง 2.5 ตารางเซนติเมตรในโพรงจมูกส่วนบนนี้จะอัดแน่นไปด้วยเซลล์ประสาทรับกลิ่น ถึงกว่า 50 ล้านเซลล์ แต่ละเซลล์ยังมีขน (Cilia) รับความรู้สึกจำนวน 6-7 เส้น เมื่อเซลล์รับกลิ่นไว้แล้วก็จะส่งต่อไปที่ปลายของเซลล์ประสาทรับกลิ่น ซึ่งมีลักษณะเล็กเรียวยาวคล้ายขนเล็กๆ จากนั้นจะถูกกระตุ้นและกลิ่นก็จะถูกแปรสภาพเป็นประจุบวก ประจุลบ หรือกระแสไฟฟ้าอ่อนๆ แล้วส่งจากปลายประสาทรับกลิ่นไปยังสมองส่วนรับรู้กลิ่น Limbic system (Primitive brain เป็นระบบสมองที่ทำหน้าที่ตอบสนองทางอารมณ์ นิสัยใจคอ การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ความจำ สัญชาตญาณ และความรู้สึกสุขกายสบายใจ) ซึ่ง Limbic system อยู่ในสมองส่วนที่อยู่ใต้ Cerebral cortex โดยจะทำงานสัมพันธ์กับ Amygdala และ Hippocampus ทั้งสองส่วนนี้มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโมเลกุลกลิ่น โดย Amygdala มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางอารมณ์ และ Hippocampus เป็นส่วนของการจดจำกลิ่น แยกแยะกลิ่น (Buckle, 2001: 60-61)

สมองจะรับโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหย เมื่อสมองจำแนกออกเป็นกลิ่นต่างๆ แล้วจะมีผลไปกระตุ้นให้สมองหลังสารเคมีออกมา สารเคมีเหล่านี้จะมีผลไปสร้างความสมดุลให้กับระบบประสาท ส่วนที่มีผลต่ออารมณ์และจิตใจ เช่น ถ้าเศร้าหรือหดหู่ ก็จะคลายความเศร้าได้ เป็นต้น สารที่หลังจากสมอง ได้แก่ สมองส่วน Thalamus หลังสาร Endorphins ช่วยลดความปวด สาร Enkephalin ทำให้ส่งเสริมให้อารมณ์ดี และ สมองส่วน Pituitary หลังสาร Serotonin ทำให้สงบ เยือกเย็นผ่อนคลายและหลับสบาย (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2548; Kuhn, 1999: 167)

ตัวอย่างสารจากกลิ่นน้ำมันหอมระเหยที่มีผลต่อ การหลังของสารจากสมอง และฮอร์โมน เช่น สารกลิ่นลาเวนเดอร์ ช่วยบำบัดอาการเครียด นอนไม่หลับ เนื่องจากกระตุ้นให้ร่างกายผลิต Serotonin นอกจากนี้พบว่า ลาเวนเดอร์ มีกลไกการออกฤทธิ์คล้ายๆ Diazepam คือมีผลทำให้เพิ่ม Gamma aminobutyric acid (GABA) และเพิ่มความสามารถของ GABAa ในการจับกับ Receptor จึงทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และหลับสบาย เช่นเดียวกับสารกลิ่นดอกส้มซึ่งมีฤทธิ์ลดความวิตกกังวล ลดความซึมเศร้า ช่วยให้หลับได้ อีกทั้งช่วยลดการหดเกร็งของอวัยวะในช่องท้อง (antispasmodic) และลดการอักเสบ ได้ด้วย สารกลิ่นกุหลาบ และ Clary sage ไปกระตุ้นสมองส่วน Thalamus ผลิต enkephalin ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ที่ตึงเครียด สารกลิ่น Peppermint และ Rosemary ช่วยกระตุ้นการผลิต Adrenaline ซึ่งทำให้มีพลังมากขึ้น ลดอาการเหนื่อยเมื่อยล้า ทั้งร่างกายและจิตใจ สารกลิ่น Geranium ช่วยปรับระดับฮอร์โมนในร่างกายให้สมดุล และปรับจิตใจให้เป็นปกติ เป็นต้น (วนิดา จิตมั่นคง และ ทวีศักดิ์ สุวคนธ์, 2540; Buckle, 2001: 61; Kirk-Smith, 2003: 83)

นอกจากนี้การรับรู้กลิ่นยังมีผลต่อสมองส่วน Hypothalamus และส่วน Pituitary ซึ่งควบคุมสารเคมี ฮอร์โมน และเป็นสัดส่วนของสมองที่ติดต่อกับสารไปยังต่อมเพศ สมองส่วน Frontal lobes ที่ควบคุม ความตั้งใจ และความจำ รวมทั้ง Reticular system ซึ่งช่วยผสมผสานการทำงานของร่างกายและจิตใจ (วนิดา จิตมั่นคง และ ทวีศักดิ์ สุวคนธ์, 2540)

แถบรับกลิ่นจะมีตัวรับที่เฉพาะเจาะจงต่อโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยชนิดต่างๆ ซึ่งสามารถบอกข้อแตกต่างของขนาดและรูปร่างของโมเลกุลที่แตกต่างกันได้ และจะแปรผลไปยังสมองเพื่อจำไว้ว่าเป็นกลิ่นของอะไร มีความหมายอย่างไร และควรทำอย่างไรต่อไป ดังนั้นเราจึงสามารถแยกกลิ่นที่ต่างกันของน้ำมันหอมระเหยชนิดต่างๆ ได้ นอกจากนี้ตัวรับยังแปรผลเป็นสื่อประสาทที่ต่างกัน จึงอาจมีผลกระตุ้นหรือผ่อนคลายสมองหรือระบบประสาทได้ เหตุนี้การใช้ น้ำมันหอมระเหยจึงสามารถปรับสมดุลของอารมณ์และจิตใจได้ จึงถูกนำมาใช้เพื่อบำบัดอาการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาท สมอง หรือแม้กระทั่งการหลังของฮอร์โมนที่ถูกควบคุมโดยต่อมใต้สมองได้เช่นกัน อาการนอนไม่หลับ เครียดจากการทำงาน ปวดเกร็งกล้ามเนื้อซึ่งควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ อาการไมเกรน อาการก่อนมีประจำเดือนซึ่งเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเพศ ตลอดจนการกระตุ้นกำหนด เป็นต้น (จรัส เซ็นนิล และ พิศสม มะลิสวรรณ, 2546: 25-26; พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547: 8-9)

ผลของน้ำมันหอมระเหยต่อระบบอวัยวะของร่างกาย

น้ำมันหอมระเหยเมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะมีผลต่อระบบอวัยวะต่างๆ ดังนี้ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547: 8-10)

1. ระบบการไหลเวียนของโลหิต (Coronary and circulation system) น้ำมันหอมระเหยหลายชนิดมีผลกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ทำให้หัวใจและสมองทำงานได้ดี และร่างกายจัดของเสียออกทางไตได้มากขึ้น นอกจากนี้การมีโลหิตไหลเวียนที่ดียังช่วยเสริมภูมิคุ้มกันต้านทานแก่ร่างกายด้วย เช่น น้ำมันเจอราเนียม (Geranium oil) น้ำมันกุหลาบ (Rose oil) น้ำมันไซเพรส (Cypress oil) และน้ำมันจากหญ้าแฝก (Vetiver oil) เป็นต้น

2. ระบบการทำงานของน้ำเหลือง (Lymphatic system) น้ำเหลือง ประกอบด้วยไขมัน โปรตีน และเม็ดเลือดขาว Lymphocytes ซึ่งเกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ช่วยในการขจัดหรือต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมของร่างกาย น้ำมันหอมระเหยที่มีผลต่อการทำงานของน้ำเหลือง ได้แก่ Thyme, linalol, Lemon และ Frankincense

3. ระบบประสาท (Nervous system) ระบบประสาทแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) และระบบประสาทส่วนปลาย (PNS) ระบบประสาทส่วนกลาง

ประกอบด้วยสมองและก้านสมอง ซึ่งวิ่งไปตามแนวกระดูกสันหลัง ทำหน้าที่รับสื่อประสาท แปรผลและส่งผลตอบรับไปยังอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย ระบบประสาทส่วนปลายสามารถแบ่งย่อยได้เป็น 3 ส่วน คือส่วนบน ส่วนกลาง และส่วนล่าง สำหรับส่วนบน น้ำมันหอมระเหยมีผลต่อร่างกาย โดยผ่านระบบประสาทส่วนปลาย (Olfactory nerve) ส่งสื่อสัญญาณไฟฟ้าเคมีไปยังสมอง (Limbic system) ได้ดังกล่าว จึงมีผลกระตุ้นความจำ อารมณ์และความรู้สึก ระบบประสาทส่วนปลายส่วนกลางเชื่อมต่อไปยังผิวหนังและกล้ามเนื้อ น้ำมันหอมระเหยซึ่งให้ทางผิวหนัง อาจโดยการนวดร่วมด้วย จึงมีผลโดยตรงต่อกล้ามเนื้อ ช่วยผ่อนคลาย ลดความปวด และมีผลต่อผิวหนังโดยตรง เช่น เพิ่มความชุ่มชื้น ลดการอักเสบผิวหนัง ลดการแพ้หรือระคายเคือง ฆ่าเชื้อโรค ลดการอักเสบ ตลอดจนชะลอความเหี่ยวย่นได้ แล้วแต่ชนิดของน้ำมันหอมระเหยที่ใช้และระดับการดูดซึมสู่ผิวหนังชั้นต่างๆ ของโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยด้วย ระบบประสาทส่วนปลายส่วนล่าง เป็นระบบประสาทอัตโนมัติ (ซึ่งแบ่งเป็น Sympathetic และ Parasympathetic) น้ำมันหอมระเหยบางชนิดอาจมีผลกระตุ้นหรือบางชนิดอาจมีผลระงับระบบประสาทอัตโนมัติดังกล่าวนี้ได้ ตัวอย่างน้ำมันหอมระเหยที่มีผลต่อระบบประสาทได้แก่ Begamot, Chamomile (Roman), Lavender และ Sandalwood เป็นต้น

4. ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ต่อมไร้ท่อต่างๆ ในร่างกายมีหน้าที่หลั่งฮอร์โมนเพื่อควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้แก่ Pituitary gland, Thyroid gland, Parathyroid gland, Adrenal gland, Ovaries, Testes และ Pancreas น้ำมันหอมระเหยบางชนิดทำหน้าที่เป็นฮอร์โมน (Phytohormones) ซึ่งเป็นผลคล้ายฮอร์โมนในร่างกาย ฮอร์โมนบางชนิดมีผลต่อการทำงานของผิวหนัง เช่น Estrogen มีผลทำให้เซลล์ผิวหนังชุ่มน้ำ และ Androgen มีผลควบคุมการหลั่งไขมันผิวหนัง ซึ่งทำให้หน้ามันและเป็นสิว ดังนั้นน้ำมันหอมระเหยที่มีผลกับฮอร์โมนดังกล่าวจึงถูกนำมาใช้ในการนวดผิวและเครื่องสำอาง

5. ระบบกล้ามเนื้อ (Muscular system) น้ำมันหอมระเหยมีผลในการผ่อนคลายการตึงของกล้ามเนื้อ และถ้ามีการนวดร่วมด้วยจะช่วยให้กล้ามเนื้อหดตัวและปลดปล่อย Lactic acid และ Uric acid ที่คั่งค้างอยู่ออกมา ทำให้คลายความเมื่อยล้าได้ น้ำมันหอมระเหยที่ใช้เพื่อผลดังกล่าวนี้ได้แก่ Rosemary, Marjoram, Black pepper และ Ginger

6. ระบบการย่อยอาหาร (Digestive system) น้ำมันหอมระเหยบางชนิดมีผลคลายกล้ามเนื้อเรียบในระบบย่อยอาหาร ช่วยลดแก๊สที่คั่งค้าง มีผลช่วยขับลม เช่น Coriander, Dill, Juniper และ Peppermint

7. ระบบหายใจ (Respiratory system) ในปอดมีถุงลมเล็กๆ ทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกาย โมเลกุลเล็กๆ ของน้ำมันหอมระเหยสามารถแทรกเข้าไปในถุงลมและเข้าสู่กระแสเลือดได้ นอกจากนี้โมเลกุลซึ่งระเหยได้ของน้ำมันหอมระเหย สามารถ

แทรกซึมตามเนื้อเยื่อของทางเดินหายใจ ถ้าเป็นชนิดที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรคและฆ่าไวรัส จะมีผลเฉพาะที่ต่อทางเดินหายใจได้ นอกจากนี้บางชนิดยังมีผลคล้ายกล้ามเนื้อเรียบ ป้องกันการเกร็งของหลอดลมหรือช่วยขับเสมหะได้แล้วแต่โครงสร้างทางเคมีของโมเลกุลน้ำมันหอมระเหยแต่ละชนิด ตัวอย่าง เช่น Eucalyptus, Tea tree และ Myrtle เป็นต้น

8. ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ (Reproductive system) น้ำมันหอมระเหยที่มีผลต่อการทำงานของฮอร์โมนเพศหญิงหรือเพศชายได้ถูกนำมาใช้ในการบำบัดอาการผิดปกติจากฮอร์โมน เช่น วัยหมดประจำเดือนหรือ อาการก่อนมีประจำเดือน ได้แก่ เครียด ปวดหลัง ท้องผูกหรือท้องเสียและผิวแห้ง เป็นต้น น้ำมันหอมระเหยบางชนิดมีผลทำให้มดลูกบีบตัว ควรระวังในสตรีมีครรภ์อาจทำให้แท้งได้ น้ำมันหอมระเหยที่ใช้ได้แก่ Rose, Geranium และ Chamomile

9. ระบบโครงสร้างของร่างกาย (Skeletal system) น้ำมันหอมระเหยบางชนิด ช่วยในการสมานหรือสร้างกระดูกที่หักหรือการอักเสบตามข้อต่อต่างๆ น้ำมันหอมระเหยซึ่งช่วยสมานหรือสร้างกระดูก เช่น Ginger, Black pepper, Cedarwood และ Yarrow และ น้ำมันหอมระเหยซึ่งมีผลด้านการอักเสบ เช่น Yarrow, Chamomile (german) และ Chamomile (roman)

โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับสภาวะบำบัด หมายถึงกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลจัดให้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่

1. การประเมินประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเปิดเผยข้อมูล ผู้วิจัยประเมินประสบการณ์การรับรู้ความปวดร่วมกับผู้ป่วยจากการพูดคุยและถามผู้ป่วยได้แก่ สาเหตุของความปวด เช่น การบาดเจ็บที่รุนแรง ประวัติการผ่าตัด การรับรู้ความปวดได้แก่ความรุนแรง ความบ่อย ระยะเวลาที่มีความปวด การตอบสนองหรือการแสดงออกของผู้ป่วยต่อความปวด การจัดการความปวดด้วยตนเอง การได้รับการจัดการความปวดของบุคลากรทีมสุขภาพ และผลลัพธ์ของการจัดการความปวด ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ความคาดหวังการจัดการความปวดจากบุคลากรทีมสุขภาพ

2. การให้ความรู้

2.1 ผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะปฏิบัติการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วย 1 วันก่อนผ่าตัด โดยใช้แผนการสอน ภาพพลิก และคู่มือการสอน เกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้อง การให้ยาาระงับความรู้สึก คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สิ่งผู้ป่วยต้องประสบในวันผ่าตัด สาเหตุของความปวด ผลจากความปวด การจัดการความปวดหลังการผ่าตัด ใช้ยาแก้ปวดและไม่ใช้ยาแก้ปวด การให้ความรู้เกี่ยวกับยาแก้ปวดที่ใช้ในการลดความปวดหลังผ่าตัด การประเมินความ

ปวดด้วยเครื่องมือประเมินความปวด การรายงานความปวดให้บุคลากรทีมสุขภาพทราบเมื่อมีความปวด การพูดคุยกับทีมสุขภาพเพื่อควบคุมความปวด การใช้ยาแก้ปวดและไม่ใช้ยาแก้ปวด การหายใจผ่อนคลาย การจัดท่านอนและการเคลื่อนไหวที่ลดความปวดหลังผ่าตัด การให้ความรู้และประโยชน์ของน้ำมันหอมระเหยแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกลิ่นน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์โดยให้ผู้ป่วยทดลองสูดดมกลิ่น และ ประเมินความชอบกลิ่นของผู้ป่วย

2.2 การฝึกการหายใจผ่อนคลายแบบลึก โดยผู้วิจัยสาธิตให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึก ๆ โดยการขณะหายใจเข้ายกกระบังลมขึ้นวางมือบนหน้าท้องเพื่อสังเกตการเคลื่อนไหวของหน้าท้อง กลั้นหายใจไว้ประมาณ 3 วินาทีและหายใจออกช้าๆ อย่างสม่ำเสมอทำครั้งละ 5-10 นาทีเพื่อให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการหายใจผ่อนคลาย 1 วันก่อนผ่าตัดและให้ฝึกไว้ตลอดเวลา เพื่อควบคุมความปวดที่เกิดขึ้นหรือต้องเผชิญกับความปวดหลังผ่าตัด

2.3 ผู้วิจัยให้กำลังใจและเน้นให้ผู้ป่วยจัดการกับความปวดด้วยตนเองด้วยการใช้ความรู้และจากการฝึกปฏิบัติร่วมกับการดูแล การช่วยเหลือของญาติบุคลากรทีมสุขภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและตอบคำถามให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติในการจัดการความปวด และร่วมมือในการทดลอง

3. การจัดการความปวด หลังผ่าตัด ได้แก่

3.1 การประเมินความปวด โดยพยาบาลประเมินความปวด ความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และความการการจัดการความปวดของผู้ป่วย โดยประเมินความปวดทันทีหลังผ่าตัดช่องท้อง เมื่อผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบในห้องพักฟื้นทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และต่อไปประเมินทุก 4 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วย ภายใน 48 หลังผ่าตัด

3.2 ผู้ป่วยร่วมมือกับพยาบาลในการประเมินและรายงานความปวดของตนเอง

3.3 การช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย การเคลื่อนไหวร่างกายที่หอผู้ป่วย เพื่อลดการดึงของกล้ามเนื้อหน้าท้องที่กระตุ้นให้มีความปวดเพิ่มขึ้น

3.4 ผู้ป่วยบอกพยาบาลทราบเมื่อรู้สึกปวด เพื่อขอยาแก้ปวด โดยไม่ต้องรอให้ปวดรุนแรงเพื่อขอยาแก้ปวด

3.5 ผู้ป่วยหายใจผ่อนคลาย เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความปวด เช่นก่อนการไอแรงๆ เพื่อขับเสมหะออก หรือเคลื่อนไหวร่างกาย

3.6 ผู้ป่วยใช้มือประคองแผล หรือกดหมอนให้แน่นเพื่อลดการขยายของแผลผ่าตัดขณะไอ หรือเคลื่อนไหวร่างกาย

3.7 ผู้วิจัยใช้สุวคนธบำบัดโดยให้ผู้ป่วยสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ เมื่อผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบและรู้สึกตัวดีหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง โดยหยดน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 0.3 มิลลิลิตร หยดลงบนสำลีขนาด 4 x 6 เซนติเมตร วางห่างจมูกผู้ป่วยพอได้กลิ่น และ

บอกให้ผู้ป่วยสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหย โดยการหายใจเข้า ช้า ๆ ลึก ๆ และค่อย ๆ ผ่อนหายใจ ออกเป็นจังหวะอย่างสม่ำเสมอในการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์โดยหายใจเข้า ออก ลึก ๆ 4 ครั้ง สูดดมครั้งละ 5- 10 นาที หลังจากนั้นสอดแผ่นสำลีไว้ในปลอกหมอนด้านบน ใกล้เคียง ๆ จมูกผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้กลิ่น หยคน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 0.3 มิลลิลิตร ลงบน สำลีขนาด 4 x 6 เซนติเมตร และให้ผู้ป่วยสูดดม ในวันผ่าตัด 1 ครั้ง และหลังผ่าตัดวันแรก ผู้วิจัย ให้สูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหย เวลา 8.00 น. 12.00 น. และ 16.00น. โดยระยะเวลาห่างกันทุก 4 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมการบรรเทาความปวดจากการผ่าตัด โดยขณะให้ผู้ป่วยสูดดมผู้วิจัยถาม ความรู้สึกผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไรต่อการสูดดมกลิ่น ได้รับกลิ่นเพียงพอหรือไม่ รู้สึกว่าความปวด ลดลงหรือไม่

4. การประเมินผลการจัดการความปวด เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ ประเมินผลที่ได้รับความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติเพื่อจัดการกับความปวด ว่าปฏิบัติได้หรือไม่ และได้ผลอย่างไร ผู้วิจัยประเมินผลการจัดการความปวดจากการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด ร่วมกับการใช้สุคนธบำบัดด้วยการประเมิน และการรายงานความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย การ แสดงออกทางหน้าตาและพฤติกรรมของผู้ป่วย สัญญาณชีพของผู้ป่วย และการใช้แบบประเมิน ความปวด

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Wells (1982) ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อความตึงตัวของกล้ามเนื้อและความปวดหลัง ผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดอุ้งน้ำดี 12 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 6 คน ด้วยวิธีการสุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลปกติ ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายโดยให้ผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปที่การหายใจ ทำเย็นก่อนวันผ่าตัด วัน ผ่าตัด วันแรกและวันที่ 2 หลังผ่าตัด ประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัดความปวดของจอห์นสัน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความปวดและจำนวนยาแก้ปวดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน

Mogan, 1984 อ้างถึงใน สุนันทา ศรีวิวัฒน์, 2538) ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายต่อความ ปวดหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบไม่รีบด่วน จำนวน 100 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 50 คน ด้วยวิธีการสุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล ตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายในระยะก่อนผ่าตัด และขณะลุกจากเตียงวันแรกหลังผ่าตัด ประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัดความปวดของจอห์นสัน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความปวดและจำนวนยาแก้ปวด จำนวนวันที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

รวีพรรณ มงคล (2529) ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายต่อความปวดหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 14 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการสอนเกี่ยวกับการฝึกการผ่อนคลายตามหลักการของจาคอบสัน (Jacobson, อ้างใน รวีพรรณ, 2529) จากผู้วิจัย โดยให้ฝึก 3 ครั้ง ก่อนผ่าตัด และวันที่ 1-6 หลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความปวดและปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รุ่งทิพย์ จามรมาน (2532) ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายต่อการลดความปวดหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 23 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการสอนเกี่ยวกับการฝึกการผ่อนคลายและการนิกภาพในทางบวก โดยฟังเทปที่ผู้วิจัยสร้าง ในเวลาเย็นของวันที่ 1 หลังการผ่าตัด และเย็นวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความปวดและปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิญา วงศ์พิริยะโยธา (2535) ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความปวดหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัด จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการสอนเกี่ยวกับการฝึกการผ่อนคลายแบบวิธีการหายใจของเบนสัน (Benson's respiratory one method อ้างใน อภิญา วงศ์พิริยะโยธา, 2535) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความปวด ความดันโลหิต การตอบสนองต่อความปวดในด้านน้ำเสียง การเคลื่อนไหว และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และสัดส่วนของพฤติกรรมตอบสนอง ต่อความปวดในด้านสีหน้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่าง

Ludvigson และ Rottman (1989) พบว่าน้ำมันหอมระเหยมีผลต่ออารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Buchbauer และ คณะ (1991) พบว่าในการสูดดมน้ำมันหอมลาเวนเดอร์มีผลต่อการระงับประสาท

Tweed (1999) ได้ศึกษาผลของการสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ต่ออารมณ์และการตอบสนองทางชีววิทยา (Affective and biological responses to the inhalation of essential oil lavender) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเปลี่ยนแปลงของความวิตกกังวล ความดันเลือด ชีพจร และการหายใจ ซึ่งอาจเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ไม่ตอบสนองเพียงพอต่อการ

วัดผลของกลิ่นลาเวนเดอร์ต่ออารมณ์หรือจากการควบคุมการทดลองไม่เพียงพอเกี่ยวกับการไหลเวียนของอากาศและการกระจายของกลิ่นต่อกลุ่มตัวอย่าง

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2535) ศึกษาการรับรู้และวิธีบรรเทาปวดและวิธีบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีการรับรู้ความปวดมาก 3 ลำดับแรก ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด คือ การเปลี่ยนท่า การไอและการนอนนาน ๆ ปัจจัยที่ทำให้ความปวดลดลงคือยาแก้ปวดโดยผู้ป่วยบอกว่าช่วยลดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้หลับได้ดีขึ้น วิธีการบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยใช้มาก ร้อยละ 99 ใช้วิธีพลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย ร้อยละ 85 ใช้วิธีหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอ และร้อยละ 78 ใช้วิธีลูบเบา ๆ บริเวณผิวหนังใกล้กับแผล วิธีบรรเทาปวดโดยพยาบาล พบว่า วิธีบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาล 6 อันดับแรก คือ ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในระหว่างมีความปวด การแนะนำในการพลิกตัว ลูกนั่ง การดูแลความสุขสบาย การให้ความเอาใจใส่ในความปวด การให้ยาแก้ปวดทันทีเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด และการแสดงความเข้าใจและเห็นใจในความปวด ความพึงพอใจต่อการดูแลปัญหาความปวด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 43 รายงานว่า ความปวดเป็นไปตามที่คิดไว้ ร้อยละ 27 รายงานว่าความปวดรุนแรงกว่าที่คาดคิด และพบว่า ผู้ป่วยที่มีความปวดมากร้อยละ 40 ปวดปานกลางร้อยละ 47 และพบว่าปวดน้อยหรือไม่ปวดเลยเพียงร้อยละ 13 มีผู้ป่วยร้อยละ 11 รู้สึกพึงพอใจในการบรรเทาปวดด้วยตนเอง วิธีที่ใช้ได้แก่เทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ การจินตนาการทางบวก

สุดกัญญา พัทวี (2541) ได้ศึกษาประสบการณ์ความปวด และการจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก พบว่าวิธีการจัดการกับอาการปวดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอ ส่วนวิธีที่แพทย์และพยาบาล ใช้มากที่สุดคือ การให้ความสนใจถามถึงความปวด และการจัดการกับอาการปวดด้วยยาบรรเทาปวด

การศึกษาถึงผลของสูดดมบำบัดวิธีสูดดม (inhalation) ในการบรรเทาความปวด Gedney และคณะ (2004) ศึกษาผลของการรับรู้ความรู้สึกและการแยกแยะต่อความรู้สึกปวดหลังจากการสูดดมน้ำมันหอมระเหย พบว่าความรุนแรงของความปวดและความทุกข์ทรมานลดลงหลังการสูดดม น้ำมันหอมกลิ่นลาเวนเดอร์เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง

ปรีดา บุญสุวรรณ (2547) ศึกษาผลของการสอนการจัดการกับอาการปวดก่อนผ่าตัดต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช พบว่า การสอนการจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดควบคู่กับคู่มือการจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดมีผลต่อการลดลงของระดับคะแนนความปวดที่น้อยกว่าสอนโดยไม่ได้ใช้คู่มือการจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัด

สายไหม ตูมวิจิตร (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด

พบว่าความเหนียวล้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุรชาติพ เกษตรลักษณ์ (2549) เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ต่อกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด คะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบาย วันที่ 2 วันที่ 3 และ วันที่ 4 ระหว่างกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย มีคะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบายต่ำที่สุด รองลงมาคือกลุ่มที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด และกลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติตามลำดับ

ธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์ (2549) เปรียบเทียบความปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อม ตูทหมากระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ความปวด เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องซึ่งถือว่าการผ่าตัดใหญ่ มีผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน รบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การบรรเทาปวดหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับอย่างเพียงพอ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในปัจจุบันมีการให้ความสำคัญกับความปวดมากขึ้น แต่ประสิทธิภาพในการจัดการความปวดยังไม่ดีเท่าที่ควรเพราะความปวดมีความซับซ้อน การจัดการกับความปวดอาจทำได้เป็นบางส่วนอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการมาเป็นแนวทางในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดจะทำให้พัฒนาการจัดการกับอาการปวดได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากการจัดการครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพในการประเมินอาการปวด หากวิธีการจัดการกับอาการปวด และการประเมินผลการจัดการอาการปวด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัด

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินประสบการณ์ความปวด

- สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย
- ประเมินประสบการณ์ความปวด ได้แก่ การรับรู้ความปวด การตอบสนองต่อความปวด การจัดการกับอาการปวด ความคาดหวัง และความต้องการจัดการกับอาการปวด

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้

- การให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการกับอาการปวด
- ให้ความรู้ เกี่ยวกับสுவคนธบำบัดในการลดความปวด
- ประเมินความชอบกลิ่นน้ำมันหอมระเหย
- สาธิตวิธีการสูดดมน้ำมันหอมระเหย
- การให้โอกาสผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย การจัดการกับอาการปวด
- แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยอ่านคู่มือ การจัดการกับอาการปวด ทบทวน

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัด

- พยาบาลประเมิน ความรู้สึกตัว สัญญาณชีพของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลประเมินความปวด
- ผู้ป่วยรายงานความปวดแก่พยาบาล เพื่อการจัดการกับอาการปวด
- พยาบาลดูแลการจัดท่า การเคลื่อนไหว เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีความปวด
- การใช้สுவคนธบำบัดโดยการสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการจัดการกับอาการปวด

- การ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับความรู้ และการจัดการกับอาการปวด ว่าสามารถนำไปจัดการกับความปวดด้วยตนเองว่า ได้ผลอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคหรือไม่ และ เสนอตัวให้ความช่วยเหลือ
- ผู้ป่วย ประเมินการสูดดมน้ำมันหอมระเหยว่าผลเป็นอย่างไร

ความปวด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบแผนการวิจัยเป็นแบบแผนการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง(The pretest-posttest control group design) (Polit และ Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัดต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง	O_1	X	O_2
กลุ่มควบคุม	O_3	-	O_4

- X แทนการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัด
- O_1 แทนคะแนนความปวดก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง
- O_2 แทนคะแนนความปวดหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
- O_3 แทนคะแนนความปวดก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม
- O_4 แทนคะแนนความปวดหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยหญิงที่ผ่าตัดโรคทางนรีเวช เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องและพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อายุระหว่าง 20 – 59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยหญิงที่ผ่าตัดโรคทางนรีเวช เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องและพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อายุระหว่าง 20 – 59 ปี ระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2550 จำนวน 36 ราย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบ 80 % ระดับนัยสำคัญ α 0.05 ขนาดอิทธิพลจากการทบทวนวรรณกรรม .50 และจาก Statistical Power Table ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 36 ราย ผู้วิจัยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 36 ราย โดยแบ่งกลุ่มทดลอง 18 รายและกลุ่มควบคุม 18 ราย และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติคัดเข้า(inclusion criteria) คือ

1.1 เป็นผู้ป่วย ที่แพทย์นัดผ่าตัดอวัยวะภายในช่องท้องทางนรีเวช และได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

1.2 ไม่มีประวัติติดยาเสพติด หรือใช้ยาเสพติดเป็นประจำ ไม่มีประวัติโรคมะเร็ง และโรคหอบหืด

1.3 อ่าน เขียน และ พูดภาษาไทยได้

1.4 การมองเห็น การได้ยิน และการรับกลิ่นปกติ

1.5 ไม่มีประวัติแพ้ น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์

1.6 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

1.7 ไม่มีประวัติแพ้ น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์

2. กำหนดคุณสมบัติคัดออก (exclusional criteria) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ทำให้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป หรือมี ภาวะความดันโลหิตต่ำ

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 รายแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม และอีก 18 ราย โดยจับคู่ (Matched pair) โดยให้ 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน ในเรื่อง อายุ โดยให้มีอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี และการวินิจฉัยโรคเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน และการผ่าตัดชนิดเดียวกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ตามอายุ การวินิจฉัยโรค และการผ่าตัด

คู่ที่	อายุ		การวินิจฉัยโรค		ชนิดของการผ่าตัด	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	38	39	เนื้องอกมดลูก	เนื้องอกมดลูก	ตัดมดลูก	ตัดมดลูก
2	39	39	เนื้องอกมดลูก	เนื้องอกมดลูก	ตัดมดลูกและ รังไข่	ตัดมดลูก
3	48	47	เนื้องอกมดลูก	เนื้องอกมดลูก	ตัดมดลูกและ รังไข่	ตัดมดลูกและ รังไข่
4	32	33	ถุงน้ำรังไข่	ถุงน้ำรังไข่	ตัดรังไข่	ตัดรังไข่และ ท่อนำไข่
5	30	26	ถุงน้ำรังไข่	ถุงน้ำรังไข่	ตัดรังไข่และ ท่อนำไข่	ตัดรังไข่
6	37	36	เนื้องอกมดลูก	เนื้องอกมดลูก	ตัดมดลูก	ตัดมดลูก
7	43	48	เนื้องอกมดลูก	เนื้องอกมดลูก	ตัดมดลูกและ รังไข่	ตัดมดลูกและ รังไข่
8	48	47	เนื้องอกมดลูก	เนื้องอกมดลูก	ตัดมดลูกและ รังไข่	ตัดมดลูกและ รังไข่
9	32	28	ถุงน้ำรังไข่	ถุงน้ำรังไข่	ตัดรังไข่	ตัดรังไข่
10	51	49	เนื้องอกมดลูก	เนื้องอกมดลูก	ตัดมดลูกและ รังไข่	ตัดมดลูกและ รังไข่
11	43	44	เนื้องอกมดลูก	เนื้องอกมดลูก	ตัดมดลูกและ รังไข่	ตัดมดลูกและ รังไข่
12	49	48	เนื้องอกมดลูก	เนื้องอกมดลูก	ตัดมดลูกและ รังไข่	ตัดมดลูกและ รังไข่
13	20	20	ถุงน้ำรังไข่	ถุงน้ำรังไข่	ตัดรังไข่	ตัดรังไข่
14	28	24	ถุงน้ำรังไข่	ถุงน้ำรังไข่	ตัดรังไข่และ ท่อนำไข่	ตัดรังไข่

ตารางที่ 1 การจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ตามอายุ การวินิจฉัยโรค และการผ่าตัด (ต่อ)

คู่ที่	อายุ		การวินิจฉัยโรค		ชนิดของการผ่าตัด	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
15	41	41	เนื้องอกมดลูก	เนื้องอกมดลูก	ตัดมดลูกและรังไข่ออก	ตัดมดลูก
16	43	43	เนื้องอกมดลูก	เนื้องอกมดลูก	ตัดมดลูกและรังไข่ออก	ตัดมดลูก
17	49	48	เนื้องอกมดลูก	เนื้องอกมดลูก	ตัดมดลูกและรังไข่ออก	ตัดมดลูกและรังไข่ออก
18	48	49	ถุงน้ำรังไข่	ถุงน้ำรังไข่	ตัดรังไข่ออก	ตัดรังไข่และท่อนำไข่ออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัด เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว และสามารถบรรเทาความปวดจากการผ่าตัด ด้วยการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง และได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลหลังผ่าตัดในระยะเวลาที่มีอาการปวดมากและไม่สามารถช่วยตัวเองได้ มีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้อง
1.2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

1.3 สร้างโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดโดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดทฤษฎีกลไกของน้ำมันหอมระเหยต่อร่างกาย (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2547: 5) พร้อมกับปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อกำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ เนื้อหาสาระสำคัญ กลุ่มเป้าหมาย วิธีดำเนินการ การประเมินผล สื่อที่ใช้ประกอบโปรแกรม ซึ่งเป็นโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัด

1.4. สร้างเอกสารและสื่อประกอบการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัด ในการให้ความรู้ก่อนผ่าตัด ได้แก่ 1) แผนการสอนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 2) คู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง 3) ภาพพลิกประกอบคำบรรยาย ขั้นตอนการสร้างมีดังนี้

1.4.1 ผู้วิจัยสรุปเนื้อหา หลักที่สำคัญในเรื่องความปวด การผ่าตัดช่องท้อง การจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับสுவคนธบำบัด และการนำสுவคนธบำบัดมาใช้ในการบรรเทาปวด โดยโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ คือ 1) การประเมินประสบการณ์ความปวด 2) การให้ความรู้ 3) การจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัด และ 4) การประเมินผลการจัดการกับอาการปวด

1.4.2 ภาพที่มีความสอดคล้องกับเนื้อหา แล้วนำไปเคลือบพลาสติกเพื่อใช้เป็นภาพพลิกให้ความรู้และบรรจุในคู่มือการจัดการกับอาการปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่เข้ารับการผ่าตัด

1.4.3 จัดพิมพ์ คู่มือการจัดการกับอาการปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวด จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย วิทยุณีแพทย์ ผู้มีผลงานทาง

วิชาการและมีความเชี่ยวชาญในเรื่องการระงับปวด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานทางวิชาการ และมีความเชี่ยวชาญในเรื่องความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงาน ด้านวิชาการเกี่ยวกับสูทคนธบำบัด 1 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญด้านการพยาบาลวิสัญญีวิทยา และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด 1 ท่าน (ตั้งรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา แล้วนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) โดยกำหนดให้คะแนนความคิดเห็นแบ่งเป็นระดับ 1-4 คะแนน ถ้าเห็นด้วยมากที่สุดให้ 4 คะแนน และถ้าไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน โดยเลือกจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นในระดับ คะแนน 3 และ 4 หารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ซึ่งคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และได้้นำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1.1 ควรเพิ่มรายละเอียดกิจกรรมของโปรแกรมการทดลอง โดยปรับขั้นตอนของโปรแกรม และแผนการสอนให้เห็นภาพรวมของกิจกรรมชัดเจน และระบุว่าใคร ทำอะไร

1.2 ภาพพลิก ภาพที่ 5 ผู้ป่วยขณะเริ่มดมยาสลบในห้องผ่าตัด ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงตัดออก และเพิ่มภาพที่ 11 ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดในห้องพักฟื้น โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดเมื่อผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด

1.3 ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม คือ หลังจากผู้ป่วยสูดดมน้ำมันหอมระเหย โดยการหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ 5 - 10 นาที แล้วให้สอดแผ่นสำลีที่ยังมีกลิ่นน้ำมันหอมระเหยไว้ในปลอกหมอนด้านบนที่ผู้ป่วยหนุน โกลี ๆ ใบหน้า และจุมูกผู้ป่วย ให้มีกลิ่นหอมกรุ่นอยู่ต่อไป และเติมน้ำมันหอมระเหยเมื่อครบ 4 ชั่วโมง

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการกับอาการที่สร้างขึ้น และสื่อประกอบการใช้โปรแกรมที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน พบว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สูทคนธบำบัดต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และสื่อประกอบการใช้โปรแกรม สามารถนำไปใช้ได้จริง กิจกรรมและเนื้อหาที่มีความเหมาะสม เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายให้ความสนใจ และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม สามารถนำโปรแกรมการจัดการกับอาการที่สร้างขึ้น และสื่อประกอบการใช้โปรแกรมไปใช้ในการดำเนินการวิจัยได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเกี่ยวกับ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค เป็นต้น

2.2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของความปวดโดยให้ผู้ป่วยรายงานความปวดด้วยตนเอง (Self-reported pain measurement) เป็นมาตรวัดความปวดชนิดตัวเลข 0-10 (0-10 Numerical Rating Scale) เรียกมาตรวัดความปวดแบบช่อง 11 ระดับคะแนน (11-Point Box Scale :BS-11) โดย Jensen et al.(1986) โดยผู้ป่วยจะเลือกตัวเลขแทนความปวดที่ได้รับโดยทำเครื่องหมาย “X” ลงบนช่องตัวเลข โดย 0 หมายถึง ไม่เจ็บปวดเลย และ 10 หมายถึงเจ็บปวดจนทนไม่ได้ เป็นแบบประเมินที่เข้าใจง่าย เหมาะสำหรับผู้ที่มีความปวดเฉียบพลัน เคยมีใช้ในการวิจัยของ พรนิภา ลีละชนกฤษ์ ในการศึกษาผลของการใช้สื่ออารมณ์ขันที่มีต่อความปวดและความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร (2542)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ปวดเลย			ปวดปานกลาง					ปวดมากจนทนไม่ได้		

การแบ่งระดับความปวด คะแนนความปวด แบ่งออกเป็น 4 ช่วงคือ

คะแนนความปวดอยู่ในช่วง	0	หมายถึง	ไม่มีความปวดเลย
คะแนนความปวดอยู่ในช่วง	1 - 3	หมายถึง	ความปวดเล็กน้อย
คะแนนความปวดอยู่ในช่วง	4 - 6	หมายถึง	ความปวดปานกลาง
คะแนนความปวดอยู่ในช่วง	7 - 10	หมายถึง	ความปวดมาก

3. เครื่องมือประเมินความปวด

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำไปประเมินความปวดของผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest method) โดยใช้เครื่องมือทดสอบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช 30 ราย ทดสอบ 2 ครั้ง ห่างกัน 10 นาที หากค่าความเที่ยงก่อนนำไปใช้จริง ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.86

4. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง เป็นแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดของผู้ป่วยด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 12 ข้อคำถาม เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการกับอาการปวด หลังจากให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อลดความปวดจากการผ่าตัดช่องท้องและการสูดดมน้ำมันหอมระเหย ว่าได้ปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการกับอาการปวดหรือไม่ เพียงใด มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

4.1. ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้อง

4.2. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

4.3. สร้างข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวด

โดยเกณฑ์การให้คะแนนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นเลย
- 1 หมายถึง ปฏิบัติในข้อนั้นเป็นบางครั้ง
- 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง

ถ้าคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 แสดงว่าผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดด้วยตนเองได้ แต่ถ้าคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้สอบถามและให้ความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติม ในการศึกษาครั้งนี้ ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากกว่าร้อยละ 80

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจ และแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล ผู้มีผลงานด้านวิชาการเกี่ยวกับสูทคนรับบำบัด 1 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญด้านการพยาบาลวิสัญญีวิทยา และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด 1 ท่าน และ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีความปวดหลังผ่าตัด 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของกิจกรรม การลำดับของเนื้อหา มีการแก้ไขดังนี้

1. ข้อ 2 “ ท่านขอให้พยาบาล หรือญาติช่วยเมื่อต้องการเปลี่ยนท่า หรือพลิกตะแคงตัว” ปรับแก้เป็น “ ท่านขอให้พยาบาล หรือญาติช่วยเมื่อต้องการเปลี่ยนท่าในบางครั้งที่ท่านไม่สามารถทำได้ เช่นท่านนอนเป็นท่านั่ง”

2. ข้อ 3 จาก “ ท่านนอนหัวสูง งอเข่าเล็กน้อย” ปรับแก้เป็น “ท่านได้รับการจัดท่านอนที่เหมาะสมคือให้นอนศีรษะสูงและงอเข่า 2 ข้างเล็กน้อย” และเปลี่ยนเป็นข้อ 4

3. ข้อ 6 “ท่านหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ สม่่าเสมอ 5- 10 นาที เมื่อประสบกับความปวดหรือต้องการผ่อนคลาย” ปรับแก้โดยแบ่งเป็น 2 ข้อ คือ ข้อ 6 “ท่านหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ สม่่าเสมอ 5- 10 นาที เพื่อให้ผ่อนคลาย” และข้อ 7 “ท่านหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ สม่่าเสมอ 5- 10 นาที เมื่อประสบกับความปวด เช่นก่อนการเคลื่อนไหวร่างกาย”

4. ข้อ 7 “ท่านบอกความรุนแรงความปวดแก่พยาบาล หรือแพทย์ ตามแบบประเมินความปวด” ให้ต่อจากข้อ 1 เนื่องจากเป็นคำถามที่ต่อเนื่องกัน

5. ข้อ 8 จาก “ท่านสังเกตตัวเองหลังได้รับยาแก้ปวด เกี่ยวกับผลการระงับปวด” ปรับแก้ “ท่านสังเกตอาการของตนเองหลังได้ยาระงับปวด”

6. ข้อ 9 “ท่านสังเกตอาการข้างเคียงของตัวเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงหลังได้รับยาแก้ปวด” ปรับแก้เป็น “หลังจากได้รับยาแก้ปวดแล้วท่านได้สังเกตอาการว่ามีความผิดปกติหรือไม่”

5. แบบสัมภาษณ์ความเห็นหรือความรู้สึกต่อการสูดดมน้ำมันหอมระเหย

แบบสัมภาษณ์ความเห็นหรือความรู้สึกต่อการสูดดมน้ำมันหอมระเหย เพื่อประเมินผลการจัดการกับอาการปวดในส่วนของบุคลากรพยาบาล ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของน้ำมันหอมระเหยต่อความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. สร้างข้อคำถามเกี่ยวกับผลของน้ำมันหอมระเหยต่อความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความเห็นหรือความรู้สึกต่อการสูดดมน้ำมันหอมระเหย ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบและแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 1 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในการผลิตและการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อสุขภาพ ตรวจสอบโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อ 3 “รู้สึกพึงพอใจต่อการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหย” ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นว่า เป็นการวัดความพึงพอใจ ปรับแก้และเปลี่ยนเป็นข้อ 9 “รู้สึกชอบกลิ่นน้ำมันหอมระเหย”

2. ข้อ 7 “รู้สึกอบอุ่นใจ” น่าจะเพราะสบายทำให้อบอุ่นใจ ผู้วิจัยจึงตัดออก และเพิ่มข้อใหม่แทนเป็น ข้อ 6 “รู้สึกสดชื่น”

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยดำเนินการทดลอง 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นเตรียมการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ขั้นเตรียมผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อให้เป็นผู้มีความรู้และมีความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้โดยการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องความปวด การประเมินความปวด การผ่าตัดช่องท้อง การจัดการกับอาการปวด ทั้งการใช้ยาระงับปวด และไม่ใช้ยาระงับปวด การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง การฝึกการหายใจผ่อนคลาย และการใช้สุคนธบำบัดวิธีสูดดมน้ำมันหอมระเหยอย่างถูกต้อง โดยการทบทวนวรรณกรรมและเข้ารับอบรมหลักสูตรวิชาน้ำมันหอมระเหยเพื่อสุขภาพเบื้องต้น ที่ดำเนินการสอนโดยอาจารย์ ดร. จงกษพร พินิจอักษร โรงเรียนน้ำมันหอมระเหยเพื่อสุขภาพ กรุงเทพมหานคร และการเตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อจัดการกระทำกับผู้ป่วยให้มีความคงที่ในทุกครั้งของการทดลอง

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อป้องกันความลำเอียง (bias) และในการตอบแบบประเมินความปวดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน และกำหนดคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย โดยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยดังนี้

1.2.1 แนะนำตัวแก่ผู้ช่วยวิจัย และแจ้งให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย โดยอธิบายรายละเอียดของการดำเนินการทดลองตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1.2.2 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายเกี่ยวกับแบบประเมินความปวด และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบประเมินความปวดพร้อมทั้งซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจ

1.3 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3.1 โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

1.3.2 แผนการสอน ภาพพลิก คู่มือ

1.3.3 เตรียมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ที่สกัดจากธรรมชาติ บรรจุ
ในขวดสีชาที่ป้องกันแสง 1 ขวด อยู่ในสภาพพร้อมใช้

1.3.4 สำลีสขนาด 4 × 6 เซนติเมตร ที่สะอาด ไม่มีกลิ่น ใช้สำหรับหยด
น้ำมันหอมระเหยเพื่อสูดดมกลิ่น

1.3.5 กระบอกฉีดยา ขนาด 1 มิลลิลิตร ใช้สำหรับดูดและหยดน้ำมันหอมระเหย
ลงบนแผ่นสำลีส

1.4 เตรียมสถานที่สำหรับดำเนินการทดลอง จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัวและสงบ
ไม่มีการรบกวนจากบุคคลอื่น แสง และเสียงที่ไม่จำเป็น เสียงและที่นอนสะอาด บริเวณรอบๆ
เตียงนอนไม่มีกลิ่นรบกวน ให้มีอากาศไหลเวียนดี

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่กำหนดไว้เป็นประจำ จากพยาบาล
ประจำหอผู้ป่วย และกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา ได้แก่ การเตรียมผ่าตัด ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยา
ระงับความรู้สึก ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึกได้แก่
การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติตัว
ได้ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการพยาบาลในระยะหลังกลับจากห้อง
ผ่าตัด ได้แก่การประเมินสภาพด้านสัญญาณชีพ ความรู้สึกตัว แผลผ่าตัด ท่อระบายต่าง ๆ ดูแลให้
ทางเดินหายใจโล่ง ในระยะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวไม่เต็มที่ กระตุ้นให้หายใจยาว ๆ ลึก ๆ ทุก 15 นาที เพื่อ
ป้องกันและเพิ่มออกซิเจนในเลือด และให้การพยาบาลที่จำเป็นได้แก่ ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ
เพียงพอ สายปัสสาวะและท่อระบายไหลสะดวก ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินความ
ปวด และให้ยาระงับปวด ประเมินการหายใจ การทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ติดตาม
ผลการรักษา และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

ครั้งที่ 1 พบผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด 1 วัน สร้างสัมพันธภาพที่ดี ทักทายชื่อผู้ป่วย
ถามความเป็นอยู่ทั่วไป ข้อมูลความเจ็บป่วย การได้รับความปวด การรับผู้วิจัยขอความร่วมมือ
ในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย แจ้งกลุ่มควบคุมว่าจะขอประเมินความปวด ด้วยแบบประเมินความ
ปวด ในการรวบรวมข้อมูล อธิบายให้รู้จักและทดลองใช้แบบประเมินความปวดที่ผู้วิจัยใช้ในถาม
หรือประเมินความปวดหลังผ่าตัด

ครั้งที่ 2 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง ในวันผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดี
กับผู้ป่วย ประเมินความสภาพร่างกาย ความรู้สึกตัว ประเมินความปวดด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้
ในการรวบรวมข้อมูล ใช้เวลา 5 นาที

ครั้งที่ 3 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 17.00 น. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ประเมินความสภาพร่างกาย ความรู้สึกตัว ประเมินความปวดด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้เวลา 5 นาที

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติ เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัด โดยผู้วิจัยพบผู้ป่วย 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ดังนี้

ครั้งที่ 1 พบผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. ประเมินประสบการณ์การรับรู้ความปวด เริ่มด้วยสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทักทายชื่อผู้ป่วยถามความเป็นอยู่ทั่วไป ขอความร่วมมือในการทดลอง ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง ได้แก่ ในการรับรู้ความปวดได้แก่ประสบการณ์ความปวด การผ่าตัด การจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองเช่น ทำอย่างไรเมื่อประสบกับความปวดที่ผ่านมา ในการผ่าตัดครั้งนี้มีวิธีการลดความปวดหรือไม่ ต้องการลดความปวดมากน้อยเพียงใด

2. การให้ความรู้ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ยังไม่ทราบ หรือเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการกับอาการปวด แจกคู่มือให้ผู้ป่วยอ่านประกอบการสอน ให้ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุที่ทำให้เกิดความปวดจากการผ่าตัด ผลของความปวด การจัดการกับอาการปวด การได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยดูภาพพลิกสิ่งที่ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องได้รับและประสบในระยะผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด สภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น และฝึกปฏิบัติการปฏิบัติเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการปวด ได้แก่ แนะนำให้รู้จักแบบประเมินความปวดที่จะใช้ในการประเมินความปวด การแสดงออกและการรายงานความปวด การติดต่อสื่อสารกับพยาบาล เพื่อการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดหลังจากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เช่น การขอยาแก้ปวด เมื่อรู้สึกปวด แผลผ่าตัดและต้องการบรรเทาปวด การจัดท่านอนและการเคลื่อนไหวที่บรรเทาความปวด การฝึกการหายใจผ่อนคลาย เมื่อต้องเผชิญกับความปวด การพูดคุยกับทีมสุขภาพเพื่อร่วมวางแผน และให้การช่วยเหลือในการควบคุมความปวด

2.2 การให้ความรู้และประโยชน์ของน้ำมันหอมระเหย ที่ทำให้ลดความปวด การสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ โดยให้ผู้ป่วยทดลองสูดดมน้ำมันหอมระเหยที่ผู้วิจัยนำมาแนะนำ ให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกต่อกลิ่นประเมินว่าชอบหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยชอบจะสาธิตวิธีการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหย

2.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ชักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจและตอบคำถามแก่ผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด และสามารถปฏิบัติในการจัดการกับ

อาการปวดหลังผ่าตัด ผู้วิจัยประเมินว่าผู้ป่วยให้ความสนใจในการให้ความรู้ โดยตั้งใจฟังการ สอน รูปภาพ และอ่านคู่มือที่ผู้วิจัยมอบให้ผู้ป่วยอ่านทบทวน และร่วมฝึกทักษะการปฏิบัติตัว เพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด โดยฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ทดลองสูดดมกลิ่นน้ำมันหอม ระเหย บอกว่าได้รับความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดความปวดมากขึ้นและมั่นใจว่าปฏิบัติ ได้

2.4 ผู้วิจัยบอกกลุ่มทดลองว่าจะพบอีก 4 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง หลัง ผ่าตัด 8 ชั่วโมง และหลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 8.00 น เวลา 12.00 น. และ เวลา 16.00 น. เพื่อให้ การดูแลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการลดอาการปวดจากการผ่าตัด และติดตามการปฏิบัติตนของท่านว่าได้ ปฏิบัติเพื่อการบรรเทาปวดได้หรือไม่เพียงไร

ครั้งที่ 2 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง ในวันผ่าตัด ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

1. การจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัด หลังจากให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินความ ปวด โดยใช้เวลาประเมิน 5 นาที แล้วผู้วิจัยเริ่มดำเนินตามโปรแกรมฯ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยประเมินความรู้สึกตัว โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ทักทายและเรียกชื่อผู้ป่วย ให้ความสนใจและซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดและอาการอื่น ๆ ที่ เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การประเมินสัญญาณชีพ และความต้องการบรรเทาปวดของผู้ป่วย

1.2 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยร่วมประเมินและรายงานความปวดแก่พยาบาลหรือ บอกผ่านญาติเมื่อมีอาการปวดเพื่อขอยาแก้ปวด

1.3 วิจัยช่วยเหลือและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนในการจัดท่านอนและ การเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อลดการดึงของกล้ามเนื้อหน้าท้องเป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีความ ปวด

1.4 ผู้วิจัยดูแลให้ผู้ป่วยหายใจผ่อนคลาย โดยการหายใจเข้าออกช้าๆ ลึก ๆ 5- 10 นาที เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความปวดเพิ่มขึ้น เช่นการเคลื่อนไหวร่างกาย และการไอ

1.5 ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์และความต้องการของผู้ป่วยหลังจากผู้วิจัยทำการทดลอง

1.6 ผู้วิจัยบอกผู้ป่วยทราบก่อนให้ผู้ป่วยสูดดมน้ำมันหอมระเหย เพื่อให้ ผู้ป่วยมีความพร้อมในการสูดดมน้ำมันหอมระเหย จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูงเล็กน้อย รู้สึก สบาย และผ่อนคลาย จัดให้ผู้ป่วยเป็นส่วนตัวลดการรบกวนผู้ป่วยจากบุคคลอื่น กลิ่น เสียง ปรับ แสงไฟให้พอเหมาะในเตียงผู้ป่วยมีอากาศถ่ายเทสะดวก เมื่อผู้ป่วยพร้อม

1.7 เมื่อผู้ป่วยพร้อม ผู้วิจัยหยคน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 0.3 มิลลิลิตร ลงบนแผ่นสำลีขนาด 4×6 เซนติเมตร ผู้วิจัยวางสำลีบนหมอนข้างมุมผู้ป่วยพอได้กลิ่น ถามผู้ป่วยว่าได้กลิ่นหรือไม่ บอกให้ผู้ป่วยสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยโดยการหายใจเข้า ช้า ๆ

ลึก ๆ และค่อย ๆ ฟ่อนหายใจออกเป็นจังหวะอย่างสม่ำเสมอพร้อมกับการหายใจฟ่อนคลาย 4 ครั้ง แล้วถามผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไร ยังมีกลิ่นอยู่หรือไม่ถ้ายังไม่ได้กลิ่นจะหยคน้ำมันหอมระเหยให้เพิ่ม ถ้ารู้สึกว่าได้กลิ่นมากเกินไป เลื่อนแผ่นสำลีห่างจากเดิมพอได้กลิ่น ให้ผู้ป่วยสูดดม 5 – 10 นาที แล้วสอดแผ่นสำลีไว้ในปลอกหมอนด้านบนใกล้จมูกผู้ป่วยหลังจากสูดดมเพื่อให้ผู้ป่วยได้กลิ่น น้ำมันหอมระเหยที่ยังเหลืออยู่ต่อไป

2. การประเมินผลการจัดการกับอาการปวด ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้การนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติในการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองว่า ปฏิบัติได้หรือไม่ ได้ผลอย่างไรโดยผู้วิจัยประเมินผลการจัดการกับอาการปวด ด้วยการซักถามผู้ป่วย การใช้เครื่องมือกำกับการทดลองสัมภาษณ์การปฏิบัติกิจกรรมหลังการทดลอง 4 ครั้ง และใช้แบบสัมภาษณ์ความเห็นหรือความรู้สึกต่อการสูดดมน้ำมันหอมระเหย เช่น รู้สึกอย่างไรขณะสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยความรู้สึกปวดลดลงหรือไม่ รู้สึกสดชื่นหรือไม่ ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกจริงของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เพื่อค้นหาวิธีแก้ปัญหา หรือทางเลือกอื่น ๆ เพื่อแก้ปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว ผู้วิจัยเสนอตัวให้คำแนะนำตามที่ผู้ป่วยต้องการ

ครั้งที่ 3 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 8.00 น. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ชั้นที่ 3 และชั้นที่ 4 ของโปรแกรมฯ เหมือนกับการพบผู้ป่วย ครั้งที่ 2 ดังนี้

1. การจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สูวคนธบำบัด
2. การประเมินผลการจัดการกับอาการปวด

ครั้งที่ 4 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 12.00 น. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ชั้นที่ 3 และชั้นที่ 4 ของโปรแกรมฯ เหมือนกับการพบผู้ป่วย ครั้งที่ 2 ดังนี้

1. การจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สูวคนธบำบัด
2. การประเมินผลการจัดการกับอาการปวด

ครั้งที่ 5 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 16.00 น. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ชั้นที่ 3 และชั้นที่ 4 ของโปรแกรมฯ เหมือนกับการพบผู้ป่วย ครั้งที่ 2 ดังนี้

1. การจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สูวคนธบำบัด
2. การประเมินผลการจัดการกับอาการปวด

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังจากที่ให้สูดดมน้ำมันหอมระเหย เป็นระยะเวลา 4 ครั้ง ส่วนใหญ่รู้สึกสดชื่น 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.24 รู้สึกสงบ 12 ราย ร้อยละ 70.59 รู้สึกสบายใจ 13 ราย คิดเป็น ร้อยละ 76.47 รู้สึกฟ่อนคลาย 10 ราย คิดเป็น 58.82

รู้ดีกว่าบรรเทาปวด 8 ราย คิดเป็น ร้อยละ 47.9 ดังรายละเอียดในตารางที่ 10 (ภาคผนวก) หน้า 133 กลุ่มทดลองบางรายต้องการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยหลังการทดลอง ผู้วิจัยจะมอบน้ำมันหอมระเหยใส่ขวดสำหรับบรรจุขนาด 10 มิลลิลิตร และ สำลีไว้ให้สำหรับหยดน้ำมันหอมสูดดมด้วยตนเองเมื่อต้องการ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือในการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบ หัวหน้าหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม และนรีแพทย์ผู้ชำนาญด้านนรีเวชกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการนัดผ่าตัดจากใบนัดการผ่าตัด ขออนุญาต ศัลยแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยและผู้ป่วยในการดูข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และผลกระทบที่ผู้ป่วยอาจจะได้รับ ขอความร่วมมือ และยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกปวดของผู้ป่วยตามความรู้สึกจริง ไม่ต้องเกรงใจ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญของการให้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อผลการรักษาและผลการศึกษาวิจัยที่แน่นอน
4. ทำการประเมินความรุนแรงความปวดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยแบบประเมินความรุนแรงความปวดแบบตัวเลข หลังผ่าตัดครบ 8 ชั่วโมง ใช้เวลาประเมิน 5 นาที โดยผู้วิจัยประเมินโดยถามความรู้สึกปวดของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจนครบ 18 ราย เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง แล้วให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินโดยถามความรู้สึกปวดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจนครบ 18 ราย
5. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัด โดยพบกับผู้วิจัย 5 ครั้ง
6. ผู้ช่วยวิจัยประเมินความปวดในกลุ่มทดลอง ด้วยแบบสอบถามชุดเดิมที่ใช้วัดก่อนการทดลองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ใช้เวลาประเมิน 5 นาที
7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย และอธิบายให้ทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับจะไม่มีเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องและนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งการออกจากการศึกษาวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้องของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบ dependent t- test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยค่าคะแนนความปวดระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบ independent t –test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สมุนไพรบำบัดต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สมุนไพรบำบัด แบบแผนการวิจัยเป็นแบบแผนการศึกษาสองกลุ่มวัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit and Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สมุนไพรบำบัดต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชกรรม จำนวน 36 ราย หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อายุระหว่าง 20 – 59 ปี ระหว่างเดือน มีนาคม – เมษายน 2550 จำนวน 36 ราย โดยแบ่งกลุ่มทดลอง 18 รายและกลุ่มควบคุม 18 ราย พบข้อมูลที่มีคะแนนความปวดมากกว่าปกติจากกลุ่มตัวอย่าง จึงตัดออกกลุ่มละ 1 ราย คงเหลือกลุ่มละ 17 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย จำแนกเป็น 3 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ใน ตารางที่ 2 และ ตารางที่ 3

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความปวด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรุนแรงของความปวด ก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการลดลงของความปวด และรู้สึกตัวดี ก่อนทดลอง และหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สมุนไพรบำบัด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ใน ตารางที่ 6

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูล ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 17)		กลุ่มทดลอง (n = 17)		รวม (n = 34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
20 – 30	3	17.64	4	23.52	7	20.59
31 – 40	5	29.41	4	23.52	9	26.47
41 – 50	8	47.06	9	52.94	17	50.00
51 – 60	1	5.88	0	0	1	2.94
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถม	11	64.70	8	47.06	19	55.88
มัธยม	5	29.41	9	52.94	14	41.18
ปริญญาตรี	1	5.88	0	0	1	2.94
อาชีพ						
พนักงานธุรกิจเอกชน	2	11.76	1	5.88	3	8.82
แม่บ้าน	4	23.52	6	35.29	10	29.41
นักเรียน นักศึกษา	0	0	1	5.88	1	2.94
เกษตรกร	7	41.17	3	17.64	10	29.41
กิจการส่วนตัว	4	23.52	6	35.29	10	29.41

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 17)		กลุ่มทดลอง (n = 17)		รวม (n = 34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน /บาท						
ไม่มีรายได้	0	0	1	5.88	1	2.94
5,000 – 9,999	5	29.41	6	35.29	11	32.35
10,000 – 29,999	11	64.70	7	41.2	18	52.94
30,000 – 49,999	1	5.88	3	17.6	4	11.76
สิทธิการรักษาพยาบาล						
สุขภาพถ้วนหน้า	15	88.23	15	88.23	30	88.23
ประกันสังคม	2	11.76	1	5.88	3	8.82
จ่ายเอง	0	0	1	5.88	1	2.94
เคยรักษาในโรงพยาบาล						
เคยรักษา	9	52.94	11	64.70	20	58.82
ไม่เคยรักษา	8	47.06	6	35.29	14	41.18
เคยได้รับการผ่าตัด						
เคย	9	52.94	9	52.9	18	52.94
ไม่เคย	8	47.06	8	47.06	16	47.05
มีความปวดก่อนผ่าตัด						
มี	5	29.41	2	11.76	7	20.59
ไม่มี	12	70.58	15	88.23	27	79.41

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 17)		กลุ่มทดลอง (n = 17)		รวม (n = 34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับยาแก้ปวดก่อนผ่าตัด						
ได้รับ	2	11.76	0	0	2	5.88
ไม่ได้รับ	15	88.23	17	100	32	94.12
การวินิจฉัยโรค						
เนื้องอกของมดลูก	12	70.58	12	70.58	24	70.59
เนื้องอกของรังไข่	5	29.41	5	29.41	10	29.41
การผ่าตัด						
ตัดมดลูก หรือตัดมดลูกและ รังไข่ออก	12	70.58	12	70.58	24	70.59
ตัดท่อนำไข่ หรือตัดท่อนำไข่ และรังไข่หรือถุงน้ำรังไข่ออก	5	29.41	5	29.41	10	29.41
วิธีระงับความรู้สึก						
ชาสลบ	17	100	17	100	34	100
ระยะเวลาผ่าตัด						
25 – 30 นาที	1	5.88	3	17.64	4	11.76
31 – 60	12	70.58	10	58.82	22	64.71
61 – 90	4	23.52	4	23.52	8	23.53

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูล ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n = 17)		(n = 17)		(n = 34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมีท่อระบาย						
สายสวนปัสสาวะ	17	100	17	100	34	100
จะทำอย่างไรเมื่อปวดแผล						
อดทน	3	17.64	2	11.76	5	14.71
แจ้งพยาบาล	14	82.35	15	88.23	29	85.30
ความต้องการลดปวด						
มาก	0	0	4	23.5	4	11.76
มากที่สุด	17	100	13	76.47	30	88.24
มีวิธีลดปวดด้วยตนเองมาก่อน						
มี	1	5.88	1	5.88	2	5.88
ไม่มี	16	100	16	94.1	32	94.12

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ส่วนใหญ่ อายุ 41- 50 ปี ร้อยละ 50 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 55.88 สิทธิการรักษาพยาบาลมีบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 88.24 เคยรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 58.82 เคยได้รับการผ่าตัดร้อยละ 52.94 ส่วนใหญ่ไม่มีความปวดก่อนได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 79.41 และมีความปวดก่อนผ่าตัดร้อยละ 20.59 ได้รับยาแก้ปวดก่อนผ่าตัดร้อยละ 5.88 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เนื่องมาจากของมดลูก ร้อยละ 70.59 ได้รับการผ่าตัดมดลูกออก หรือผ่าตัดมดลูกและ ตัดรังไข่ออก ร้อยละ 70.59 ระยะเวลาในการผ่าตัด 31- 60 นาที ร้อยละ 64.71 จะแจ้งให้พยาบาลทราบเมื่อปวดแผลผ่าตัด ร้อยละ 85.30 รองลงมาจะอดทนร้อยละ 14.71 ไม่เคยได้รับการผ่าตัดร้อยละ 52.88 ไม่มีอาการปวดก่อนผ่าตัด ร้อยละ 79.41 และไม่ได้รับยาแก้ปวดก่อนผ่าตัดร้อยละ 94.12 กลุ่มตัวอย่างต้องการลดความปวดจากการผ่าตัดให้มากที่สุด ร้อยละ 88.24 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีวิธีลดความปวดด้วยตนเองมาก่อน ร้อยละ 94.12

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามยาแก้ปวดที่ได้รับ

ยาแก้ปวดที่ได้รับหลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n = 17)		(n = 17)		(n = 34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ยา Pethidine						
ในวันผ่าตัด						
ได้รับ	15	88.23	15	88.23	30	88.23
ไม่ได้รับ	2	11.76	2	11.76	4	11.76
หลังผ่าตัดวันที่ 1						
ได้รับ	2	11.76	3	17.65	5	29.41
ไม่ได้รับ	15	88.23	14	82.35	29	85.29
ยา Paracetamol						
หลังผ่าตัดวันที่ 1						
ได้รับ	2	11.76	7	41.18	9	52.94
ไม่ได้รับ	15	88.23	10	58.82	25	73.53

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดเป็น Pethidine ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 88.23 ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับยาแก้ปวดคิดเป็นร้อยละ 50 หลังผ่าตัดวันที่ 1 ได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดเป็น Pethidine ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 29.41 โดยกลุ่มควบคุมได้รับคิดเป็นร้อยละ 11.76 และกลุ่มทดลองได้รับคิดเป็นร้อยละ 17.65 และได้รับยาแก้ปวดชนิดรับประทาน Paracetamol คิดเป็นร้อยละ 52.94 โดยกลุ่มควบคุมได้รับคิดเป็นร้อยละ 11.76 และกลุ่มทดลองได้รับคิดเป็นร้อยละ 41.18 กลุ่มควบคุมไม่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 85.29 กลุ่มทดลองไม่ได้รับคิดเป็น 58.82

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความปวด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความปวดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความปวด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความปวดก่อนและ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนน ความปวด	\bar{x}	S.D.	ระดับ
กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง	6.71	2.23	มาก
หลังการทดลอง	3.59	1.37	ปานกลาง
กลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	5.71	2.09	ปานกลาง
หลังการทดลอง	4.18	1.38	ปานกลาง

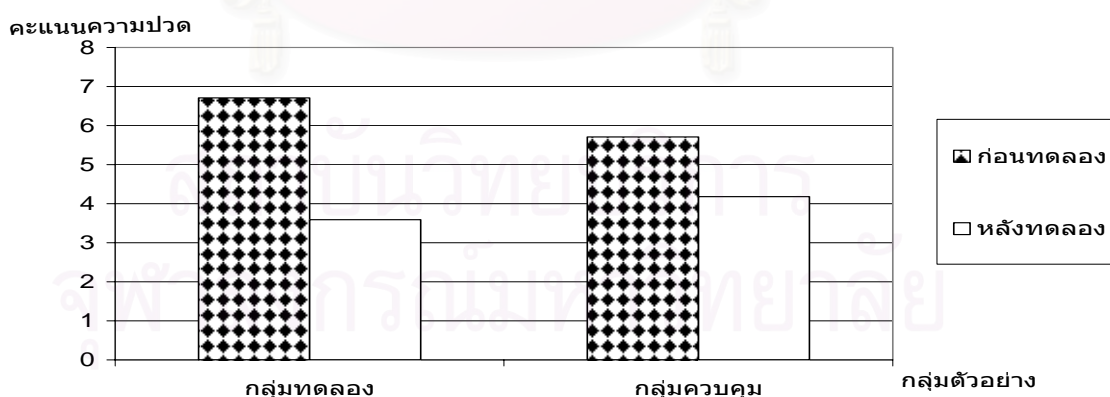
จากตารางที่ 4 กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง คะแนนความปวด 6.71 คะแนน มีระดับความรุนแรงของความปวดมาก หลังการทดลองคะแนนความปวด 3.59 คะแนน มีระดับรุนแรงของความปวดปานกลาง กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองคะแนนความปวด 5.71 คะแนน มีระดับความรุนแรงของความปวดมาก หลังการทดลองคะแนนความปวด 4.18 คะแนน มีระดับความปวดปานกลาง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้ dependent t-test

ความปวด	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	S.D.	df	t-test	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 17)					
ก่อนทดลอง	6.71	2.23	16	8.15	.000
หลังทดลอง	3.59	1.37			
กลุ่มควบคุม (n = 17)					
ก่อนทดลอง	5.71	1.37	16	4.08	.001
หลังทดลอง	4.18	1.38			

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในรูปกราฟ ภาพที่ 6



ภาพที่ 6 กราฟแสดงคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการลดลงของคะแนนความปวดระหว่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ กำหนดให้การลดลงของความปวด (d) หมายถึงผลต่างระหว่างความปวดก่อนทดลองกับความปวดหลังทดลอง ดังนั้น \bar{d} หมายถึงค่าเฉลี่ยการลดลงของความปวด และ Sd หมายถึงค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการลดลงของความปวด

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความค่าเฉลี่ยการลดลงของความปวดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้ independent t-test ($n = 34$)

ความปวด	d	Sd	\bar{d}	Sd	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	3.12	1.58					
			1.59	.53	32	2.97	.006
กลุ่มควบคุม	1.53	1.55					

จากตารางที่ 6 พบว่า ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความปวดระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{x}_{\text{ก่อนทดลอง}} - \bar{x}_{\text{หลังทดลอง}} = 3.12$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}_{\text{ก่อนทดลอง}} - \bar{x}_{\text{หลังทดลอง}} = 1.53$) มีค่าเท่ากับ 1.59 คะแนน นั่นคือค่าเฉลี่ยการลดลงของความปวดในกลุ่มทดลองมากกว่าค่าเฉลี่ยการลดลงของความปวดในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – control group research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest - posttest experimental design) (Polit and Beck, 2004)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบการลดลงของความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดมีความปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัด
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดมีความปวดลดลงมากกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยหญิงที่ผ่าตัดโรคทางนรีเวช ที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องและพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อายุระหว่าง 20 – 59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยหญิงที่ผ่าตัดโรคทางนรีเวช ที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องและพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อายุระหว่าง 20 – 59 ปี ระหว่างเดือน มีนาคม - เมษายน 2550 จำนวน 36 ราย โดยแบ่งกลุ่มทดลอง 18 รายและกลุ่มควบคุม 18 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติคัดเข้า (inclusional criteria) ดังนี้
 - 1.1 เป็นผู้ป่วยที่แพทย์นัดผ่าตัดด้วยภาวะภายในช่องท้องทางนรีเวช และได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
 - 1.2 ไม่มีประวัติติดยาเสพติด หรือใช้ยาระงับปวดเป็นประจำ ไม่มีประวัติโรคมะเร็ง และโรคหอบหืด
 - 1.3 อ่าน เขียน และ พูดภาษาไทยได้
 - 1.4 การมองเห็น การได้ยิน และการรับกลิ่นปกติ
 - 1.5 ไม่มีประวัติแพ้ยาต้านมะเร็งกลุ่มกลืนลาเวนเดอร์
 - 1.6 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
2. กำหนดคุณสมบัติคัดออก (exclusional criteria) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ทำให้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป หรือภาวะความดันโลหิตต่ำ
3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนด เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 รายแรก จัดให้เป็นกลุ่มควบคุม และอีก 18 ราย เข้าเป็นกลุ่มทดลอง โดยจับคู่ (Matched pair) ให้ 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน ในเรื่อง อายุ โดยให้มีอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี และการวินิจฉัยโรคเดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน และชนิดการผ่าตัดเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัด ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วย
2. การให้ความรู้
3. การจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัด
4. การประเมินผลการจัดการกับอาการปวด

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความปวด

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมความปลอดภัย

ชุดที่ 4. แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการสูดดมน้ำมันหอมระเหย

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยดำเนินการทดลอง 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ขั้นเตรียมผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อให้เป็นผู้มีความรู้และมีความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่อง ความปวด การผ่าตัดช่องท้อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง และการจัดการกับอาการปวด โดยการทบทวนวรรณกรรม และเข้ารับอบรมหลักสูตรวิชาน้ำมันหอมระเหยเพื่อสุขภาพเบื้องต้น และการเตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

1.2 ขั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการออกแบบประเมินความปวดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน โดยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

1.2.1 แนะนำตัวแก่ผู้ช่วยวิจัยและแจ้งให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย อธิบายรายละเอียดของการดำเนินการทดลองตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในกลุ่มทดลอง

1.2.2 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายเกี่ยวกับแบบประเมินความปวด และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบประเมินความปวด พร้อมทั้งซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจ

1.3 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3.1 โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้
สุวคนธบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

1.3.2 แผนการสอน ภาพพลิก คู่มือ

1.3.3 เตรียมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์

1.3.4 สำลีขนาด 4 × 6 เซนติเมตร

1.3.5 กระจกน็อคยา ขนาด 1 มิลลิลิตร

1.3.6 เตรียมสถานที่สำหรับดำเนินการทดลอง

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา ได้แก่ การเตรียมร่างกายและจิตใจให้พร้อมก่อนผ่าตัด ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการพยาบาลในระยะหลังกลับจากห้องผ่าตัด ได้แก่ การประเมินสภาพด้านสัญญาณชีพ ความรู้สึกตัว แผลผ่าตัด ให้การพยาบาลที่จำเป็นได้แก่ ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอ ติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินความปวด และให้ยาระงับปวด ติดตามผลการรักษา และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ เวลาที่ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินความปวด ดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ประเมินสภาพผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายการใช้แบบประเมินความปวด

ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 หลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 17.00 น. ประเมินความปวดหลังผ่าตัด

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติ เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัด ผู้วิจัยพบผู้ป่วย 5 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ ครั้งละ 1 ชั่วโมง ดังนี้

ครั้งที่ 1 พบผู้ป่วยก่อนในวันผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัดกับกลุ่มทดลองตามขั้นตอนของโปรแกรกดังนี้

1. การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วย
2. การให้ความรู้ โดยผู้วิจัยให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการ

กับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัดแก่ผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง ในวันผ่าตัด ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

1. การจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัด
2. การประเมินผลการจัดการกับอาการปวด

ครั้งที่ 3 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 8.00 น. ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

1. การจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัด
2. การประเมินผลการจัดการกับอาการปวด

ครั้งที่ 4 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 12.00 น. ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

1. การจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัด
2. การประเมินผลการจัดการกับอาการปวด

ครั้งที่ 5 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 16.00 น. ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

1. การจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดร่วมกับการใช้สูทคนรับน้ำหนัก
2. การประเมินผลการจัดการกับอาการปวด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 18 ราย แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบ 18 ราย ประเมินความปวดของกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง
2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยประเมินความปวดก่อนการทดลองหลังการผ่าตัด 8 ชั่วโมง และประเมินหลังทดลอง หลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 17.00 น.
3. กลุ่มทดลอง ผู้ช่วยวิจัยประเมินความปวดก่อนการทดลอง หลังผ่าตัด 8 ชั่วโมงและประเมินความปวดหลังทดลอง หลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 17.00 น.
4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

จากการตรวจสอบข้อมูล คะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีคะแนนความปวด มีในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีระดับสูง 9–10 คะแนน ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด และบอกว่ามี ความปวดมากตลอดเวลา ไม่ต้องการพูดคุย ผู้วิจัยจึงตัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองคนที่ 17 และกลุ่มควบคุม คนที่ 14 กลุ่มละ 1 ราย ดังตารางเพิ่มเติม ตารางที่ 7 และตารางที่ 8 (ภาคผนวก)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบ Dependent t- test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t –test

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐาน คือ

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดมีความปวดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับความปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดมีความปวดลดลงมากกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษารูปแบบของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 34 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัด และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัด จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

โปรแกรมการจัดการกับความปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นกิจกรรมการพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและสามารถบรรเทาความปวดที่เกิดจากการผ่าตัด โดยมีเป้าหมายเพื่อการจัดการทั้งสาเหตุของการมีอาการและการมีอาการปวดที่เกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน โดยความร่วมมือของผู้วิจัยและผู้ป่วย เริ่มด้วยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยถึงประสบการณ์ความปวดที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย ทำให้ผู้วิจัยได้ประเมินความต้องการความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่ต้องรับการผ่าตัด ความปวดก่อนผ่าตัด ความต้องการบรรเทาปวด การจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองตามความรู้เดิมของผู้ป่วย และความต้องการบรรเทาปวดจากแพทย์ และพยาบาล ผู้วิจัยแสดงความเป็นกันเอง แสดงความเห็นใจและเข้าใจ และให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีความเชื่อมั่นในการช่วยเหลือหรือบรรเทาความปวด (Caunt, 1992) เพราะการให้ความรู้ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ จะช่วยให้การสอนหรือให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

การให้ความรู้ หรือการสอนก่อนผ่าตัดเป็นการให้การพยาบาลที่จำเป็น และมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและเตรียมพร้อมด้านจิตใจสำหรับการผ่าตัด และหลังผ่าตัดในระยะพักฟื้น (Nursing Interventions Classification (NIC), 1996) การให้ความรู้ในระยะก่อนที่ผู้ป่วยได้รับความปวดและทุกข์ทรมาน เป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้อง เกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะ

ประสบในระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด จะช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดและความทุกข์ทรมาน (Gross, 1986; Wilkie, 2000) การให้ความรู้และความเข้าใจแก่ผู้ป่วยในเรื่องการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก การรักษาความปวดหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวที่ลดความปวด เช่น การสอนวิธีไอ การหายใจลึกๆ การขยับตัว และการเดินเพื่อลดอาการไม่สบายตัวหลังผ่าตัด สามารถลดความต้องการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดลง (พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน และคณะ, 2547) การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา การดูแลผู้ป่วยที่จะได้รับ ทำให้ผู้ป่วยทราบรายละเอียดของการรักษา หรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด วัตถุประสงค์และ รายละเอียดของการผ่าตัดเกี่ยวกับผู้ป่วย และการปฏิบัติตัวและหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเผชิญและเตรียมเผชิญเหตุการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมจะเกิดการเรียนรู้และคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลทั้งก่อนและหลังผ่าตัด (Leventhal และ Johnson, 1983) ข้อมูลความรู้ที่ผู้ป่วยประสบจากการผ่าตัดและความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด เช่น ความรู้สึกความปวดแผลผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจได้ ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นสอดคล้องกับที่ได้คิดมาก่อน โดยจะแปลความหมายของข้อมูลตามแบบแผนความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้องชัดเจน (Hill, 1982) ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ทำให้ความปวดและความทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดไม่รุนแรง ลดความต้องการยาแก้ปวด และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (จวี มากพุ่ม, 2530) รวมถึงการให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจ การปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับ การประเมินและการจัดการกับอาการปวด วิธีจัดการกับความปวดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2547) จะช่วยทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและการปฏิบัติตนเพื่อลดความปวดได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจากการศึกษาผู้ป่วยไม่มีวิธีจัดการความปวดด้วยตนเองร้อยละ 94.12 จากผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณิ นิพัทธกุลศลกกิจ(2537) ที่ศึกษาผลการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยต่อการลดความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนวิธีการสอนการจัดการกับอาการปวดด้วยสื่อการสอน คู่มือและภาพพลิก สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีดา บุญสุวรรณ (2547) ที่พบว่า การสอนการจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดควบคู่กับคู่มือการจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช มีผลต่อการลดลงของระดับคะแนนความปวดที่น้อยกว่าสอนโดยไม่ได้ใช้คู่มือการจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัด

การผ่าตัดช่องท้อง ทำให้เกิดความปวดแบบเฉียบพลันและจะปวดแผลผ่าตัดมากในระยะเวลาระหว่าง 12- 36 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และจะลดลงภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (นันทา

การสูดดมน้ำมันหอมลาเวนเดอร์มีผลต่อการระงับประสาท (Tweed, 1999) จากการศึกษา ความรู้สึกสดชื่นร้อยละ 88 และรู้สึกสบายใจร้อยละ 76 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ludvigson และ Rottman (1989) ที่พบว่าน้ำมันหอมระเหยมีผลต่ออารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ

การพยาบาลตามปกติ กิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้เป็นประจำของหอผู้ป่วยและ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โดยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาเป็น ผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วยการเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด การให้คำแนะนำการ ปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดตามกิจวัตร ได้แก่การดูแลให้ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ของแพทย์ ที่ให้เมื่อผู้ป่วยขอรับยาแก้ปวดและในครั้งต่อไปไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง

ยาปฏิชีวนะ และการดูแลแผลผ่าตัด ตลอดจนการประเมินสัญญาณชีพ และการตรวจเช็กม ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนและการแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่ เกิดขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ ความปวดหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แสดงว่าการพยาบาลผู้ป่วยในการจัดการกับอาการปวดได้ดี ในระดับหนึ่ง พยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ในการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย และให้ยาแก้ปวดทันทีที่ผู้ป่วยขอรับยาโดยไม่ได้ปล่อยให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายและทนทุกข์ทรมานจาก ความปวดที่มีความรุนแรงในระยะ 24 -48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่ให้ผลดีต่อ ผู้ป่วยแต่การลดลงของความปวดในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

จากการศึกษาครั้งนี้ค่าเฉลี่ยความปวดของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการกับ อาการปวดร่วมกับสูดดมน้ำมันหอมระเหยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ อาจ มีความเข้มข้นของน้ำมันหอมระเหยไม่คงที่เนื่องจากสถานที่ในหอผู้ป่วยรวมที่ไม่สามารถควบคุม การกระจายของกลิ่นได้ และสภาพอากาศที่ร้อนทำให้ต้องใช้พัดลมตลอดเวลาจึงไม่สามารถ ควบคุมความเข้มข้นของน้ำมันหอมระเหยได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับกลิ่นน้ำมันหอมระเหยไม่คงที่ นอกจากนี้การให้น้ำมันหอมระเหยเป็นช่วง ๆ ห่างกัน 4 ชั่วโมง อาจได้ผลในการบรรเทาปวดน้อย กว่ากรให้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วย

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับกร ใช้สูดดม น้ำมันหอมระเหยในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การประเมิน ประสิทธิภาพความปวดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย การให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการ จัดการกับอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยปรับการรับรู้ และมีวิธีในการดูแลตนเองในการจัดการกับ อาการปวดร่วมกับการช่วยเหลือของทีมสุขภาพในการจัดการกับอาการปวด มีส่วนช่วยให้ลดความ ปวดจากการผ่าตัดได้มากกว่ากลุ่มที่ได้เฉพาะการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในด้านปฏิบัติการพยาบาล ในการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับ सूक्คนธบำบัดไปใช้นั้น ต้องคำนึงถึงประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจะทำให้การจัดการกับอาการปวดได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และต้องมีความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบว่ามีปัญหา พยาบาลและผู้ป่วยต้องร่วมหาทางแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น และนำมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อให้การจัดการกับอาการปวดมีประสิทธิภาพ

2. ในการศึกษา ควรเลือกหรือจัดสิ่งแวดล้อมผู้ป่วยที่ไม่แตกต่างกัน ได้แก่สถานที่ในห้องผู้ป่วยรวมไม่สามารถควบคุมการกระจายของกลิ่นได้ เพื่อป้องกันการรบกวนผู้ป่วยอื่นที่ไม่ชอบกลิ่น ในผู้ป่วยบางรายอาจวิงเวียนศีรษะจากยาสลบ เมื่อได้รับกลิ่นน้ำมันหอมระเหยที่ไม่ชอบจะทำให้มีอาการเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงความเข้มข้นและการกระจายกลิ่นของน้ำมันหอมระเหย โดยให้ผู้ป่วยได้รับความเข้มข้นที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเรื่องอุณหภูมิห้อง เนื่องจากสภาพอากาศในแต่ละครั้งที่ทดลองมีความแตกต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลของการใช้ सूक्คนธบำบัดในระยะเวลาต่าง ๆ เช่นติดตามผลหลังได้รับการสูดดม 5 นาที 10 นาที 30 นาที ให้ผู้ป่วยได้รับกลิ่นในระยะเวลาต่อเนื่องเพื่อให้ได้ผลที่ชัดเจนสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้เหมาะสม

3. ควรศึกษาถึงความเข้มข้นและการกระจายกลิ่นของน้ำมันหอมระเหย โดยให้ผู้ป่วยได้รับความเข้มข้นที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเรื่องอุณหภูมิห้อง เนื่องจากสภาพอากาศในแต่ละครั้งที่ทดลองมีความแตกต่างกัน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนิษฐ ศรีปานแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2547.
- กัญญา ออประเสริฐ. การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก. ใน วรรณช เกียรติพงษ์ถาวร และคณะ พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : ลิฟวิ้ง ทรานส์ มีเดีย, 2545.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพมหานคร. บริษัทธรรมสาร, 2549.
- ขวัญหทัย ยิ้มละมัย. ผลของดนตรีบำบัดและการเทคนิคการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความรู้สึกปวดภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยใส่เหล็กตามกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตเวชวิทยาการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร. 2547.
- จงกขพร พินิจอักษร. น้ำมันหอมระเหยเพื่อสุขภาพเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: เอกสารประกอบการสอน โรงเรียนน้ำมันหอมเพื่อสุขภาพ. 2549.
- จรรยาฤกษ์ พงษ์เจริญ. ผลของการนวดต่อระดับความปวดในผู้ป่วยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2544.
- จิตรานนท์ เพ็ชรสวัสดิ์, ผุสดี สายชนะพันธ์, คันสนะ จิราวัลย์ และ ไพศาสตร์ อิศรัมย์. บรรณาธิการ. สูวคนธบำบัดศาสตร์แห่งการบำบัดด้วยกลิ่น. นิตยสารสมุนไพรเพื่อสุขภาพ. 6(เมษายน 2541) : 37-52.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. เอกสารประกอบการสอน วิทยาการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- จิราพร ศิริรัตน์. การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการลำไส้ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2543.
- จรัส เชนินิล และ พิศสม มะลิสวรรณ. น้ำมันหอมระเหย...ศาสตร์แห่งการบำบัด. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มรดกสยาม, 2546.
- ฉวี มากพุ่ม. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2530.

- ดวงดาว ดุลยธรรม. ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2544.
- ดารัสณี โปธารส. คุณภาพการนอนหลับและสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลรามารัตน์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2536.
- ดำรง ตรีสุโกศล, 2547. ตำราวิธีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- ทัศนีย์ บุญทอง. มโนคติการพยาบาลแบบองค์รวม. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์: การพยาบาลแบบองค์รวม ครั้งที่ 1 หน้า 1-5 กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- ทัศนีย์ นะแสง. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา: เทมการพิมพ์. 2542.
- ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต. จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. 2541.
- ทิพย์ถาวร เพชรประพันธ์. การรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2546.
- ธวัชชัย วรพงศธร. หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม. ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- นที เอื้อกุลกิจการ. ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยหอบหืดที่เกิดจาก การออกกำลังกาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2530.
- นवलสกุล แก้วฉาย. การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2545.
- นนทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.

- นันทา เล็กสวัสดิ์. รายงานวิจัยเรื่องความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- นิโรบล กนกสุวรรณรัตน์. การรับรู้ความปวดและวิธีการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2535.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย, 2547.
- ปราณี นิพัทธกุลสกุล. ผลการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยต่อการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2537.
- ปิลันธน์ ลิขิตกำจร. ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2546.
- ปิ่น ศรีประจิดดิษฐ์. การระงับปวดหลังผ่าตัด. วารสารสมาคมการศึกษาเรื่องความปวด 14(2546): 5-12.
- ปิ่น ศรีประจิดดิษฐ์. ความปวดหลังผ่าตัด. [online]. Available from: <http://www.pain.or.th>. 11 (July 2005). 2548.
- พงศ์การดี เจาตะเกษตริน. การระงับปวดภายหลังการผ่าตัดในอังกาบ ปราการรัตน์, เวชบำบัดวิกฤตสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรม. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- พงศ์การดี เจาตะเกษตริน และสมพันธ์ หิญชีระนันท์. Pain control and management. ในเอกสารประกอบการประชุมการฉลอง 100ปี โรงเรียนผดุงครรภ์และอนามัยศิริราช (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล): วิทยาลัยพยาบาล. มกราคม 2539.
- พงษ์เกษม วรเศรษฐสิน และคณะ. ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- พรนรินทร์ อุดมถาวรสุข. ผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการลดความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อตะโพก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2528.
- พรนิภา ลีละธนาฤกษ์. ผลการใช้สื่ออารมณ์ขันที่มีต่อความปวดและความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

- บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.
- พรรณงาม พรรณเชษฐ์. การพยาบาลผู้ใหญ่: การดูแลเมื่อได้รับการผ่าตัด. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2537.
- พรรณณี ไพศาลทักษิณ. ความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2540.
- พิมพ์พร ลีลาพรพิสิฐ. สุคนธ์บำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรินติ้ง เฮาส์, 2547.
- พูลศรี พัฒนพงษ์. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปวด.
วารสารพยาบาลกองทัพบก 13 (มกราคม 2538): 13-27.
- พูลศรี พัฒนพงษ์. รายงานวิจัยเรื่องโครงการการรับรู้ความปวดและการได้ยาระงับปวดใน ระยะหลังผ่าตัด. วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพมหานคร. 2538.
- ยุวดี ภาษาและคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์การพิมพ์, 2540.
- เรณู อาจสาธิต, พิภูลทิพย์ หงส์เหิร. การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก. วรณัฐ เกียรติพงษ์ถาวร และ คณะ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิ้ง ทรานส์ มีเดีย จำกัด, 2545.
- รุ่งนภา ชันรัตน์. ผลของกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2545.
- รุ่งลาวัลย์ เชนนิล. ผลของกามีส่วนร่วมทางการพยาบาลระหว่างผู้ป่วยเด็กผู้ดูแลและพยาบาลต่อ ความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2543.
- ลักขมี ชาญเวชช์. หลักการและวิธีการดูแลรักษาความปวดเฉียบพลัน. การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน”การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ”. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2547.
- ลักขมี ชาญเวชช์. Current trends in postoperative pain management. สงขลานครินทร์เวชสาร 2546 21 : 147-151.
- ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์. การทบทวนวรรณกรรมในเรื่อง นวด กดจุดฝ่าเท้า และเสวคนธ์บำบัด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การพัฒนาชุดโครงการวิจัยการพยาบาลแบบผสมผสานในการบำบัดทางการพยาบาล วันที่ 9-11 มีนาคม 2548
ณ อาคารธารทิพย์ ห้องแกรนด์รัชดาบอลรูม โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา)

- ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์. นวดกับบำบัดทางการพยาบาล และ นวดมือด้วยน้ำมันหอมระเหยกับการบรรเทาอาการ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง นวด-พลังสัมผัสบำบัดกับการดูแลสุขภาพ วันที่ 23-24 มกราคม 2549 ณ โรงแรมเอสดี เอเวนิว กรุงเทพมหานคร. (อัคราเนนา)
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับอาการปวด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน” การประยุกต์ต้องร่วมสู่การปฏิบัติ. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2547.
- วนิดา จิตมั่น และทวีศักดิ์ สุวคนธ์. 2540. สุวคนธ์บำบัด. ใน อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์จำลอง สุวคนธ์. (ม.ป.ท.)
- วรภา สุวรรณจินดา และคนอื่นๆ. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร, 2534.
- วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง. กลไกความปวด. วารสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 28 (มกราคม 2546): 58-67.
- วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์. การระงับปวดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. อังคาบ ปราการรัตน์ และ วรภา สุวรรณจินดา. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร, 2548.
- วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2546.
- วีณา จิรัจฉริยากุล. อะโรมาเทียราปี (AROMATHERAPY). จุลสารข้อมูลสมุนไพร. 16(กุมภาพันธ์ 2542): 15-19.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์. การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก. วรนุช เกียรติพงษ์ถาวร และคณะ พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิ้ง ทรานส์ มีเดีย, 2545.
- สมชัย นิรุตติศาสตร์ และคณะ. ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2547.
- สมพร ชีโนรส, สุดกัญญา พัทวี, และวิเศษ ศรีสุพรรณชาติ. การรับรู้ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก. วารสารพยาบาล 49 (1 2543): 110 –121.
- สัจจา ทาโต. เปรียบเทียบผลการพยาบาลแบบเฝ้าดูแลระดับประคอง การพยาบาลตามกิจวัตร และการพยาบาลตามกิจวัตรร่วมกับการได้รับยาแก้ปวดต่อระดับความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการขูดมดลูกเนื่องจากการแท้งบุตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,

- สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2537.
- สัจจา ทาโต. เอกสารคำสอนรายวิชา วิธีวิทยาการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- สุดกัญญา พัทวี. ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และ ทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2541.
- สุริพร ธนศิลป์. การจัดการกับอาการ: และการนำไปใช้ในผู้ป่วยผู้ใหญ่. เอกสารคำสอนรายวิชาการพยาบาลขั้นสูง II. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- สุพร พลยานันท์. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความปวด. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แม็ค, 2528.
- สุวิษญ์ ปรัชญาปารมิตา. การบำบัดด้วยน้ำมันหอม (Aromatherapy). ใน อุดม ฐามโนสถ (บรรณาธิการ), การแพทย์นอกระบบ 177 ทางเลือกไปสู่สุขภาพ, หน้า 211-215. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์. 2541.
- ศรัณยา หวงสุวรรณกร. ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าต่อระดับความปวด สัญญาณชีพ และความพึงพอใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2546.
- ศศิกันต์ นิยมารัชต์. แนวคิดความปวด: องค์ความรู้ใหม่ในทศวรรษที่ 21. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน”การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ” ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2547.
- อภิญา วังศรีพริยโยธา. 2535. ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2535.
- อรพรรณ ไชยชาติ. ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของทีมสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2548.
- อรพรรณ ทองแดง. Psychological and Environment Factor in Pain. ใน สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์ (บรรณาธิการ), The Principle of Pain: Diagnosis and Management. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์, 2534.

- อรอมน ศรียุคศุทธ. ผลของสื่ออารมณ์ขันต่อระดับความปวดของผู้ป่วยขณะสลายนีว.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. 2536.
- อาภรณ์ คำก้อน. การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2545.
- อุรวดี เจริญไชย. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึกและคำแนะนำ
สิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการ
ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2541.
- เอมอร อุดลโกภาธร. ผลของดนตรีที่ชอต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2543.

ภาษาอังกฤษ

- Allocock, N. Factors affecting the assessment of postoperative pain: A literature review. Journal of Advanced Nursing 24 (1996): 114 –115.
- Anderson, L..A. and Gross, J.B. Aromatherapy with peppermint, isopropyl alcohol, or placebo is equally effective in relieving postoperative nausea. Journal of Perianesthesia Nursing 2004;19(1): 29-35.
- Ashburn, M. A., and Ready, B. Postoperative pain. In J, D. Loeser (Ed.). Bonica's management of pain 3 (2001): 222-240.
- Black, J. M., and Matassrin – Jacob, E. Pain. In Medical-surgical nursing clinical management of for continuity of care. 5 th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1997.
- Bonica, J.J., and Loeser, J.D. History of pain concepts and therapies. In J, D. Loeser (Ed.). 3 th ed. Philadelphia: Williams and Wilkims, 2001.
- Boss, B.J. Medical-surgical nursing assessment and clinical problems. St Louis: Mosby, 1992.
- Bowers, L. J. To what extent does aromatherapy use in palliative cancer care improve Quality of life and reduce levels of psychological distress? A literature review. The International Journal of Aromatherapy 16(2006): 27-35.

- Buckle, J. Aromatherapy : Does it matter which lavender essential oil is used?.
Nursing Times 89 (2 1993): 32-35.
- Buckle, J. Holistic nursing care: The role of aromatherapy in nursing care.
Nursing Clinics of North America 36(1 2001): 57-72.
- Burns, N., and Grove, S. K. The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization. 4th ed. Philadelphia: W.B.Saunders, 2005.
- Caunt, H. Reducing the psychological impact of postoperative pain. British Journal of Nursing 1(1 1992): 13 -19.
- Coda, B.A., and Bonica, J.J. General considerations of acute pain. In J.D.Loesser ed. Bonica's management of pain 3 th ed. Philadelphia: Lippincott: Williams and Wilkims, 2001.
- Cousins, M., and Power, I. Acute and postoperative pain. In P.D. Wall, and R. Melzack (Eds.). Textbook of pain. 4 th ed.Edinburg: Churchill Livingstone.1995.
- Dochterman,J.M. Nursing Intervention Classification. 4 th ed. Iowa: Iowa City.2004.
- Dodd M.et al. Nursing theory and concept development or analysis. Journal of Advanced Nursing 33(5): 668 -676.
- Downie, W.W. and others. Studies With Pain Rating Scales. Annals of the Rhumatic Disease. 37 (1978): 378-381.
- Fairchild, S. S. (Ed.) Perioperative nursing: Principles and Practice. Boston: Lirle, Brown, and Company.
- Ferrell, B. R. the impact of pain on quality of life. Nursing Clinics of North America 30 (1995): 609-617.
- Gedney,J.J.;Glover,T.L.;Fillingim, R.B. Psychosomatic Medicine Baltimor. 66(Jul/Aug 2004):559-606. [Online].2004. Available from:
<http://proxy.car.chula.ac.th>[2006,Jul 4]
- Good, M., et al. Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music and their combination. Pain 8, 163-172. 1999.
- Good, M. Acute pain. Annual review of nursing research: Complementary Health and pain management. 17 (1999): 107-132.

Heitkemper, M. M. Complementary Approaches in Health Promotion.

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การพัฒนาชุดโครงการวิจัยการพยาบาลแบบผสมผสานในการบำบัดทางการพยาบาล วันที่ 9-11 มีนาคม 2548 ณ อาคารธารทิพย์ ห้องแกรนด์รัชดาบอลรูม โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ. (อัคร์สำเนา).2005.

Herr, K. A., and Mobily, P. R. Intervention related to pain. Nursing Clinics of North America 27 (1992, June): 347-369.

Hill,B.J., Sensory information, behavioral instruction and coping with sensory alteration surgery. Nursing Research 31(January 1982) 17- 21.

Jensen, M.P. and other. The measurement of Clinical Pain Intensity: A Comparison of Six Methods. Pain 27(1986): 117-126.

Jacox, A.K. Pain A source book for nurses and other health professional. 5 th ed. Boston: Little Brown, 1977.

Johnson, R. A., Wichem, D. W. Applied multivariate statistical analysis. 3 rd ed. New Jersey: Prentice –Hall,1992.

Kitcatt, S.E. Concepts of pain and the Surgery patient. In Rosmary pudner (Ed.). Nursing the surgery patient London: Harcott, 2000.

Kane, F. and other. The analgesic effect of odour and music upon dressing change. British Journal of Nursing 13(2004) 4 –12.

Kirk-Smith, M. The psychological effects of lavender II : Sciencetific and clinical Evidence. The international journal of aromatherapy 13(2 Febuary 2003): 82-89.

Kuhn, M. A. Complementary Therapies For Health Care Providers. Lippincott Williams and Wilkins, 1999.

Lemon, K. An assessment of treating depression and anxiety with aromatherapy. The international journal of aromatherapy 14 (2004): 63-69.

Leventhal, H and Johnson, J. E. Laboratory and field experiment of theory of self Regulation. In Wooldridge and others (Eds.), Behavioral Science and Nursing Theory. St.Louis: Mosby. (pp. 189-282). 1983.

Ludvison, H. and Rottman, T. Effect of ambient odors of Lavender and Cloves on cognitive, memory, affect and mood. Chemical senese. 14(April 1989)

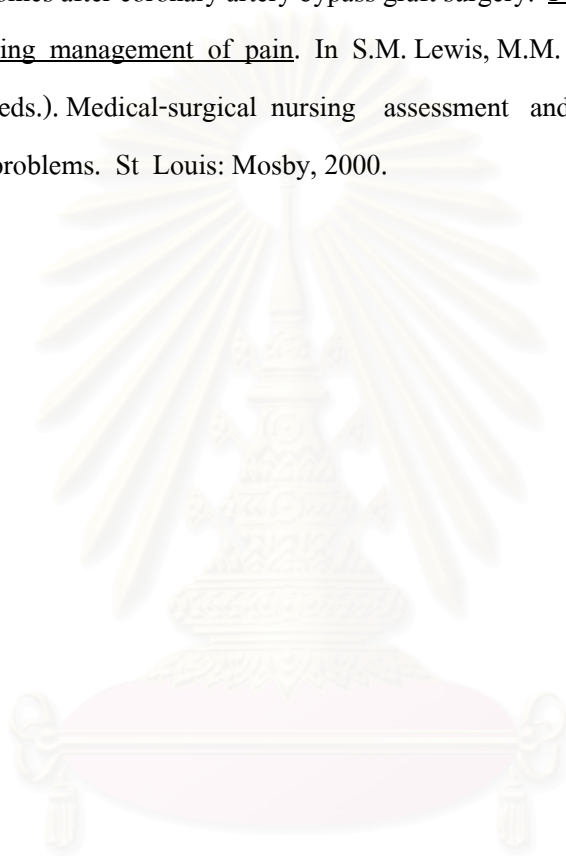
- Maddocks-Jennings, W. and Wilkinson, J. M. Aromatherapy practice in nursing: literature review. Journal of Advanced Nursing 48(January 2004): 93-103.
- McCaffery, M. Nursing management of the patients with pain. 2 nd. Philadelphia: Lippincott, 1979.
- McCaffery, M., and Beebe, A. Pain: Clinical manual for nursing practice. St. Louis: Mosby, 1994.
- McCaffery, M., and Passero, C. Basic mechanisms underlying the causes and effect of pain. In pain: Clinical Manual. 2 nd ed. Missouri: Mosby,1999.
- Meinhart, N. T., and McCaffery, M. Pain: A nursing approach to assessment and Analysis. Norwalk :Applton- century- croft, 1983.
- Mobily, P. R., Herr, K. A. , and Nicholson, A. C. 1994. Validation of cutaneous stimulation interventions for pain massagement. International Journal of Nursing Studies 31(June 1994): 533-535.
- Perry, A G., and Porter, P. A. Clinical nursing skills and techniques. 5 th ed. St. Louis: Mosby, 2002.
- Perry,N. and Perry,E. Aromatherapy in the Management of Psychiatric Disorders. Aromatherapy for Psychiatric Disorders 20(4) : 257-280.
- Price, D.D. Psychological mechanisms of pain: Progress in pain research and management Volume 15. Seattle: IASP Press. 1999.
- Polit, D.F. and Beck, C. T . Nursing research : Principle and Method. 7 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2004.
- Saeki, Y. The effect of foot-bath with or without the essential oil of lavender on the autonomic nervous system: A randomized trial. Complementary therapy in Medicine 8(2000): 2-7.
- Sarpy, N. L., Galbraith, M., and Jones, P. S. Factors related to recovery in coronary artery bypass graft surgery patients. Dimensions of Critical Care Nursing 19(June 2000): 40-45.
- Smeltzer,S.C., and Bare. Pain. In Brunner and Suddarth ' textbook of medical-surgical nursing. 9 th ed. Philadelphia: Lippincott, 2000.
- Solomon, R.A., Viernstein, M.C., and Long, M.d. Reduction of postoperative pain and narcotic use by transcutaneous electrical nerve stimulation. Surgery 87 (1980): 142-146.

Sweeney, S.S. Pain associated with surgery. In A.K. Jacox ed. Pain: A source book for nurse and other health professionals. Boston: Little Brown, 1987.

Taylor, C., and Lillis, C., and Lemone, P. Comfort. In Fundamentals of nursing: The art and Science of nursing care. 4 th ed. Philadelphia: Lippincott, 2001.

Watt-Watson, J., Stevens, B., Katz, J., and others . Impact of preoperative education on pain outcomes after coronary artery bypass graft surgery. Pain 109(2004): 73-85.

Willkie, D.J. Nursing management of pain. In S.M. Lewis, M.M. Heitkemper, and S.R. Dirksen (eds.). Medical-surgical nursing assessment and management clinical problems. St Louis: Mosby, 2000.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

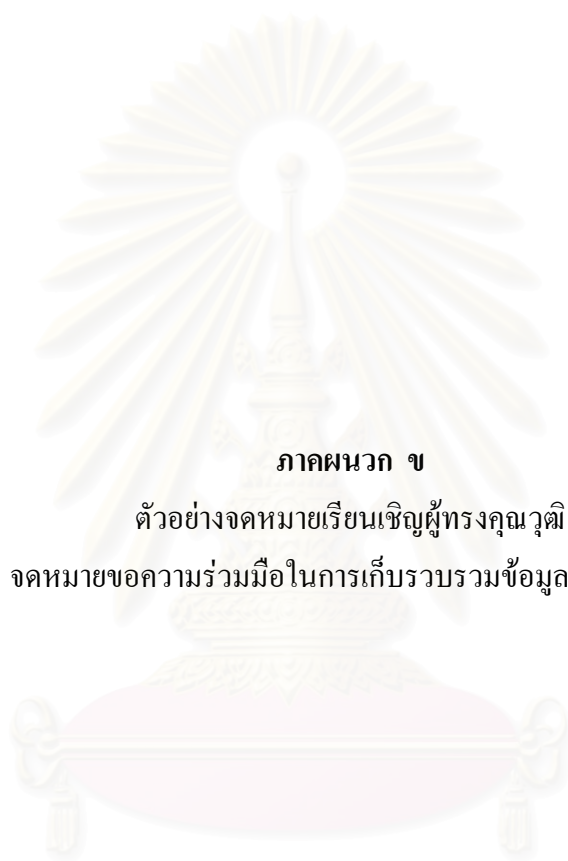
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

อาจารย์ ดร. จงกชพร พินิจอักษร	อาจารย์ นักวิชาการด้านชีวเคมีและน้ำมันหอมระเหย โรงเรียนน้ำมันหอมระเหยเพื่อสุขภาพ กรุงเทพมหานคร
แพทย์หญิงจิรสุดา เผือกคง	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิสัญญีวิทยา กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
นางกุศลศรี ต่อเล็บ	พยาบาลผู้ชำนาญการด้านวิสัญญีวิทยา ฝ่ายวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
นางฐิตาพร วรภักษ์ทวีสิฐ	อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี
นางสาวสายไหม ตุ่มวิจิตร	อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพและ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
นางศรัณยา หวงสุวรรณกร	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอาทรบน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/2291

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 พฤศจิกายน 2549

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพและพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงการวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจวง เพ็ญกมล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สวดมนต์บำบัดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใน การนี้จึง ขอเรียนเชิญนางสาวสายไหม ตุ่มวิจิตร เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ การวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิงยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวสายไหม ตุ่มวิจิตร

งานบริการการศึกษา โทร.0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ โทร.0-2218-9802

ชื่อนิสิต นางสาวจวง เพ็ญกมล โทร. 08-19792847

ที่ ศธ 0512.11/0291

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

6 กุมภาพันธ์ 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวจวง เพ็ญกมล นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สுவคนะบำบัด” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดช่องท้อง โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจำนวน 40 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจำนวน 40 คน โดยใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สுவคนะบำบัดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเจ็บปวด และแบบประเมินความคิดเห็นต่อการสูดดมน้ำมันหอมระเหย ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจวง เพ็ญกมล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

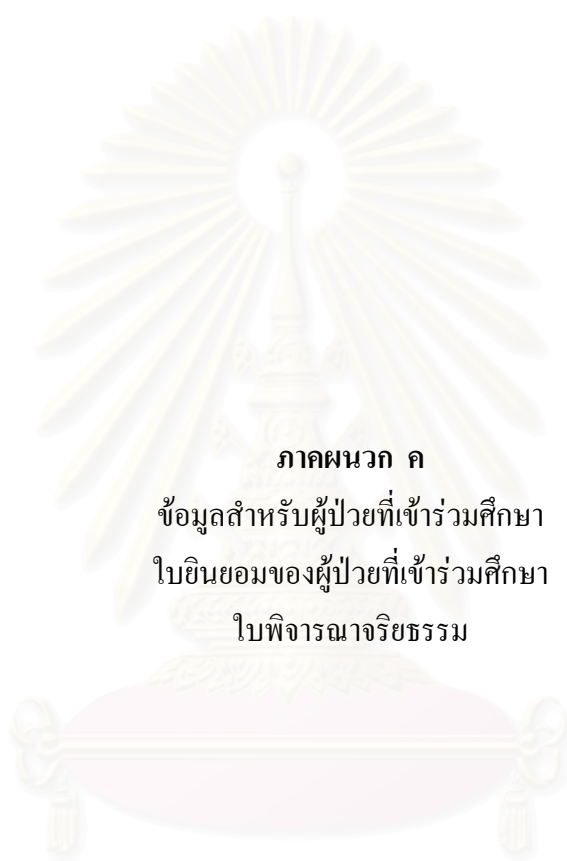
โทร.0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ชนศิลป์ โทร.0-2218- 9802

ชื่อนิสิต

นางสาวจวง เพ็ญกมล โทร. 08-19792847



ภาคผนวก ก

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา
ใบยินยอมของผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา
ใบพิจารณาจริยธรรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษาจำนวน 4 ครั้ง ใน เพื่อประเมินอาการปวด ใช้เวลาครั้งละ 10 นาที ขณะดำเนินการวิจัย ถ้าผู้วิจัยพบผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีอาการผิดปกติ มีความไม่สุขสบาย ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือและรายงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทันที

5.2 กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของอาการปวด การประเมินอาการปวด การรักษา การผ่าตัด การจัดการกับอาการปวด การฝึกทักษะการหายใจผ่อนคลายแบบหายใจลึกีกร่วมกับการสูดดม น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ การให้ยาบรรเทาอาการปวด ก่อนได้รับการผ่าตัด 1 วัน ใช้เวลา 40 นาที ภายหลังได้รับการผ่าตัดช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดทำ การเคลื่อนไหว ให้คำแนะนำ การจัดการกับอาการปวด กระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยใช้ทักษะการหายใจผ่อนคลายเพื่อลดอาการปวดร่วมกับการสูดดม น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ทุก 4 ชั่วโมง วันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที เป็นเวลา 2 วัน หลังผ่าตัด ผู้วิจัยประเมินอาการปวดของผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการวิจัยหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับสวดมนต์บำบัดเพื่อจัดการกับอาการปวด วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 วัน ภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

6. ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

6.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางในการนำสวดมนต์บำบัดมาพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติพยาบาลที่มีคุณภาพ และมีผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

6.2 ด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ในการหารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลรูปแบบอื่น ๆ เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด

6.3 ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการนำสวดมนต์บำบัดมาใช้ในการลดความปวดในระยะหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดช่องท้องและผ่าตัดอื่น ๆ

7. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาหรือมีข้อสงสัย สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ เบอร์ 081- 9792847

8. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

9. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อการรับการรักษาพยาบาล

10. ข้อมูลใดๆที่ได้รับจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถือเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้คนอื่นทราบนอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ผลการวิจัยจะนำเสนอโดยภาพรวม การวิจัยในครั้งนี้อาจจะถูกตีพิมพ์และสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

ใบยินยอมของผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดต่อ
ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

เลขที่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวจง เผือกคง ที่อยู่ 182/84 หมู่ที่ 2 ตำบลมะขามเดี่ยว
อ. เมือง จ. สุราษฎร์ธานี ซึ่งได้ลงนามด้านหลังของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และ
แนวทางการศึกษาวิจัยเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธ
บำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความไม่
สะดวกที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วม
การศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ข้า
เจ้าได้รับ

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้คนอื่นทราบนอกเหนือจากคณะผู้วิจัยและ
ผลการวิจัยต้องนำเสนอเป็นภาพรวม

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....

สถานที่/วันที่

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่/วันที่

(นางสาวจง เผือกคง)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

สถานที่/วันที่

(.....) พยาน

เลขที่ไปรับรอง 014/2550

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
 กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- โครงการวิจัย : ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้
 สุกนธบำบัดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
 THE EFFECT OF USING A PAIN MANAGEMENT PROGRAM
 ON THE PAIN OF POSTOPERATIVE ABDOMINAL SURGERY
 PATIENTS
- ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจวง เพ็ญกมล
- หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่ม
 วิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทศนประดิษฐ์)

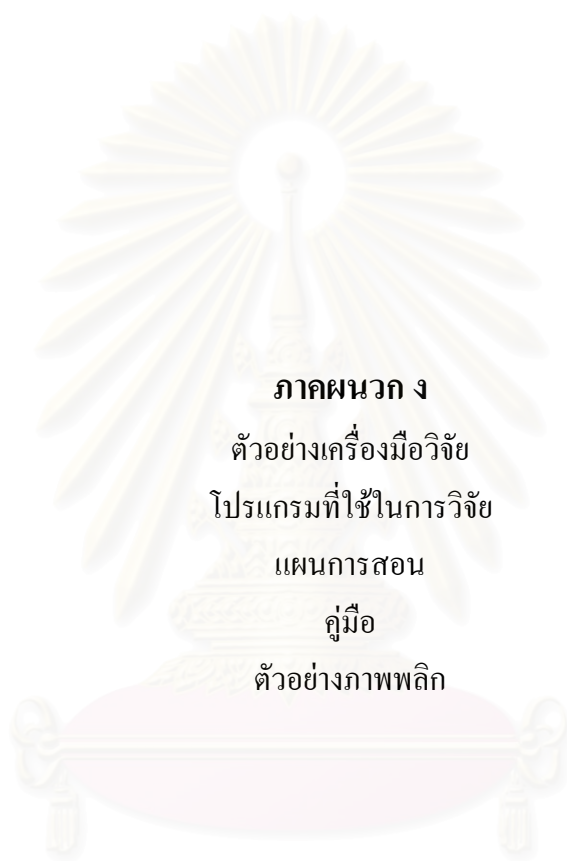
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....เลขานุการ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล)

รับรองวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2550

วันหมดอายุ 6 ตุลาคม 2550



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย

แผนการสอน

คู่มือ

ตัวอย่างภาพพลิก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

ลำดับที่

คู่ที่.....

1.กลุ่มควบคุม

2.กลุ่มทดลอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัย : แบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ป่วยและเขียนเครื่องหมาย✓ลงในช่อง

() หน้าข้อความและเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงในปัจจุบัน

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง
3. ระดับการศึกษา
 () 1 ประถมศึกษา () 2 มัธยมศึกษา () 3 อนุปริญญา / ปวส.
 () 4 ปริญญาตรี () 5 สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส
 () 1 โสด () 2 สมรส
 () 3 หย่า () 4 หม้าย
5. ศาสนา
 () 1 พุทธ () 2 อิสลาม () 3 คริสต์
6. อาชีพ
 () 1 ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ () 5 นักเรียน / นักศึกษา
 () 2 พนักงานธุรกิจเอกชน () 6 กิจการส่วนตัว
 () 3 แม่บ้าน () 7 อื่น ๆ ระบุ.....
 () 4 เกษตรกร
7. รายได้ต่อเดือน
 () 1 ไม่มีรายได้ () 4. 10,000 - 29,999 บาท
 () 2. ต่ำกว่า 5000 บาท () 5. 30,000 - 49,999 บาท
 () 3. 5,000 – 9,999 บาท
8. สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล
 () 1. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า () 2. ประกันสังคม
 () 3. เบิกต้นสังกัด () 4. จ่ายเอง

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

คำชี้แจง สำหรับผู้วิจัย : แบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและเพิ่มผู้ป่วยเขียนเครื่องหมาย

√ ลงในช่อง () หน้าข้อความและเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงในปัจจุบัน

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาในอดีต

1. ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

() 1 เคย () 2 ไม่เคย

2. ประสบการณ์การได้รับผ่าตัด

() 1 เคย () 2 ไม่เคย

3. ชนิดการผ่าตัดที่เคยได้รับถ้ามี ระบุ

4. ท่านใช้วิธีการลดความปวดแผลผ่าตัดด้วยตนเอง

() 1 เคย () 2 ไม่เคย

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลในครั้งนี้

4. มีความปวดก่อนผ่าตัด

() 1 ปวด () 2 ไม่ปวด

5. ลักษณะความปวด.....

6. ความรุนแรงของความปวดก่อนผ่าตัด (0 – 10 คะแนน).....

7. ได้ยาแก้ปวดก่อนผ่าตัด ถ้ามี

ระบุ.....

8. การวินิจฉัยโรค

9. ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับครั้งนี้.....

10. ระยะเวลาในการผ่าตัด(นาที).....

11. การมีท่อระบายต่างๆ ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. การคาสายสวนปัสสาวะ

2. การใส่สายลงกระเพาะอาหาร

3. สาย / ท่อระบายต่าง ๆ ระบุ.....

4. ไม่มีสาย/ ท่อระบาย

12. ท่านจะแสดงออกต่อความปวดแผลผ่าตัดอย่างไร

() 1 อดทน () 2 ร้องเสียงดัง () 3 แจ้งพยาบาล หรือ แพทย์ทราบ

13. ความต้องการลดความปวดแผลผ่าตัด

() 1 ไม่ต้องการ () 2 น้อย () 3 ต้องการมาก () 4 มากที่สุด

14. ท่านมีวิธีการลดความปวดด้วยตนเองในการผ่าตัดที่ได้รับครั้งนี้

() 1 มี () 2 ไม่มี เช่น.....

15. ตารางบันทึกความปวด และยาที่ได้รับหลังผ่าตัด

หลังผ่าตัดวันที่	เวลา	คะแนน ความปวด	ยาที่ได้รับ/จำนวน	หมายเหตุ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 แบบประเมินความความรู้สึกเจ็บปวด

คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง เป็นมาตรวัดความปวดตามความรู้สึกของท่านขณะนี้ เริ่มตั้งแต่
หมายเลข 0 หมายถึงไม่มีความรู้สึกปวด จนถึง 10 หมายถึงปวดมากที่สุด

โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนช่องตัวเลขที่ใดก็ได้ ให้ตรงกับความรู้สึกปวดของท่านในขณะนี้
มากที่สุด

หลังผ่าตัด (วันผ่าตัด) 8 ชั่วโมง

การประเมิน ครั้งที่ 1 ความรุนแรงของความปวดของท่านขณะนี้

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่ปวดเลย

ปวดปานกลาง

ปวดมากจนทนไม่ได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความความรู้สึกเจ็บปวด

คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง เป็นมาตรวัดความปวดตามความรู้สึกของท่านขณะนี้ เริ่มตั้งแต่
หมายเลข 0 หมายถึงไม่มีความรู้สึกปวด จนถึง 10 หมายถึงปวดมากที่สุด
โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนช่องตัวเลขที่ใดก็ได้ ให้ตรงกับความรู้สึกปวดของท่านในขณะนี้
มากที่สุด

หลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 17.00 น.

การประเมิน ครั้งที่ 2 ความรุนแรงของความปวดของท่านขณะนี้

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่ปวดเลย

ปวดปานกลาง

ปวดมากจนทนไม่ได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสัมภาษณ์ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดของผู้ป่วยด้วยตนเอง

ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่บรรยายการปฏิบัติกิจกรรมของท่าน ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อให้ตอบเพียงคำตอบเดียว แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรม

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติบ้าง

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำ

รายละเอียดกิจกรรม	การปฏิบัติกิจกรรม		
	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติทุกครั้ง
1. ท่านบอกพยาบาล หรือแพทย์ ทันที เมื่อรู้สึกปวดแผลผ่าตัด			
2. ท่านบอกความรุนแรงของความปวดแก่พยาบาล หรือ แพทย์ ตามแบบประเมินความปวด			
3. ท่านขอให้พยาบาล หรือญาติช่วยเมื่อต้องการเปลี่ยนท่า ในบางครั้งที่ท่านไม่สามารถ ทำเองได้ เช่นจากท่านนอนเป็นท่านั่ง			
4. ท่านได้รับการจัดท่านอนที่เหมาะสม คือนอนหงายศีรษะสูง และงอเข่า 2 ข้างเล็กน้อย			
5. ท่านเปลี่ยนท่านอนด้วยตนเอง ตามคำแนะนำของพยาบาลขณะลุกนั่งหรือตะแคง			
6. เมื่อท่านรู้สึกปวดท่านหายใจเข้าช้า ๆ ลึกๆ และหายใจออกช้า ๆ สม่่าเสมอ 5-10 นาที เพื่อให้ผ่อนคลาย			
7. ท่านหายใจเข้าช้า ๆ ลึกๆ และหายใจออกช้า ๆ สม่่าเสมอ 5-10 นาที เมื่อต้องประสบกับความปวด เช่นก่อนการเคลื่อนไหวร่างกาย			
8. ท่านสังเกตอาการของตนเองหลังได้รับยาแก้ปวด เช่นความปวดทุเลาหรือหายไป			
9. หลังจากท่านได้รับยาแก้ปวด ท่านได้สังเกตอาการของตนเองว่ามีความผิดปกติหรือไม่			
10. ท่านสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหย เมื่อพยาบาลให้ท่านสูดดมทุกครั้ง			

รายละเอียดกิจกรรม	การปฏิบัติกิจกรรม		
	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติทุกครั้ง
11. ท่านร่วมกับพยาบาลประเมินความปวดหลังได้สุดคมน้ำมันหอมระเหย			
12. ท่านวางแผนร่วมกับพยาบาลในการแก้ไขปัญหาความปวดที่เกิดขึ้น			



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ แสดงความคิดเห็นต่อการสูดดมน้ำมันหอมระเหย

โปรดแสดงความคิดเห็นหรือ ความรู้สึก หลังจากที่ท่านได้รับการสูดดมน้ำมันหอมระเหย ทั้งหมด 4 ครั้ง ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที และเขียนเครื่องหมาย✓ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุดในแต่ละข้อให้ตอบเพียงคำตอบเดียว แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2. ไม่เห็นด้วย
3. ไม่มีความคิดเห็น หรือ เฉย ๆ
4. เห็นด้วย
5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการสูดดมน้ำมันหอมระเหย	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่มีความคิดเห็น	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. รู้สึกผ่อนคลาย					
2. รู้สึกว่าความตึงเครียดลดลง					
3. รู้สึกหลับสบาย					
4. รู้สึกว่าช่วยบรรเทาความปวด					
5. รู้สึกสงบ					
6. รู้สึกสดชื่น					
7. รู้สึกสบายใจ					
8. รู้สึกว่าความวิตกกังวลลดลง					
9. รู้สึกชอบกลิ่นน้ำมันหอมระเหย					
10. รู้สึกมีพลัง					
11. อื่นๆ ระบุ					

**โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้
สมุนไพรบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง**

**PAIN MANAGEMENT PROGRAM WITH AROMATHERAPY ON PAIN IN
PATIENTS AFTER ABDOMINAL SURGERY**

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ต้องเผชิญกับความปวดหลังผ่าตัดซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง การให้ยาแก้ปวดเพียงวิธีเดียวไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยบรรเทาปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสาเหตุของความปวดมีปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ที่มีผลให้มีความเจ็บปวดมากขึ้นได้ หรือทำให้ความอดทนต่อความปวดน้อยลง (สุพรพลยานันท์, 2528) การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการบรรเทาปวดเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับความปวดหลังผ่าตัด แม้ว่าจะได้รับยาระงับปวดอยู่ผู้ป่วยยังมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความปวด อาการข้างเคียงของยา ผลจากระดับความวิตกกังวลในระยะหลังผ่าตัดสูง จะทำให้ความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น (สุคกัญญา พทวิ, 2542) การจัดการกับอาการปวดที่เหมาะสมจึงจะเพียงพอที่จะทำให้ความปวดลดลง จนผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายในระดับความปวดที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้

ปรัชญา

การบรรเทาปวดตามแนวคิดทางการแพทย์ที่ให้ยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอในการจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง เนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการรับรู้ความปวดหลังผ่าตัด เช่นด้านจิตใจและอารมณ์ เช่นความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ และความเศร้า เป็นตัวส่งเสริมหรือเป็นสาเหตุของความปวด ซึ่งแนวทางการจัดการกับอาการปวดในปัจจุบันเน้นให้ใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลดียิ่งขึ้นในการจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่ต้องจัดการกับสาเหตุและความปวดที่เกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย โดยเน้นให้ผู้ป่วยจัดการกับความปวดด้วยตนเอง และมีบุคลากรทีมสุขภาพให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและกลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว การให้การดูแลแบบผสมผสาน (complementary therapy) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่นการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยจะทำให้ลดความรู้สึกเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้และการนำสมุนไพรหรือการบำบัดรักษาโรคด้วยกลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยจากธรรมชาติ เนื่องจากผลของน้ำมันหอมระเหยมีคุณสมบัติในการปรับ

สมดุลของระบบประสาทและจิตวิทยา ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ความเครียดสงบ ส่งผลให้การรับรู้ความปวดลดลง

โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัด

โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัด เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว และสามารถบรรเทาความปวดที่เกิดจากการผ่าตัดซึ่งเป็นความปวดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน และรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน ด้วยการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองและได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถจัดการด้วยตัวเองได้ไม่เต็มที่ การจัดการกับอาการปวดเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งมีการปรับเปลี่ยนตามอาการและความต้องการของผู้ป่วย โปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วย เป็นการประเมินประสบการณ์ ปัญหา ความ

ต้องการ และการจัดการกับอาการปวดของผู้ป่วย เพื่อนำปัญหาไปวางแผนการพยาบาลในการจัดการกับอาการปวดให้มีประสิทธิภาพ

- 2) การให้ความรู้ โดยการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและฝึกทักษะปฏิบัติในการจัดการกับอาการปวดมีการใช้แผนการสอน ภาพพลิก คู่มือการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง ประเมินความรู้ และทักษะโดยการสังเกต การตอบคำถาม และการสาธิตย้อนกลับ

- 3) การจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัด ได้แก่การประเมินความปวด ความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และความต้องการบรรเทาปวดของผู้ป่วย การช่วยเหลือในการจัดทำ การเคลื่อนไหว เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้มีความปวด การให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาและความต้องการของผู้ป่วย การใช้เทคนิคผ่อนคลายโดยการหายใจลึกและการสูดดมน้ำมันหอมระเหย เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและมีความปวด เพื่อส่งเสริมการบรรเทาปวดจากการผ่าตัด

- 4) การประเมินผลการจัดการกับอาการปวด เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับความรู้และฝึกทักษะการจัดการกับอาการปวด และการนำความรู้และทักษะไปใช้ในการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองว่าได้ผลหรือไม่ อย่างไร และผู้วิจัยประเมินผลการจัดการกับอาการปวดจากการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัด จากการประเมินความปวด และการรายงานความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวด

แผนการสอน เรื่อง“การจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง”

ผู้สอน นางสาว จวง เพ็ญกมล

ผู้เรียน ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง 1 วัน

สถานที่ ช้างแดงผู้ป่วย หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และพยาบาล
 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ สามารถบอกหรืออธิบายในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้ได้อย่างถูกต้อง ได้แก่
 - 2.1 ความหมายของความปวด การผ่าตัด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความปวดหลังการผ่าตัดช่องท้อง
 - 2.2 ชนิด ความรุนแรง ลักษณะ ระยะเวลา และตำแหน่ง ของความปวด ที่สัมพันธ์กับการผ่าตัดช่องท้อง
 - 2.3 กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่มีผลต่อความปวด
 - 2.4 การประเมินความปวด รู้จัก และคุ้นเคยกับเครื่องมือการประเมินความปวด
 - 2.5 ประโยชน์ ของการบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพ
 - 2.6 แนวทางการบรรเทาความปวดโดยวิธีการใช้ยา
 - 2.7 แนวทางการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยา
 3. ผู้ป่วยทราบประโยชน์และมีทักษะในการหายใจเพื่อการผ่อนคลาย การใช้หมอนประคองบริเวณแผลผ่าตัดช่องท้อง และการเปลี่ยนอิริยาบถที่ถูกต้อง
 4. ผู้ป่วยทราบประโยชน์และมีทักษะในการใช้ส้วกชนิดน้ำมันหอมระเหยในการบรรเทาความปวด
- เวลาในการสอน 40 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และพยาบาล	<p>สวัสดิ์ค๊ะคุณ ดิฉันชื่อ จวง เพื่อกอง เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเป็นพยาบาลประจำการที่กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งจะพบกับผู้ป่วยในวันผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด และหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยพักอยู่นี้</p> <p>หลังจากที่ท่าน ได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการผ่าตัดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย แล้ว ดิฉันจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้อง การให้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด สิ่งที่ท่านได้รับที่ห้องผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด ความปวดจากการผ่าตัด และวิธีบรรเทาความปวด และถ้ามีข้อสงสัยที่ต้องการข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับความปวดหรือการผ่าตัดครั้งนี้ก็สามารถถามเพิ่มเติมได้ฉันยินดีจะให้คำตอบค่ะ</p> <p>นอกจากในส่วนของคุณที่ดิฉันจะให้วันนี้แล้ว ดิฉันจะมีคู่มือ “การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง” ให้ท่าน 1 ฉบับ ซึ่งระหว่างการให้ข้อมูล ท่าน สามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาค่ะ ถ้าพร้อมที่จะรับฟังข้อมูล ดิฉันเริ่มเลยนะคะ.....</p>	<p>พยาบาลเข้าพบผู้ป่วยในห้องพักหรือให้ผู้ป่วยเข้าฟังที่ห้องสอนแสดง (ประมาณ ... น.) ก่อนวันผ่าตัด ทักทายผู้ป่วย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าพบผู้ป่วยพร้อมทั้งประเมินความพร้อมและความสนใจของผู้ป่วยในการรับฟังข้อมูล (ใช้เวลา 2 นาที)</p>	ไม่มี	ประเมินจากสีหน้าและท่าทางที่แสดงความสนใจของผู้ป่วย ในการรับฟังและร่วมสนทนากับพยาบาล

คู่มือ
การจัดการกับอาการปวด
สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง



จัดทำโดย

นางสาวจวง เพ็ญกมล นิสิตปริญญาโท

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ชนศิลป์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างภาพพลิก

สิ่งที่ผู้ป่วยผ่าตัดห้องท้องได้รับ
และประสบในระยะผ่าตัด



ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



วิสัญญีพยาบาลพูดคุยและซักถามผู้ป่วย
ก่อนให้ยาสลบเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด
และคอยช่วยเหลือผู้ป่วยในห้องผ่าตัด



วิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาลให้ยาสลบ
ก่อนที่ศัลยแพทย์ผ่าตัดและพยาบาลช่วยผ่าตัด



หลังผ่าตัด พยาบาลดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น 1 – 2 ชั่วโมง
จนกว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และปลอดภัยจากยาสลบและการผ่าตัด
จึงจะส่งกลับมาหอผู้ป่วย



ภาคผนวก จ
ตารางเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 แสดงการเก็บรวบรวมคะแนนความปวด ของกลุ่มควบคุม
ก่อนและหลังการทดลอง

วัน เดือน ปี	คู่ที่	ก่อนทดลอง (คะแนน)	วัน เดือน ปี	หลังทดลอง (คะแนน)
1 มี.ค. 50	1	3	1 มี.ค. 50	3
1 มี.ค. 50	2	6	2 มี.ค. 50	3
2 มี.ค. 50	3	7	3 มี.ค. 50	6
2 มี.ค. 50	4	4	3 มี.ค. 50	3
2 มี.ค. 50	5	8	3 มี.ค. 50	3
6 มี.ค. 50	6	10	7 มี.ค. 50	4
6 มี.ค. 50	7	3	7 มี.ค. 50	1
6 มี.ค. 50	8	8	7 มี.ค. 50	5
7 มี.ค. 50	9	4	8 มี.ค. 50	2
7 มี.ค. 50	10	8	8 มี.ค. 50	5
8 มี.ค. 50	11	9	8 มี.ค. 50	5
9 มี.ค. 50	12	8	10 มี.ค. 50	5
12 มี.ค. 50	13	5	13 มี.ค. 50	3
12 มี.ค. 50	×14	9	13 มี.ค. 50	9
13 มี.ค. 50	15	5	14 มี.ค. 50	3
14 มี.ค. 50	16	5	15 มี.ค. 50	2
15 มี.ค. 50	17	3	16 มี.ค. 50	3
15 มี.ค. 50	18	5	16 มี.ค. 50	3

ตารางที่ 8 แสดงการเก็บรวบรวมคะแนนความปวด ของกลุ่มทดลอง
ก่อนและหลังการทดลอง

วัน เดือน ปี	คู่ที่	ก่อนทดลอง (คะแนน)	วัน เดือน ปี	หลังทดลอง (คะแนน)
16 มี.ค. 50	1	3	17 มี.ค. 50	3
19 มี.ค. 50	2	6	20 มี.ค. 50	3
19 มี.ค. 50	3	7	20 มี.ค. 50	6
20 มี.ค. 50	4	4	21 มี.ค. 50	3
21 มี.ค. 50	5	8	22 มี.ค. 50	3
22 มี.ค. 50	6	10	23 มี.ค. 50	4
22 มี.ค. 50	7	3	23 มี.ค. 50	1
23 มี.ค. 50	8	8	24 มี.ค. 50	5
26 มี.ค. 50	9	4	27 มี.ค. 50	2
27 มี.ค. 50	10	8	28 มี.ค. 50	5
29 มี.ค. 50	11	9	30 มี.ค. 50	5
3 เม.ย. 50	12	8	4 เม.ย. 50	5
5 เม.ย. 50	13	5	6 เม.ย. 50	3
17 เม.ย. 50	14	9	18 เม.ย. 50	3
18 เม.ย. 50	15	5	19 เม.ย. 50	3
20 เม.ย. 50	16	5	21 เม.ย. 50	2
25 เม.ย. 50	×17	10	26 เม.ย. 50	10
27 เม.ย. 50	18	5	28 เม.ย. 50	3

ตารางที่ 9 แสดง ร้อยละของคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมหลังการทดลองของ
กลุ่มทดลอง

ลำดับที่	ครั้งที่ 1 ร้อยละ	ครั้งที่ 2 ร้อยละ	ครั้งที่ 3 ร้อยละ	ครั้งที่ 4 ร้อยละ
1	54.16	70.83	75.00	87.50
2	66.66	75.00	75.00	83.33
3	50.00	62.50	70.83	83.33
4	50.00	70.83	75.00	83.33
5	62.50	70.83	79.17	87.50
6	70.83	70.83	75.00	83.33
7	70.83	79.17	83.33	87.50
8	50.00	62.50	79.17	83.33
9	66.66	70.83	75.00	83.33
10	62.50	79.17	83.33	83.33
11	58.33	70.83	70.83	79.17
12	62.50	70.83	75.00	83.33
13	50.00	66.66	75.00	87.50
14	62.50	75.00	75.00	83.33
15	58.33	66.66	75.00	87.50
16	58.33	70.83	79.17	83.33
17	62.50	70.83	75.00	75.00
18	58.33	70.83	75.00	83.33

ตารางที่ 10 แสดงความคิดเห็นของกลุ่มทดลองหลังจากได้รับการสูดดมน้ำมันหอมระเหย 4 ครั้ง โดยได้รับในวันผ่าตัด 1 ครั้ง และหลังผ่าตัดวันที่ 1 จำนวน 3 ครั้ง (n = 17)

ความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการสูดดมน้ำมันหอมระเหย	ระดับความคิดเห็น				
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่มีความคิดเห็น	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
รู้สึกผ่อนคลาย		1	6	7	3
รู้สึกว่าความตึงเครียดลดลง		1	8	7	1
รู้สึกหลับสบาย			7	9	1
รู้สึกว่าช่วยบรรเทาความปวด		1	8	7	1
รู้สึกสงบ		1	5	9	2
รู้สึกสดชื่น			2	15	
รู้สึกสบายใจ			4	13	
รู้สึกว่าความวิตกกังวลลดลง		1	9	6	1
รู้สึกชอบกลิ่นน้ำมันหอมระเหย			3	12	2
รู้สึกมีพลัง	1		14	2	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจวง เพื่อกอง เกิดวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2506 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เมื่อปี พ.ศ. 2528 เข้ารับราชการและปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 3 หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี เมื่อปี พ.ศ. 2528 - 2530 ได้รับการอบรมหลักสูตรวิสัญญีวิทยาสำหรับพยาบาลหลักสูตร 1 ปี จากโรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2531 ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลวิสัญญีวิทยา กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 - 2550 ปัจจุบันตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2547



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย