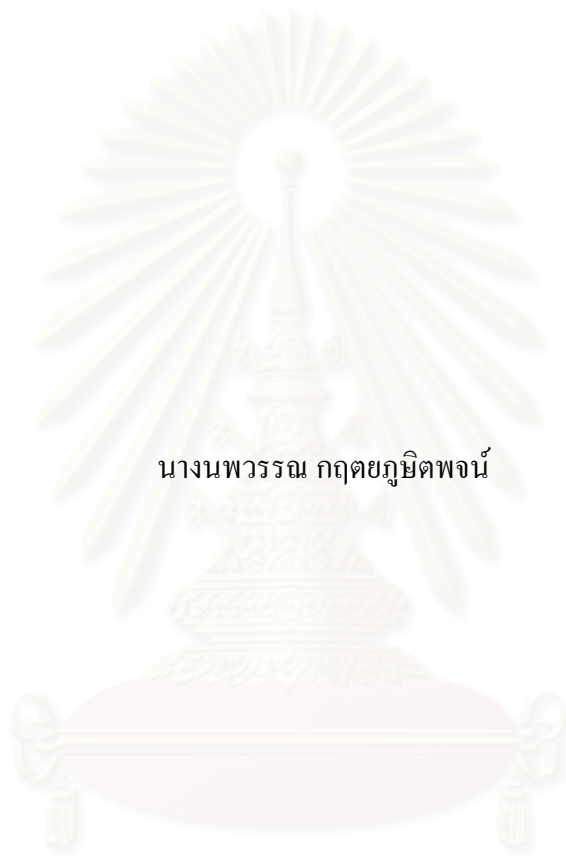


ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในการผ่าตัด
และความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัด
โดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง



นางนพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

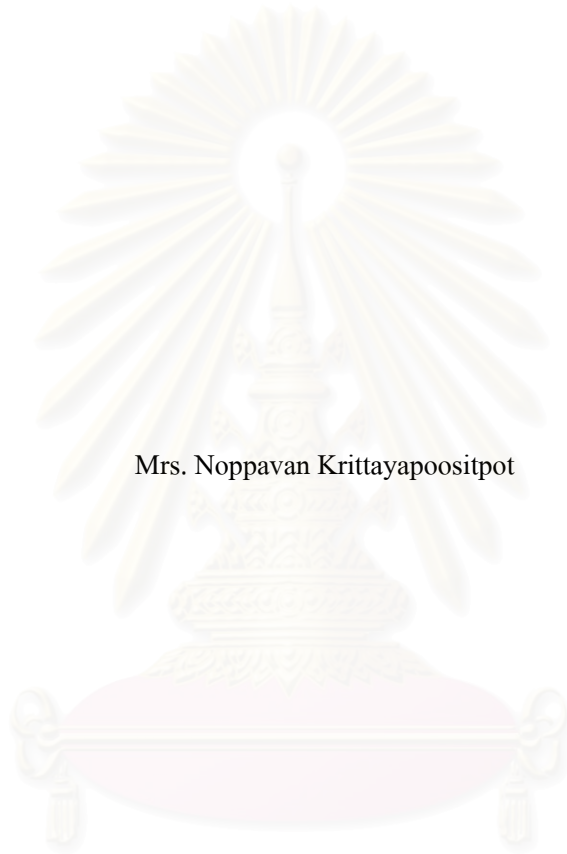
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2097-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF GIVING PRE-OPERATIVE INFORMATION AND MUSIC LISTENING ON
ANXIETY AND POST OPERATIVE PAIN IN PATIENTS WITH LOWER LIMB
FRACTURES DURING SPINAL ANESTHESIA



Mrs. Noppavan Krittayapoositpot

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

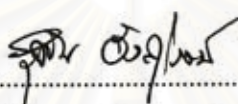
Academic Year 2005

ISBN 974-14-2097-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความ
วิตกกังวลในการผ่าตัดและความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่
ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง


โดย นางนพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

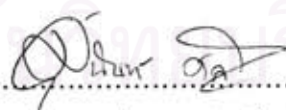
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ สดโกสม)

สถาบันพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์: ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในการผ่าตัดและความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง (EFFECTS OF GIVING PRE-OPERATIVE INFORMATION AND MUSIC LISTENING ON ANXIETY AND POST OPERATIVE PAIN IN PATIENTS WITH LOWER LIMB FRACTURES DURING SPINAL ANESTHESIA) อ. ที่ปรึกษา: ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 139หน้า. ISBN974-14-2097-8

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการผ่าตัดและความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่เข้ารับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย ซึ่งจัดแบ่งเป็นสองกลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คนและใช้การจับคู่ ตามเพศ อายุ และบริเวณที่ทำผ่าตัด กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดใช้แนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) ร่วมกับการฟังดนตรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ มาตรการความเจ็บปวดแบบตัวเลข มาตรการความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่านและทดสอบค่าความเที่ยงของแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ความเจ็บปวดของผู้ป่วยกระดูกขาหักในระยะ 6 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อสิด.....นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์.....
ปีการศึกษา.....2548.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....*ชัชวาล*.....*วิมลวรรณ*.....

4677625736: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: PRE-OPERATIVE INFORMATION / MUSIC LISTENING / ANXIETY / PAIN

NOPPAVAN KRITTAYAPOOSITPOT: EFFECTS OF GIVING PRE-OPERATIVE INFORMATION AND MUSIC LISTENING ON ANXIETY AND POST OPERATIVE PAIN IN PATIENTS WITH LOWER LIMB FRACTURES DURING SPINAL ANESTHESIA. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 139 pp. ISBN 974-14-2097-8.

The purpose of this quasi-experimental research was to study effects of pre-operative information and intra operative music listening in patients with lower limb fractures during spinal anesthesia on peri-operative anxiety and post operative pain. The conceptual framework of this study was based on Malzack & Wall's gate control theory of pain, and Leventhal & Johnson's theory of self-regulation, and music therapy. There were 40 patients with lower limb fractures underwent open reduction internal fixation at Surattani Hospital during December 2005 to February 2006. Subjects were divided into two groups. The patients in the experimental group received the preoperative information and music listening program while the control group received conventional care. Research instruments were the pre-operative information and music listening program the State-Trait Anxiety Scale, and the single item of Pain Scale. These instruments were tested for content validity by a panel of six experts. The reliability of the State-Trait Anxiety Scale was .87. Statistical techniques used in data analysis were percentage, means, standard deviation, and t-test.

Major findings were as follows:

1. There was no statistical difference between anxiety of the patients in the experimental group and those of the control group.
2. During the first 6 hours, 24 hours, 48 hours after the operation, pain of the patients in the experimental group was significantly lower than those of the control group at the .05 level.

Field of study Nursing Science

Student's signature..... Nopparan Krittayapoot

Academic year 2005

Advisor's signature Ch. J.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาใช้เวลาในการให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ช่วยเหลือตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆในทุกขั้นตอนของการทำวิจัยด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และสำนึกในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรักและห่วงใย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีค่าและเสียสละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือและดนตรีที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล แพทย์สัลยกรรมกระดูก หัวหน้าพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ คณะกรรมการวิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วย หัวหน้าพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลและประชากรกลุ่มตัวอย่าง ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวก ให้โอกาสและสนับสนุนผู้วิจัยอย่างยิ่งในการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตในครั้งนี้

ขอขอบคุณพี่ น้อง เพื่อนร่วมรุ่นและเจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานมาโดยตลอด

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนและสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักความห่วงใย ตลอดจนน้องสาวและบุตรสาวทั้งสองคนที่ให้ความช่วยเหลือและคอยเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแต่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณและผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดกระดูกทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐานงานวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
1. แนวคิดการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก.....	10
1.1 ความหมายของกระดูก.....	11
1.2 พยาธิวิทยาของกระดูกหัก	12
1.3 แนวคิดการรักษาผู้ป่วยกระดูกขาหัก.....	12
1.4 ข้อห้ามในการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก	13
1.5 ประโยชน์ของการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก.....	14
1.6 การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกขาหัก	14
2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล	15
2.1 ความหมายของความวิตกกังวล.....	15
2.2 ประเภทความวิตกกังวล	15
2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล.....	15
2.4 ระดับของความวิตกกังวล	16
2.5 ผลของความวิตกกังวล.....	17
2.6 การประเมินความวิตกกังวล.....	18
2.7 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง	20
2.8 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูก.....	22
2.9 สาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด	23

2.10	บทบาทของพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด.....	24
3.	แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด	25
3.1	ความหมายของความเจ็บปวด	25
3.2	ชนิดของความเจ็บปวด.....	26
3.3	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวด	26
3.4	องค์ประกอบทางสรีรวิทยาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดชนิดครึ่งกระดูกต้นขา. 28	
3.5	ทฤษฎีควบคุมประตู	29
3.6	ทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน.....	31
3.7	การตอบสนองต่อความปวดหลังผ่าตัด.....	32
3.8	ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกต้นขา.....	33
3.9	การประเมินความปวดหลังผ่าตัด	35
3.10	บทบาทของพยาบาลการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดชนิดครึ่งกระดูกต้นขา.....	36
4.	แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด	40
4.1	ความหมายของการให้ข้อมูล.....	40
4.2	มโนทัศน์ของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด	40
4.3	ประเภทของการให้ข้อมูล.....	41
4.4	วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย.....	42
4.5	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการให้ข้อมูล	42
5.	แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัด.....	45
5.1	ดนตรีและองค์ประกอบของดนตรี	45
5.2	คุณสมบัติของดนตรี.....	46
5.3	ชนิดของดนตรีที่นำมาใช้ในการบำบัด.....	48
5.4	ทฤษฎีที่เกี่ยวกับดนตรีบำบัด	48
5.5	ดนตรีบำบัดกับการลดความวิตกกังวล ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดกระดูกขา	51
6.	โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี	52
7.	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	58
	กรอบแนวคิดในการวิจัย	61
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	62

	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	73
	ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	74
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	77
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	82
	สรุปผลการวิจัย	84
	อภิปรายผล.....	84
	ข้อเสนอแนะ	88
	รายการอ้างอิง	90
	ภาคผนวก	99
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	100
	ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย	102
	ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ใบยินยอมของประชาชนตัวอย่าง ใบพิจารณาจริยธรรม	106
	ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	111
	ภาพแผ่นพลิกประกอบการสอน	120
	เพลงที่ใช้ในการวิจัย.....	121
	ภาคผนวก จ การให้ข้อมูลผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชา ทางช่องน้ำไขสันหลัง	123
	ภาคผนวก ฉ แผ่นพับข้อมูลก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหัก.....	132
	แผ่นพับการนัดยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยกระดูกขาหัก ที่เข้ารับการผ่าตัด	135
	แผ่นพับการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ใช้ยาระงับความรู้สึก ด้วยการนัดยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง	137
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	139

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 1	ลักษณะตามปัจจัย เพศ อายุ และบริเวณที่ทำการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง	64
ตารางที่ 2	ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและความชื่นชอบเกี่ยวกับดนตรีของกลุ่มตัวอย่าง แสดงจำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ การวินิจฉัย สาเหตุที่ทำให้กระดูกหัก ประสบการณ์ในการผ่าตัด ประสบการณ์ในการใช้ ยาเสพติด อาชีพ รายได้.....	65
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความชื่นชอบดนตรีจำแนกตาม ชนิดของดนตรีที่ชอบ ลักษณะของดนตรี เวลาที่ฟังเพลง ความถี่ในการฟังเพลง ความสำคัญของเพลง เพลงที่ผู้ป่วยอยากฟังในขณะที่ทำผ่าตัด เพลงที่ผู้ป่วยอยาก ฟังในหลังที่ทำผ่าตัด.....	67
ตารางที่ 4	แสดงขั้นตอนการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีและการเก็บข้อมูล.....	76
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระยะเวลาของกระบวนการได้รับการผ่าตัด.....	79
ตารางที่ 6	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับ การผ่าตัดโดยใช้ยาชาฉีดทาส่องน้ำไขสันหลัง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม	80
ตารางที่ 7	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับ การผ่าตัดโดยใช้ยาชาฉีดทาส่องน้ำไขสันหลัง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม	81

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพประกอบที่ 1	แสดงมาตรวัดความวิตกกังวล	19
ภาพประกอบ 2	กลไกการควบคุมความปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู.....	30
ภาพประกอบ 3	วงจรพยาธิสรีรวิทยาและการตอบสนองของความปวดหลังผ่าตัด	33



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี ระบบคมนาคมและการสื่อสารมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น จำนวนประชากรเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นตามไปด้วย เป็นปัญหาที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข เกิดขึ้นได้กับคนทุกคน ทุกสถานที่และทุกเวลา โดยผู้บาดเจ็บไม่มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน ในจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บนั้น อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมักเป็นกระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจราจรทั้งหมดจากการศึกษาของรุ่งจิต ลีलगามวงศา (2540) พบว่าส่วนใหญ่มักเกิดการบาดเจ็บที่ขาถึงร้อยละ 30-40 และจากรายงานประจำปีโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยกระดูกและข้อ 2,904 คน ปี พ.ศ. 2546 มีผู้ป่วยกระดูกและข้อ 3,088 คนและในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยกระดูกและข้อ 3,360 คน จากการศึกษาของสุทร บวรรัตน์เวช (2532) พบว่าจากการเกิดอุบัติเหตุส่วนล่างของร่างกายได้รับบาดเจ็บมากที่สุดและอวัยวะที่พบได้มากที่สุดคือกระดูกขา และจากสถิติในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบผู้ป่วยกระดูกขาหักในปี พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วย 1,045 คน ปี พ.ศ. 2546 มีผู้ป่วย 1,205 คน ปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วย 1,249 คน ตามลำดับ

ในการรักษาผู้ป่วยกระดูกขาหักมีทั้งวิธีผ่าตัดและไม่ผ่าตัด ซึ่งการเลือกรักษาด้วยวิธีการทำผ่าตัดต้องขึ้นอยู่กับสภาพและความเหมาะสมของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณขาการใช้ยาระงับความรู้สึกในขณะผ่าตัดทางช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal anesthesia) เป็นวิธีที่เหมาะสม ซึ่งยาชาที่ฉีดเข้าไปในช่องหุ้มชั้นกลางของไขสันหลัง (subarachnoid) จะออกฤทธิ์กดกระแสประสาททำให้มีอาการชาและกล้ามเนื้อบริเวณส่วนล่างของร่างกายอ่อนตัวรวมทั้งลดปัญหาอันเกิดจากการดมยาสลบด้วย (วัชริน สนิทวานนท์, 2544)

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังผู้ป่วยจะมีอาการกลัวการรู้สึกตัวในขณะผ่าตัด (Dripp, et.al, 1982) เนื่องจากว่าผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำให้มีความวิตกกังวล จากการคาดคะเนเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับตนในขณะผ่าตัด ประกอบกับผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อม และเหตุการณ์ต่างๆในห้องผ่าตัด จากการศึกษาของกันยา ออประเสริฐ และคณะ (2539:51) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาชาทางช่องไขสันหลัง หรือช่องเหนือดูราจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตัว อีกทั้งได้พบเห็นอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆตลอดจนเสียงการทำงานของเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด กลิ่นน้ำยาฆ่าเชื้อในห้องผ่าตัด เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นและการที่ผู้ป่วยไม่

เข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริงในขณะที่ผ่าตัด ทำให้สูญเสียการควบคุมตนเอง (Lewis&Collier, 1983) ผู้ป่วยอาจแสดงความวิตกกังวลออกมาในลักษณะต่างๆกัน เช่น เงียบ เฉย ถามอะไรก็ไม่ตอบ ในบางราย เอะอะ โวยวาย กระสับกระส่าย สายศีรษะ มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกมากจนกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคในการผ่าตัดและมีผลกระทบต่อ การตอบสนองทางสรีระวิทยา ในระยะหลังผ่าตัดด้วย (กันยา ออประเสริฐ, 2530)

การผ่าตัดเป็นเหตุการณ์ที่ต้องเตรียมตัวเตรียมใจไว้ล่วงหน้าซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้ (Aiken& Henrichs, 1971) โดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอาจมีสาเหตุจากความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ที่จะเผชิญ การไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร (ขนิษฐานาคะ, 2534; อภรณ์ คำก้อน, 2545) การกลัวความเจ็บปวดทรมาน หมดสมรรถภาพ พิการ สูญเสียภาพลักษณ์ กลัวตาย ต้องพรากจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด กลัวสูญเสียหน้าที่การงานมีปัญหาเศรษฐกิจหรือเคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน (Graham& Conley, 1971) ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นทันทีตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าต้องได้รับการผ่าตัด ความวิตกกังวลจะยังคงอยู่เรื่อยๆไปจนถึงระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด (Lemaitre&Finnegan, 1980) เนื่องจากว่าความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการเปลี่ยนแปลง เมื่อผู้ป่วยอยู่ที่ตึกก็มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระดูกที่หัก เมื่อมาอยู่ที่ห้องผ่าตัด สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับห้องผ่าตัด เครื่องมือ บุคลากรที่ต่างไปจากตึกผู้ป่วย และเมื่อผ่าตัดเสร็จก็จะวิตกกังวลว่าจะหายเป็นปกติ หรือมีความพิการหลงเหลืออยู่หรือไม่ ผู้ป่วยจะหมดความวิตกกังวลก็ต่อเมื่อหลังผ่าตัดแล้วตนเองหายเป็นปกติและใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

ผู้ป่วยกระดูกหักที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันทีฉุกเฉินต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย และจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดทันที สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย นอกจากนี้แล้ว ปัญหาที่ผู้ป่วยต้องประสบทั้งก่อนและหลังผ่าตัดคือความปวด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้ที่ประสบกับความปวดจะมีความรู้สึกไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานทำให้เกิดความกลัวต่อความเจ็บปวด ซึ่งจัดเป็นความกลัวอันดับสองของมนุษย์รองจากการกลัวเสียชีวิต (Miller & Perry, 1990) โดยเฉพาะความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลา 24-72 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยร้อยละ 80จะมีระดับความเจ็บปวดปานกลางถึงรุนแรง (สมพร ชีโนรส และคณะ, 2541)

สำหรับการผ่าตัดกระดูกขาหักโดยใช้โลหะยึดตรึงกระดูกนั้นถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 60-75 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั้งหมดมีระดับความปวดรุนแรงมาก (Bonica, 1990) ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเกิดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด บริเวณกระดูกและเยื่อหุ้มกระดูกซึ่งเป็นบริเวณที่ปวดมากที่สุด เนื่องจากมีใยประสาทเอ-เดตา (A-delta) และใยประสาทซี (C-fiber) ที่ประสานเป็นร่างแหหนาแน่น (सानตร เกษมกิจวัฒนา, 2537) ประกอบกับการหดเกร็ง

ของกล้ามเนื้อ (reflex muscle spasm) โดยเฉพาะการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ quadriceps บริเวณต้นขา ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความปวดระดับรุนแรงและมีระยะเวลาปวดหลังผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัด บริเวณที่มีกล้ามเนื้อน้อย

ผลกระทบจากความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ทำให้การทำงานของระบบต่างๆในร่างกายผิดปกติเช่นผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ระบบทางเดินอาหาร มีการหลั่งน้ำย่อยมากขึ้นกล้ามเนื้อเรียบบริเวณหูรูดหดตัว ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ส่วนระบบประสาทส่งผลให้แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน (กัลยา สรรพอุดม, 2546) นอกจากนี้ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้น้อยลง และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดส่วนลึก เกิดแผลกดทับ เป็นต้น ผลกระทบเหล่านี้เป็นผลเสียต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนาน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าสามารถบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดได้ ผู้ป่วยจะสามารถเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆและฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

การบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีหลายวิธี แต่ที่นิยมปฏิบัติกันมากโดยเฉพาะ 3 วันแรกหลังผ่าตัดคือการใช้ยาฉีดแก้ปวด morphine และ pethidine ซึ่งสามารถลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อบริเวณแผลผ่าตัดและบรรเทาความปวดได้ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติกลับพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับยาบรรเทาปวดไม่เพียงพอและไม่ถูกต้องซึ่งเป็นผลมาจากหลายปัจจัยได้แก่ ระยะห่างของการได้รับยาแก้ปวดนานเกินไป ความเชื่อที่ผิดในเรื่องการติดยารวมทั้งการใช้ยาในกลุ่มนี้อาจเกิดผลข้างเคียงเช่นกดศูนย์ควบคุมการหายใจ กดปฏิกิริยาการไอ ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะลำบาก การทำงานของลำไส้ลดลงทำให้ท้องผูก ทำให้ความดันโลหิตลดลง (ลักษมี ชาญเวช, 2542; Miller&Perry, 1990)

ดังนั้นจึงมีการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการบรรเทาความปวดวิธีอื่นๆ ร่วมกับการให้ยาระงับปวด เป็นวิธีเสริมเพื่อรักษาอาการปวดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ได้แก่ การให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยและการฟังดนตรี

การให้ข้อมูลที่ต้องการและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จะช่วยลดระดับความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการได้รับข้อมูลเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมองผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล (Boss & Goloskov, 1983) รวมทั้งเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด (McCaffery, 1979) จากการศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่าง

ครบถ้วน ทำให้มีความปวดหลังผ่าตัดไม่รุนแรง ลดความต้องการยาระงับปวดและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ฉวี มากพุ่ม, 2530; ปราณี นิพัทธ์กุลศลกกิจ, 2537)

ดนตรีเป็นวิธีเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นกิจกรรมหนึ่งในการพยาบาลร่วมกับการรักษาของแพทย์ได้และเป็นกิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลที่เรียกว่าปฏิบัติการบำบัดแบบผสมผสาน (Complementary therapy) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดต้องให้การพยาบาลช่วยเหลือ บรรเทาความวิตกกังวลและความเจ็บปวดอันเกิดจากความไม่สุขสบายของผู้ป่วย แมคคอฟเฟอร์ (McCaffery, 1979) ได้อธิบายว่าความเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการสร้างเกราะหุ้มความรู้สึก (sensory shielding) ที่ป้องกันบุคคลไว้จากการป้องกันความวิตกกังวล และความปวด ทำให้บุคคลเพ่งความสนใจทั้งหมดอยู่กับสิ่งหนึ่งที่ใช้เป็นจุดรวมความสนใจ โดยเบี่ยงเบนความรู้สึกออกไปจากการคิดกังวลและความเจ็บปวดนั้น ดนตรีเป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งโดยไม่ต้องใช้คำพูดแต่อาศัยคุณสมบัติต่างๆของเสียงดนตรีมาเป็นสิ่งกลางในการติดต่อกับผู้ป่วยโดยเลือกประเภทและเสียงดนตรีให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ใช้เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและจิตใจ ช่วยเบี่ยงเบนความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด และช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่หดเกร็งอย่างช้าๆ เพื่อลดความเจ็บปวด ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของดนตรีที่มีผลต่อการลดความปวดได้ทั้งที่เป็นความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ใช้เพลงบรรเลงประเภทผ่อนคลาย โดยเลือกใช้เพลงประเภทคลาสสิกทั้งเพลงไทยและเพลงสากล แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผลของการศึกษาดังกล่าวมักเป็นการให้ดนตรีในช่วงก่อนและหลังผ่าตัด (ดวงดาว ดุลยธรรม, 2544; ขวัญหทัย ยิ้มละมัย, 2547) ยังไม่มีการให้ดนตรีบำบัดในระหว่างการทำผ่าตัด เพื่อที่จะลดความวิตกกังวลต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะรอหน้าห้องผ่าตัดและขณะผ่าตัด และลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ผู้วิจัยสนใจต้องการศึกษาค้นคว้าผลการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลขณะผ่าตัดและความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เพื่อนำมาใช้พัฒนางานการพยาบาลผู้ป่วยและเป็นแนวทางส่งเสริมบทบาทการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการรักษาของแพทย์โดยไม่เกิดผลข้างเคียงเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดรวมกับการฟังดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดรวมกับการฟังดนตรีจะมีความวิตกกังวลขณะผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่
2. ผู้ป่วยที่ได้รับยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดรวมกับการฟังดนตรีจะมีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดรวมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมประจัญ (Melzack & Wall, 1965 cited by boss, 1992) และแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation) ของ Leventhal และ Johnson (1983) เป็นพื้นฐาน

การให้ข้อมูล มีผลต่อความรู้ ความเข้าใจ มโนทัศน์หลักของทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation) คือ แบบแผนความรู้ ความเข้าใจ (Schema) ซึ่งเป็นโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Structure) ที่ซับซ้อนสร้างจากประสบการณ์ที่ผ่านมา แบบแผนความรู้ ความเข้าใจเป็นตัวชี้ความสนใจของบุคคลเป็นแนวทางจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การปฏิบัติตนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ก็เหมือนกับประสบการณ์อื่น ที่มีผลต่อแบบแผนความรู้ความเข้าใจ เมื่อผู้ป่วยประสบกับกิจกรรมการรักษา บุคคลจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ รู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่เข้ามาได้ ทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองที่ไม่รุนแรงเช่นมีความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานที่ไม่รุนแรง

เนื้อเยื่อบริเวณขาที่ได้รับการผ่าตัดจะกระตุ้นตัวรับสัมผัสความปวดเกิดกระแสความปวดส่งกระแสประสาทไปตามไขประสาทเอ-เดลตา และไขประสาทซีซึ่งกระจายอยู่ในกระดูก เอ็นข้อ และกล้ามเนื้อขา ซึ่งมีผลจะไปยับยั้งการทำงานของ substantiagelatinosa ส่งผลให้กระแสประสาทจากเซลล์ที่เพิ่มขึ้น ประจัญจะเปิด ส่งสัญญาณประสาทไปยัง ricularformation ที่ก้านสมอง และจัดสัดส่วนของกระแสประสาทแล้วส่งสัญญาณต่อไปยังทาลามัสซึ่งจะแปลสัญญาณเป็นความเจ็บปวด

การฟังดนตรีของผู้ป่วย เสียงของดนตรีจะผ่านกระแสประสาทจากคอเคลียในหูไปยัง ทาลามัสและคอร์เทกซ์ซึ่งจะทำงานประสานกัน เมื่อผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการควบคุมความ เจ็บปวดโดยการฟังดนตรีด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงการที่มีอิสระในการตัดสินใจ ดูแลตนเอง และเป็นวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ (ชอลดา พันธุเสนา, 2536) สามารถยับยั้งและเผชิญกับความเจ็บปวดได้ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองที่ส่งผล ให้เกิดการตอบสนองทางด้านจิต-อารมณ์และมีผลให้เกิดการตอบสนองทางชีวเคมีของสมอง (วิภาวี คงอินทร์, 2542) เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึนึกนึกคิด อารมณ์ ความจำและประสบการณ์ ส่งผลไปยังraticularformation ให้ส่งสัญญาณประสาทไปที่substantiagelatinosa สัญญาณใหม่คือ ดนตรี ซึ่งมีความแรงกว่าสัญญาณของความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณต้นขา เนื่องจาก เสียงดนตรีก่อให้เกิดความรู้สึกสบายใจหรือพึงพอใจกระตุ้นการทำงานของเซลล์เอสจี มีผลไปยับยั้ง การทำงานของเซลล์ที่ ประตูดึงถูกปิด และไม่สามารถส่งสัญญาณความปวดขึ้นไประบบควบคุม ส่วนกลางได้ ในขณะที่เดียวกัน เสียงดนตรีจะกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ให้หลั่งสาร เอนเคอร์ฟิน (endorphine) ซึ่งเป็นสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน มีฤทธิ์บรรเทาปวดโดยธรรมชาติ ส่งผลไปยัง เรติคูลาร์ฟอร์เมชัน ให้ส่งสัญญาณไปที่เซลล์เอสจี มีผลไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ที่ ด้วยเช่นกัน จึงทำให้การรับรู้ความปวดลดลง เนื่องจากกระแสประสาทความปวดไม่สามารถส่ง สัญญาณความปวดไปยังระบบควบคุมส่วนกลางได้ ระบบกระทำการจะแสดงพฤติกรรมตอบสนอง ทำให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น รวมทั้งเกิดการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ของผู้ป่วยทำให้อัตราการหายใจ อัตราชีพจร ความดันโลหิตลดลง

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลขณะผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังต่อความ

วิตกกังวลขณะผ่าตัดและความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด แผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2548 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2549 โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มประชากร เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง

2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย ศัลยกรรมกระดูกหญิง ตึกทำไม้ ตึกประจักษ์

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรต้น ได้แก่

1. การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี
2. การพยาบาลตามปกติ

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

1. ความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด
2. ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด หมายถึง แบบแผนกิจกรรมการพยาบาลซึ่งใช้หลักการของ Leventhal and Johnson (1983) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัวหรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับไปประมวลผลและเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ ไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมและคงอยู่ถาวร

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้ทำวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการผ่าตัด 1 วัน ในช่วงเวลา 14.00-16.00 นาฬิกา เป็นเวลานาน 30-45 นาที ด้วยการบรรยายประกอบภาพพลิกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในการผ่าตัดกระดูกขาได้แก่ การเตรียมร่างกายและจิตใจเพื่อเข้ารับการผ่าตัด สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น การปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่อยู่ในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น ขั้นตอนการผ่าตัดพอสังเขป ตลอดจนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเช่น การบริหารกล้ามเนื้อขา การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การจัดทำผู้ป่วยหลังผ่าตัด และแจกแผ่นพับในเรื่องข้อมูลก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหัก การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ใช้ยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง และการฉีดยาชาทางช่องไขสันหลังในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่เข้ารับการผ่าตัด โดยเป็นการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล

การฟังดนตรี หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยคัดเลือกเพลงที่ตนเองชื่นชอบ เพื่อใช้ฟังในขณะที่นอนทำผ่าตัดและหลังผ่าตัดขณะที่นอนในห้องพักฟื้น การฟังดนตรีในแต่ละครั้งต้องฟังติดต่อกัน 30 นาที เป็นรายบุคคลจากแผ่น CD ซึ่งบันทึกเสียงต่อเนื่องกันผ่านทางหูฟังที่ต่อจากเครื่องเล่น CD และผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับเสียงด้วยตนเอง ลักษณะของดนตรีที่เลือกใช้จัดอยู่ในประเภทผ่อนคลาย (Relaxation music) จากเพลงไทยและเพลงสากลซึ่งประกอบด้วยเพลงบรรเลงและเพลงขับร้องได้แก่ 1. ดนตรีบรรเลงประเภทคลาสสิก 2. ดนตรีบรรเลงประเภทผ่อนคลายร่วมกับดนตรีที่เลียนเสียงธรรมชาติ มีความเรียบง่าย ฟังสบายๆอาจมีสรรพเสียงจากธรรมชาติ เช่นเสียงนกร้อง เสียงเกลียวคลื่น เสียงลม ฝน บรรเลงต่อเนื่องกัน 3. ดนตรีพื้นบ้าน 4. ดนตรีประกอบการขับร้อง โดยแต่ละเพลงมีระดับเสียงต่างกันไม่มากโดยมีจังหวะอยู่ในช่วง 60-80 ครั้งต่อนาทีและระดับเสียงสูงปานกลางความดังไม่เกิน 80 เดซิเบล

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดโดยพยาบาลประจำการในห้องผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย ศัลยกรรมกระดูกหญิง ตึกทำไม้ ตึกประจักษ์ โดยก่อนผ่าตัด 1 วัน พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมร่างกายเช่น การงดน้ำและอาหาร, การเตรียมบริเวณที่จะทำการผ่าตัด การปฏิบัติตนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

ความวิตกกังวลในการผ่าตัด หมายถึง ความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราวต่อบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งบุคคลรู้สึกและประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้บุคคลมีความตึงเครียด หวั่นวิตก กระวนกระวายใจ สำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหักเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าการที่กระดูกขาหักและต้องผ่าตัดเป็นสิ่งคุกคามตนเอง ทั้งเหตุการณ์ปัจจุบันที่เป็นอยู่และคาดการณ์ในอนาคต โดยจะมีความรู้สึกกระวนกระวายเป็นทุกข์ไม่สบายใจ หวั่นวิตกเกิดขึ้นในขณะที่รออยู่ในห้องผ่าตัด ขณะผ่าตัด โดยวัดจากแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberg (1970) แปลเป็นไทยโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง นิตยา คชภักดี, ดร.สายฤดี วรกิจ โภคาทร และ ดร. มาลี นิสัยสุข (2524)

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด หมายถึง การรับรู้และการตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บปวดที่เกิดจากการที่เนื้อเยื่อได้รับอันตราย และร่างกายตอบสนองผ่านระบบประสาทซิมพาทีติก ระบบกล้ามเนื้อ และปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจ บุคคลสามารถบอกถึงความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ (Guyton, 1971; Sternbach cited in Jacox, 1977; McCaffery, 1979) การรับรู้และการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดในระยะ 6 ชั่วโมง 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ประเมินได้จากมาตรวัดระดับความเจ็บปวดชนิดเป็นตัวเลข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ได้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีในขณะผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง
2. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ได้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนำดนตรีไปใช้บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการปวดและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง
3. ได้รูปแบบการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระหรือเป็นกิจกรรมเสริมในการบรรเทาอาการปวดและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
4. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดนตรีในการบำบัดรักษากลุ่มอาการอื่นๆ
5. เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูกขาหัก



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัดครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก
 - 1.1 ความหมายของกระดูกหัก
 - 1.2 พยาธิวิทยาของกระดูกหัก
 - 1.3 แนวคิดการรักษาผู้ป่วยกระดูกขาหัก
 - 1.4 ข้อห้ามในการผ่าตัดใส่เหล็กดามกระดูก
 - 1.5 ประโยชน์ของการผ่าตัดใส่เหล็กดามกระดูก
 - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกขาหัก
2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
 - 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 2.2 ประเภทความวิตกกังวล
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล
 - 2.4 ระดับของความวิตกกังวล
 - 2.5 ผลของความวิตกกังวล
 - 2.6 การประเมินความวิตกกังวล
 - 2.7 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง
 - 2.8 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกขา
 - 2.9 สาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด
 - 2.10 บทบาทของพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
 - 3.1 ความหมายความเจ็บปวด
 - 3.2 ชนิดของความเจ็บปวด
 - 3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวด
 - 3.4 องค์ประกอบทางสรีรวิทยาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา
 - 3.5 ทฤษฎีควบคุมประตู

- 3.6 ทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน
- 3.7 การตอบสนองต่อความปวดหลังผ่าตัด
- 3.8 ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกต้นขา
- 3.9 การประเมินความปวดหลังผ่าตัด
- 3.10 บทบาทของพยาบาลในการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา
4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด
 - 4.1 ความหมายของการให้ข้อมูล
 - 4.2 มโนทัศน์ของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด
 - 4.3 ประเภทของการให้ข้อมูล
 - 4.4 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย
 - 4.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการให้ข้อมูล
5. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัด
 - 5.1 ดนตรีและองค์ประกอบของดนตรี
 - 5.2 คุณสมบัติของดนตรี
 - 5.3 ชนิดของดนตรีที่นำมาใช้ในการบำบัด
 - 5.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับดนตรีบำบัด
 - 5.5 ดนตรีบำบัดกับการลดความวิตกกังวล ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดกระดูกขา
6. โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก

1.1 ความหมายของกระดูกหัก หมายถึง การที่ส่วนประกอบของกระดูกหักโดยที่กระดูกอาจเคลื่อนจากกันหรืออาจจะยังคงอยู่ในรูปเดิม อาจมีบาดแผลหรือไม่มีบาดแผลมักเกิดร่วมกับอันตราย ต่อเนื้อเยื่อ ใกล้เคียงเส้นเลือด เส้นประสาท เอ็น และอวัยวะภายในอื่นๆ ด้วย (สุจิตรา ทัดเที่ยง, 2542: 281-286)

กระดูกขาประกอบด้วย กระดูกต้นขา (Femur) กระดูกปลายขา (Tibia, Fibular) กระดูกต้นขา (Femur) เป็นกระดูกที่มีลักษณะเป็นท่อนยาวและจัดเป็นกระดูกที่ใหญ่ที่สุดและยาวที่สุด แข็งแรงที่สุดในร่างกาย (ไพรัช ประสงค์จีน, 2541) แบ่งเป็น 3 ส่วน คือปลายบน เป็นส่วนหัว (head) สวมอยู่ในเป้าสะโพก (acetabulum) ถัดลงมาจะเป็นส่วนคอ (neck) ตอนกลางของกระดูกขา (shaft) เป็นส่วนที่มีกล้ามเนื้อที่ช่วยในการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก และเข้าเกาะอยู่ปลายล่างมีขนาดใหญ่กว่าปลายบน เป็นส่วนที่จะต่อกับกระดูกหน้าแข้ง กระดูกต้นขาหัก เมื่อ

กระดูกต้นขาหักจะพบว่าขาข้างที่หักมักสั้นขึ้นไปมาก เนื่องจากการหดรั้งของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ จึงทำให้กระดูกมีการเกาะกันได้ง่าย โดยอาจเกาะกันได้ถึง 4-5 นิ้ว

กระดูกปลายขา ประกอบด้วย กระดูก 2 ชิ้นคือ กระดูกทibia และกระดูกFibula (Fibula) เมื่อกระดูกปลายขาหักอาจหักเพียงชิ้นใดชิ้นหนึ่ง หรือทั้ง 2 ชิ้น กระดูกTibiaพบว่าหักบ่อย เพราะอยู่ใกล้ผิวหนัง และไม่มีกล้ามเนื้อรองรับแรงกระแทกและเมื่อหักปลายกระดูกอาจทะลุออกมาภายนอก กระดูกTibiaมักติดกันช้ามาก เนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงกระดูกน้อย

1.2 พยาธิวิทยาของกระดูกหัก

กระดูกหักมักเกิดร่วมกับการบาดเจ็บของหลอดเลือด หรือเส้นประสาท เมื่อมีกระดูกหักสิ่งที่ตามมาอันดับแรก คือมีเลือดออกบริเวณที่กระดูกหักจากตัวกระดูกเอง หรือจากเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย จำนวนเลือดที่ออกแตกต่างกันอาจรุนแรงจนมีอันตรายต่อชีวิตหรือเพียงปานกลางอาจมีอาการช็อกตามมาภายหลังการสูญเสียเลือดจำนวนมาก นอกจากการเสียเลือดแล้วกระดูกหักจะทำให้ มีการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทชั่วคราวที่บริเวณกระดูกหัก ภายหลังการปวดแบบปวดจี๊ดที่บริเวณกระดูกหักส่วนนั้นจะเริ่มมีอาการชา กล้ามเนื้อรอบ ๆ อ่อนเปลี้ยระยะนี้เรียกว่าภาวะช็อกเฉพาะที่ (Local shock) ระยะนี้อาจสิ้นสุดในสองสามนาที ถึงครึ่งชั่วโมง (วรรณีสัตยวิวัฒน์ และ สุปรานี เชื้อสุวรรณ, 2529: 34-35)

1.3 แนวคิดการรักษาผู้ป่วยกระดูกขาหัก

สาเหตุที่ทำให้กระดูกหัก อาจเกิดจากแรงกระทำโดยตรง เช่น ถูกตี ถูกยิง แรงกระทำทางอ้อม จากแรงกระทำจากจุดหนึ่งแล้วทำให้เกิดการหักของกระดูกอีกจุดหนึ่ง เช่นการเกิดจากแรงกระชาก แรงบิดนอกจากนี้อาจเกิดจากกระดูกซึ่งมีรอยโรค หรือมีพยาธิสภาพอยู่ก่อนแล้ว เช่นกระดูกพรุน กระดูกอักเสบติดเชื้อ เป็นต้น แต่ในกระดูกขา เป็นกระดูกที่แข็งแรงจะหักได้ก็ต่อเมื่อแรงที่มากกระทำต้องมีความรุนแรงมาก (ไพรัช ประสงค์จีน, 2541: 11) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาว (เจริญ โชติกวนิชย์, 2539) มักเป็นเพศชายอายุระหว่าง 16-30 ปีและร้อยละ 73 มีสาเหตุจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ (รุ่งจิต สีลาภามวงศา, 2540; ชาญยุทธ์ ศุภชาติวงศ์ และคณะ, 2535) มักพบการหักของลำกระดูกต้นขา (Shaft of femur) มากกว่าส่วนอื่น เนื่องจากบริเวณปลายบนและปลายล่าง ของกระดูกต้นขามีขนาดใหญ่ สามารถกระจายแรงที่มากกระทำได้ดีกว่า ในผู้สูงอายุ มักพบกระดูกต้นขาหักในเพศหญิงมากกว่า ร้อยละ 56.9 เป็นกระดูกท่อนขาบน สาเหตุหลักคือการหกล้ม (ช่อราตรี สิริวัตถานันต์ และอุทัย สิริวัตถานันต์, 2540) ซึ่งแนวทางการรักษากระดูกหักจะแตกต่างกันไป

การรักษาเบื้องต้นควรจัดกระดูกให้อยู่หนึ่ง ๆ ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก จะใช้การตรึงภายนอกโดยวิธีการดึงถ่วง ซึ่งมี 2 วิธี คือการดึงถ่วงผ่านผิวหนัง (Skin traction) ใช้น้ำหนักถ่วงเพียงเบา ๆ ประมาณ 5 ปอนด์ และการดึงถ่วงผ่านกระดูก (Skeletal traction) ซึ่งใช้ Kirschner's wire หรือ Steinmen pin เจาะผ่านกระดูกเพื่อดึงด้วยน้ำหนัก 15-20 ปอนด์ (เจริญ โชติกวนิชย์, 2539)

ส่วนในกระดูกขาส่วนปลาย ส่วนมากจะรองไว้ด้วยเฟือก เพื่อรอการผ่าตัดต่อไปแนวทางการรักษา กระดูกขาหักที่นิยมกันทั่วไป ได้ผลดี มีหลักการรักษา 3 ประการคือ 1) เพื่อให้กระดูกติดในเวลาอันควร 2) เพื่อให้กระดูกเข้าที่เหมือนกับลักษณะทางกายวิภาคปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติ 3) เพื่อให้ส่วนที่ได้รับบาดเจ็บทำหน้าที่ได้ตามปกติหรือ ใกล้เคียงปกติในเวลาอันรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (เจริญ โชติกวีชัย, 2539: 17-19) โดยวิธีการผ่าตัด มี 2 วิธี ดังนี้

1. การผ่าตัดยึดตรึงด้วยแกนโลหะ (Intra-medullarly nailing) เป็นการรักษากระดูกหักบริเวณลำกระดูกต้นขา แบ่งเป็น 2 วิธี คือ ชนิดที่ไม่เปิดบริเวณที่กระดูกหัก (Closed nailing) เป็นการฉีดเรียงกระดูกให้เข้าที่โดยการดึงภายใต้ การควบคุมของเครื่องถ่ายภาพชนิดมีจอภาพ (Image intensifier) และชนิดที่เปิดเข้าบริเวณที่กระดูกหัก (open nailing) เป็นการใส่แกนโลหะจากรอยกระดูกหักโดยตรง ทำได้โดยผ่าเข้าไปจนถึงรอยหัก ซึ่งแกนโลหะที่ใช้ตรึงกระดูกหัก สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามรูปร่างลักษณะการใช้ ตามที่ก่อให้เกิดความมั่นคง

ก. แกนโลหะมาตรฐานทั่วไป (Standard medullarly nail) ที่นิยม คือ kuntscher nail , AO nail

ข. แกนโลหะที่สามารถล็อกด้วยสกรูได้ (Interlocking medullarly nails) จะใช้ใน กรณีที่ใส่แกนโลหะมาตรฐานทั่วไปไม่ได้ เช่นการหักชนิดแตกหลายเสี่ยง (Comminuted fracture) หรือการหักแบบขาดช่วง (segmental fracture)

ค. แกนโลหะที่อ่อนตัวทำให้งอหรือเหยียดตรงได้ (Flexible medullarly nail)

2. การผ่าตัดยึดตรึงด้วยแผ่นโลหะและหมุดเกลียวโลหะ (Plate and screw fixation) เป็นการรักษากระดูกหัก กรณีที่มีกระดูกหักหลาย ๆ ที่ หรือกระดูกหักในส่วนบน หรือส่วนอื่นที่ตรึงด้วยแกนโลหะแล้วไม่มั่นคงพอ

จากการศึกษาของคาร์ และคิงโก (Carr และKingo, 1973 อ้างใน เจริญ โชติกวีชัย, 2539) เปรียบเทียบการรักษากระดูกหักบริเวณลำกระดูกต้นขาโดยวิธีการผ่าตัดและไม่ผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด มีระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่ในโรงพยาบาลและมีปัญหากระดูกไม่ติดกระดูกติดช้า หรือกระดูกผิดรูปน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เช่นเดียวกับการศึกษาของชาญยูทซ์ สุภชาติวงศ์ และคณะ (2535) พบว่าการรักษาโดยการผ่าตัดตรึงกระดูกภายในเป็นวิธีที่ได้ผลการรักษาดีที่สุด พบการติดเขื่อน้อย สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เต็มที่ ใน 6 สัปดาห์แรก (full range of motion) ดังนั้นในปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบของวัสดุโลหะยึดตรึงกระดูกให้เหมาะสมกับชนิดการหักของกระดูก และหาแนวทางการรักษากระดูกต้นขาหักด้วยการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.4 ข้อห้ามในการทำผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูก ดังนี้

1. กระดูกหักที่กำลังมีการติดเขื่อนแรงหรือ โพรงกระดูกเป็นหนอง

2. การมีกระดูกหักบ่อยๆ หลายชิ้น ที่ไม่สามารถจัดเข้าที่ ตามได้มั่นคงในเชิงปฏิบัติ เช่นหักส่วนข้อ

3. เนื้อกระดูกไม่แข็งแรงพอที่จะยึดกับวัสดุที่ใช้ในการยึดตาม เช่น ภาวะกระดูกพรุน หรือกระดูกอ่อนตัว

4. เนื้อเยื่ออ่อนโดยรอบรอยหักมีสภาพไม่สมบูรณ์ เช่น มีแผลเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

5. สภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยไม่เหมาะสมแก่การให้ยาชา หรือยาสลบ

6. ชิ้นส่วนของกระดูกที่หักอยู่คงที่ในท่าที่ยอมรับได้อยู่แล้ว

1.5 ประโยชน์ของการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูก

1. ไม่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวไว้นาน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคแทรกซ้อน

2. จัดกระดูกเข้าที่ได้สนิท

3. ข้อเคลื่อนไหวได้เร็ว

4. ในรายที่ทำ Bone graft ทำให้ชิ้นกระดูกไม่เคลื่อนไหว

5. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น กระดูกเคลื่อนไปกดเส้นประสาท

6. ให้การพยาบาลได้ง่าย ช่วงเวลาอยู่โรงพยาบาลสั้น ระยะพักฟื้นสั้น

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกขาหัก

การปฐมพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหัก

กระดูกของคนเราอาจเกิดแตกหักได้ตลอดเวลา ถ้าไม่ระมัดระวังหรือไม่ป้องกันอันตรายเช่น จากอุบัติเหตุต่าง ๆ ลักษณะของกระดูกหักแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ หักออกจากกันเป็น 2 ส่วน อาจหักธรรมดาไม่มีบาดแผลหรือหักมีบาดแผล กระดูกแตกละเอียดมีอาการแทรกซ้อนโดยกระดูกที่หักแทงทะลุอวัยวะภายในที่สำคัญ กระดูกหักไม่ขาดออกจากกัน มีลักษณะกระดูกร้าว กระดูกค้ำหรือกระดูกบวมลักษณะอาการจะแตกต่างกันไปตามตำแหน่งที่กระดูกหัก อาการทั่ว ๆ ไป อาจมีอาการช็อค มีอาการบวม และร้อน ลักษณะกระดูกผิรูปร่างไปจากเดิมเคลื่อนไหวไม่ได้ ถ้าจับจะมีเสียงกรอบแกรบ อาจมีบาดแผลหรือพบปลายกระดูกโผล่ออกมาให้เห็น

การปฐมพยาบาล

เมื่อพบผู้ป่วยกระดูกหักอย่าพยายามเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จนกว่าส่วนของกระดูกที่หักได้รับการใส่เฝือกชั่วคราว โดยใช้วัสดุที่หาง่าย เช่น กระดาษหนังสือพิมพ์ กระดาษแข็ง ไม้ไผ่ เป็นต้น และก่อนเข้าเฝือก ควรใช้ผ้าสะอาดพันส่วนที่หักหนาพอสมควร ในรายไม่รู้สีกักตัวต้องจับผู้ป่วยนอนตะแคงหันหน้าไปด้านใดหนึ่ง ถ้ามีเลือดออกมากบริเวณบาดแผลต้องทำการห้ามเลือด หากปวดแผลมากให้ยาแก้ปวดและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ถ้ากระดูกที่หักโผล่ออกมานอกเนื้ออย่าดันกลับเข้าที่เดิมเด็ดขาด หลังจากช่วยเหลือขั้นต้นแล้วรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องทำอย่างระมัดระวังโดยให้ส่วนที่หักเคลื่อนไหวน้อยที่สุด

2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลทุกคนคุ้นเคย และประสบอยู่เสมอ เป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกเกิดและต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต เมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ การตกลงใจ และการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งถ้าความวิตกกังวลนั้นเกิดขึ้นบ่อยๆ และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันจนไม่สามารถแก้ไขได้ จะทำให้บุคคลนั้นเกิด Anxiety disorder ได้ (Johnson, 1993)

2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

สปีลเบอร์เกอร์ และซิดแมน (Spielberger & Sydeman, 1994) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นความเครียดที่เกิดจากการคุกคามมั่นคงปลอดภัยของบุคคล โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าแล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจขึ้น

ซอลดา พันธุเสนา (2536) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม เสี่ยงภัย ตกอยู่ในอันตราย หรือตกอยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัย ความไม่แน่นอน ไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกนี้จะทำให้บุคคลเกิดความหวาดกลัว ตึงเครียด กระวนกระวายใจ หรือไม่สบายใจ โดยมีการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ

2.2 ประเภทความวิตกกังวล

สปีลเบอร์เกอร์ และซิดแมน (Spielberger & Sydeman, 1994) ได้แบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.2.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety or A-State) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในเหตุการณ์หนึ่งๆ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ตึงเครียด กระวนกระวายใจ ไม่พอใจ ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

2.2.2 ความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล มีลักษณะค่อนข้างคงที่และไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรงแต่จะเป็นตัวเสริมและเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลในขณะเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลมีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกันมีหลายประการดังนี้

1. เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกาย ที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลมาจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ซึ่งเพศหญิงจะมีอารมณ์หงุดหงิดวิตกกังวล เมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำลงมาก ส่วนเพศชายจะมีฮอร์โมนแอนโดรเจนซึ่งมีผลทำให้

เพศชายมีลักษณะแข็งแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีการแสดงออกได้มากกว่าและมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าเพศหญิง (Grabow & Buse, 1990)

2. อายุมีผลต่อความวิตกกังวลโดยผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า อาจเนื่องจากผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์มากกว่า ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่า ส่งผลให้มีความวิตกกังวลต่ำกว่า (Grabow & Buse, 1990 ; ขนิษฐา นาคะ, 2534)

3. ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการใช้สติปัญญาและมีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Leske, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขนิษฐา นาคะ (2534) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าจะมีระดับความวิตกกังวลแฝง มากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

4. ประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับ พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาแล้วจะมีผลต่อระดับความวิตกกังวลในครั้งต่อไป โดยผู้ป่วยที่ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดในทางลบ ก็จะมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลในการผ่าตัดในครั้งต่อไปเพิ่มขึ้น (Patrick, Wood, Craven, Rokosky & Bruno, 1991)

5. ตำแหน่งของการผ่าตัดที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด บริเวณอวัยวะที่แสดงถึงสัญลักษณ์ หรือเกี่ยวกับภาพลักษณ์ เช่น อวัยวะสืบพันธุ์ เต้านม หรือมดลูก จะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง (Kincey, 1995)

6. ฐานะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ ที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญความเจ็บป่วยได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจึงมีโอกาสเลือกรับการรักษา ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ ทำให้ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ (Lazarus & Folkman, 1984)

7. การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว การที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ฟังที่ดี คอยให้ความอบอุ่น และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ช่วยให้ความวิตกกังวลลดลงได้ (Cormack, 1985)

8. ลักษณะการเลี้ยงดูและการถ่ายทอดความเชื่อของครอบครัว การถ่ายทอดความเชื่อต่างๆ ให้กับผู้ที่อยู่ในครอบครัว ทำให้มีความวิตกกังวลแตกต่างกันได้ (คาราวรรณ ติ้ปินตา, 2538)

9. ค่านิยมและวัฒนธรรมทางสังคม จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ถ้าการพยาบาลที่ให้ขัดกับค่านิยม และวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยได้รับมา ก็จะเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น (คาราวรรณ ติ้ปินตา, 2538)

2.4 ระดับของความวิตกกังวล แบ่งได้เป็น 5 ระดับ คือ (ช่อลดา พันธุเสนา, 2536)

1. ระดับปกติ (well being)

เป็นระดับที่พบได้ทั่วไป เป็นระดับที่เกิดความรู้สึกสบายใจและพอใจ มีความวิตกกังวลบ้างแต่ก็สามารถปรับตัวได้ในเวลาที่สมควร

2. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety)

เป็นความวิตกกังวลเล็กน้อย ซึ่งทำให้บุคคลตื่นตัวขึ้น ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่าง ๆ การเรียนรู้และการแก้ปัญหาดีขึ้น และสามารถสังเกตความแตกต่างของสิ่งแวดล้อมได้ มองเห็นความเกี่ยวพันระหว่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกไม่สบายจะกระตุ้นให้ทำงานแก้ปัญหา ความวิตกกังวลในระดับนี้ จึงเป็นการเตรียมพร้อมที่จะรับรู้ และปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์

3. ความวิตกกังวล ระดับปานกลาง (Moderate anxiety)

เป็นระดับที่บุคคลสนใจต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมีผลทำให้บุคคลตื่นตัวมากขึ้น ว่องไวมากขึ้น จนดูเกือบจะลึกลับลึกลน ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่าง ๆ แคลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง เลือกลงใจเฉพาะสถานการณ์บางส่วนที่จำกัดอยู่ในขอบเขตของสิ่งกระตุ้นที่ตนกำลังสนใจ

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety)

เป็นระดับที่ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่าง ๆ แคลงอย่างมาก ความมีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ต่าง ๆ ลดลง บุคคลจะตกอยู่ในความกลัวเป็นอย่างมาก และขาดการไตร่ตรอง การมองบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมจะแปรปรวนไปจากสภาพความเป็นจริง มีความผิดปกติของความคิด

5. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety)

เป็นระดับความวิตกกังวลที่เข้าสู่ความแปรปรวนทางจิตที่เกิดขึ้น โดยความวิตกกังวลนั้นไม่ได้ระบายออกหรือแก้ไขให้ลดลงความรู้สึกดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงจุดที่บุคคลไม่สามารถทนต่อไปได้ จะเป็นผลให้บุคคลมีความรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ผิดไปจากความเป็นจริง บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง บุคลิกภาพและความคิดจะผิดปกติไป ความสามารถในการเรียนรู้เสียไป อาจมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน แสดงความก้าวร้าวอย่างรุนแรง ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น

2.5 ผลของความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะตอบสนองต่อความวิตกกังวลซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล (ชอลดา พันธุเสนา, 2536; คาราวรรณ ติปะปิตาม, 2538; Johnson, 1993) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เป็นผลมาจากระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำงานโดยอิสระไม่อยู่ใต้อำนาจ ประกอบด้วยระบบประสาทซิมพาเทติกและพาเทติก ซึ่งทั้ง 2 ระบบนี้จะทำงานตรงกันข้ามกัน เพื่อรักษาความสมดุลของการทำงานของอวัยวะในร่างกาย โดย

ระบบ ซิมพาเทติกจะมีบทบาทมากกว่าเมื่อมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คือ หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น เหงื่อออก ท้องผูก เป็นต้น แต่ถ้าระดับความวิตกกังวลสูงและรุนแรง ระบบพาราซิมพาเทติกจะมีบทบาทมากกว่า ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี โดยขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นต่อมพิทูอิทารี ส่วนหน้าจะหลั่งฮอร์โมน อะดรี โนคอร์ติโคโทรปิก ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอก ให้หลั่งฮอร์โมน คอร์ติคอลมากกว่าขึ้นทำให้การทำหน้าที่ผิดปกติเกิดการกั่งของโซเดียมลดการทำงานของต่อมพิทูอิทารี ส่วนหลังซึ่งหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก (antidiuretic hormone) ซึ่งปกติจะทำหน้าที่ควบคุมการ ขับถ่ายปัสสาวะ ถ้าระดับความวิตกกังวล มีความรุนแรงมากขึ้น จะทำให้ปัสสาวะบ่อยส่วน ไฮโปทาลามัสจะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเทติกไปยังต่อมหมวกไตชั้นในให้หลั่งฮอร์โมน แคาทีโคลามีน ซึ่งประกอบไปด้วย อีพิเนฟรินและนอร์อีพิเนฟริน เข้าสู่กระแสเลือดทำให้ หัวใจเต้นเร็วและแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น เส้นเลือดส่วนปลายมีการหดตัวทำให้มือและเท้าซีดและ เย็น นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังไปก่การทำงานของภูมิคุ้มกันของเซลล์ และก่การตอบสนอง ต่อแอนติบอดีของร่างกาย

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์จะทำให้มีอาการตกใจง่าย กระสับกระส่าย หงุดหงิด และโมโหง่าย เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ และการเรียนรู้ ทำให้ความคิดสับสน ความคิดฟุ้งซ่าน การตัดสินใจไม่ดี การรับรู้ผิดพลาด ไม่มีสิทธิ ลืมง่าย และความสนใจสิ่งแวดล้อม ลดลง (Ail & Khalil, 1990) ทำให้ผู้ป่วยมีความทนต่อความเจ็บปวดลดลง (Oberle, Wry, Paul & Grace, 1990; Walding, 1991) ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การไอ การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายหลังผ่าตัด มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง ผ่าตัด เช่น ท้องอืด ภาวะปอดบวม เป็นต้น (MeEachern, 1992; Steelman, 1990; Walding, 1991) ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพและการหายของแผลใช้ระยะเวลาเวลานานกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการ รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม โดยผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (McCleane & Watters, 1990)

2.6 การประเมินความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและ จิตสังคม ซึ่งในแต่ละบุคคลจะแสดงอาการและอารมณ์ที่แตกต่างกันออกไปหลายประการ สำหรับการ ประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธีดังนี้

1. ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of anxiety) โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ

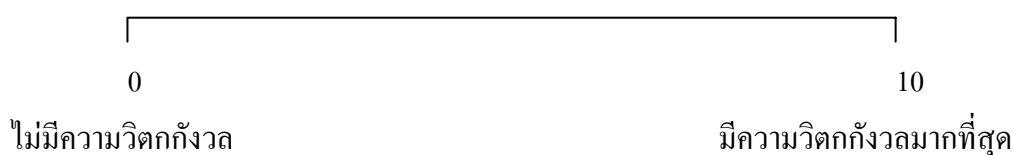
ความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา การมีเหงื่อออก เป็นต้น (Stuart & Sundcen, 1987) การวัดต้องใช้เครื่องมือในการวัด การประเมินผลไม่ค่อยแน่นอน เนื่องจากระดับของความวิตกกังวลและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระของแต่ละบุคคล จะมีแบบแผนที่แตกต่างกัน

2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (behavioral measure of anxiety) การสังเกตนี้จะสังเกตถึงความแปรปรวนในด้านการเคลื่อนไหว การพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องของการทำงานของร่างกาย ความจำ เนื่องจากความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกนั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายในใจที่บุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การขาดสมาธิ กระสับกระส่าย หงุดหงิด นอนไม่หลับ ลูกลี้ลูกกลน ถอนหายใจร้องไห้ เบื่ออาหาร เป็นต้น (Graham & Conley, 1971)

3. ประเมินจากการใช้แบบประเมินด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความรู้สึกด้วยตนเอง แล้วนำมาประเมินเป็นความวิตกกังวลที่นิยมใช้กัน คือ

3.1 แบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ มีชื่อเรียกว่า state-trait anxiety inventory (STAI) เป็นแบบวัดความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ไปหรือเหตุการณ์เรื่องราวที่เฉพาะเจาะจงที่เชื่อมโยงไปสู่ความวิตกกังวล แบ่งเป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญกับแบบวัดความวิตกกังวลแบบแฝง โดยให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมาย / ตรงช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่มีอยู่จริงในขณะนั้น แบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ได้รับความนิยมและใช้อย่างแพร่หลาย เช่น สุริย์พร เทพอมรเดช (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่และความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85

3.2 มาตรวัดความวิตกกังวล (Visual Analogue Scale) ของการ์เบอร์สัน (Gabeerson, 1991) เป็นการถามภาพรวมของความวิตกกังวล โดยไม่มีความเฉพาะเจาะจงลงไปที่เรื่องราวหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เชื่อมโยงไปสู่ความวิตกกังวล คำถามที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงแนวนอนยาว 10 เซนติเมตร ปลายปิดทางด้านซ้ายจะตรงกับความรู้สึก “ไม่มีความวิตกกังวล” และความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือจะตรงกับความรู้สึก “มีความวิตกกังวลมากที่สุด” ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงมาตรวัดความวิตกกังวล

วิธีการประเมิน ให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายลงบนมาตรวัดตามความรู้สึกวิตกกังวลที่มีอยู่จริงในขณะนั้น ให้คะแนนตามการวัดความยาวจากจุดที่ไม่มีความวิตกกังวลไปจนถึงจุดที่ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายไว้ ผู้ที่มีคะแนนมากจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย (Gaberson, 1991)

การประเมินความวิตกกังวลในทางการพยาบาล มักจะใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ เพราะสามารถประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ทุกสถานการณ์เช่น ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ใช้เวลาสั้นในการประเมินการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมตอบสนองทั้งภายในและภายนอกของผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลได้

2.7 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง

ก่อนที่จะได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดใดนั้น ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด และสภาวะร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal Anesthesia) ซึ่งกระทำโดยการฉีดยาเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มชั้นกลางของไขสันหลัง (Subarachnoid Space) บริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอวที่ 3-4 จะกีดการทำงานของการนำส่งกระแสประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด และทำให้กล้ามเนื้อบริเวณส่วนล่างของร่างกาย เกิดการหย่อนตัวข้อดีของการใช้ยาทางช่องน้ำไขสันหลังคือ ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนตัวโดยไม่ทำให้ผู้ป่วยสลบ และสามารถทำผ่าตัดได้ในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่เกิดการระคายเคืองต่อปอด ไม่มีปัญหาแทรกซ้อนทางการหายใจในระยะหลังผ่าตัด และจากการที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลงจะมีผลทำให้การมีเลือดออกในขณะผ่าตัดน้อยลง

ในการให้ยาทางช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดกระดูกขา นิยมใช้ยามีความถ่วงจำเพาะสูงกว่าน้ำไขสันหลัง เช่น lidocaine 5% ปริมาตร 1-2 มล. และ bupivacaine 0.5-0.75% ปริมาตร 2-7 มล. ระยะเวลาในการชาน้ำไขสันหลังขึ้นอยู่กับชนิดของยาที่ใช้ ขนาดของยา สภาพร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้ยาพิจารณาให้เหมาะสมกับการผ่าตัด เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ในขอบเขตและระยะเวลาตามที่ต้องการได้ ในการจัดทำผู้ป่วยสำหรับให้ยาทางช่องน้ำไขสันหลัง ทำในท่านอนตะแคง ก้มศีรษะ และงอเข่าให้ชิดหน้าอก โกงหลังเต็มที่ หรือนั่ง ให้ก้มศีรษะมากที่สุดตามความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย หลังจากฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลังเสร็จแล้ว ให้ผู้ป่วยนอนราบ เส้นประสาทกลุ่มที่ถูกยับยั้ง (block) เร็วที่สุด คือประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ต่อไปก็เป็นกลุ่มประสาทที่นำความรู้สึกร้อน เย็น ความเจ็บปวด การสัมผัส ส่วนเส้นประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหว (Motor fiber) จะถูกยับยั้งหลังสุดและกลับคืนสู่ปกติเร็วกว่าเส้นประสาทอื่น เนื่องจากมีขนาดใหญ่และมีไมอีลินชีส (Myeline Sheath) หุ้ม (ศกาศพันธ์ ปาฐกถิตานนท์, 2534: 213-214)

ผลของการให้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังในการยับยั้งประสาทต่างๆ ดังนี้ (คัมภีร์ มัลลิกะมาส 2520: 621-622)

1. การยับยั้งประสาทสั่งงาน ที่ควบคุมเส้นเลือด จะเกิดขึ้นเป็นลำดับแรก คือ ใน 2-3 นาที เส้นเลือดที่ผิวหนังขยายตัว ทำให้เลือดไหลมาที่ผิวหนังมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวอุ่น

2. การยับยั้งประสาทควบคุมความรู้สึกจะเกิดขึ้นเป็นลำดับที่สอง คือ ประมาณ 5 นาที เรียงตามลำดับก่อนหลัง คือ ความรู้สึกเย็น ความรู้สึกร้อน ความรู้สึกเจ็บปวดและความรู้สึกสัมผัส

3. การยับยั้งประสาทสั่งงานที่ควบคุมกล้ามเนื้อจะเกิดขึ้นเป็นลำดับสามประมาณ 5-10 นาที ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนตัวหรือเป็นอัมพาต

4. การยับยั้งประสาทควบคุมความรู้สึกบางประเภทจะเกิดขึ้นเป็นลำดับสุดท้าย คือ ความรู้สึกต่อความกดดัน ความรู้สึกภายในซึ่งได้แก่ ความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่

4.1 ความดันโลหิตต่ำจากการที่ยาชา จะขัดขวางการทำงานของใยประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic efferent fiber) ทำให้มีหลอดเลือดขยาย ลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย อาการปวดศีรษะจากการที่ ความดันของน้ำไขสันหลังลดลง โดยมากจะเกิดหลังทำ 24-72 ชั่วโมง หรือบางรายอาจเริ่มมีอาการในเวลาเป็นสัปดาห์ต่อมา

4.2 อาการถ่ายปัสสาวะไม่ได้หลังผ่าตัดเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะ มีเส้นประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic) จากเส้นประสาทไขสันหลังบริเวณก้นกบ (Sacrum) ระดับ 2-4 มาเลี้ยงซึ่งเส้นประสาทนี้อยู่ในบริเวณ ที่มีความเข้มข้นของยาชาเฉพาะที่ อยู่ประกอบกับเส้นประสาทนี้มีขนาดเล็ก ทำให้การฟื้นตัวจากผลของยาชาเฉพาะที่ ต้องใช้เวลานาน

4.3 ปวดหลังจากแทงเข็มหลายครั้ง หรือมีการยึดตัวของเส้นเอ็น (ligament) และเยื่อหุ้มข้อขณะที่โก่งหลังเต็มที่ถูกเหยียดออกโดยกล้ามเนื้อหลังหย่อน (อรสา ฤทธิบุตร, 2527: 241-242) ผู้ป่วยที่ได้รับยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังส่วนใหญ่ กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ มักจะคาดคะเนเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับยาและมีความสงสัย หรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก มีผู้ป่วยจำนวนมากที่สนใจเกี่ยวกับการได้รับยาระงับความรู้สึกมากกว่าการได้รับการผ่าตัด (Smith อ้างใน ศิริกาญจน์ เฟือกเทศ, 2527: 93-94) บางรายจะรู้สึกตกใจกลัวและรู้สึกว่าถ้าพบกับผู้ใดแล้วตนเองอาจจะร้องไห้ออกมา บางรายอาจพูดมากกว่าปกติและบางรายอาจรู้สึกกลัวอย่างเจียบๆ (Norris & Campbell อ้างใน ศิริกาญจน์ เฟือกเทศ, 2527: 94) ขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง มักกลัวจะเป็นอัมพาตหรือกลัวจะพิการภายหลังการผ่าตัด แม้ว่าผู้ป่วยจะทราบว่าการระงับความรู้สึกช่วยป้องกันอาการเจ็บปวดก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยกังวลกับการควบคุมตนเองไม่ได้ รู้สึกว่าชีวิตและความตายของตน อยู่ในมือของผู้อื่น

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถรับรู้ต่อเสียงต่างๆ ในห้องผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับเสียงที่ได้ยิน (Banida, 1978: 858) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนทนาที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกหวาดหวั่นตั้งแต่เมื่อถูกได้รับการจัดทำสำหรับการแทงหลัง รู้สึกว่าต้องอยู่ในท่าที่แปลกประหลาด ในขณะที่ได้รับการฉีดยาชาผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกหวาดกลัวเข็มจะแทงถูกส่วนอื่นของร่างกาย และเมื่อผู้ป่วยได้รับการฉีดยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยจะรู้สึกตกใจเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีอาการชาและเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนไม่ได้ และสิ่งสำคัญ คือ ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังไม่ได้ยับยั้งประสาทที่ควบคุมความรู้สึก ดังนั้น ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองไปในทางที่ไม่ดี ซึ่งได้แก่ กลัวว่าตนเองจะไม่หายชากลับเป็นอัมพาต กลัวว่ายาชาจะไม่ออกฤทธิ์หรือหมดฤทธิ์ ในขณะที่ผ่าตัด นอกจากนี้การที่เกิดอาการชาตั้งแต่ระดับสะดือลงมา ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลจากกลัวว่าตนเองหมดสมรรถภาพทางเพศ การที่ผู้ป่วยสามารถได้ยินเสียงต่างๆ ภายในห้องผ่าตัด การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในท่าเดิมนานเป็นชั่วโมงในขณะที่ผ่าตัด และแขนข้างหนึ่งจะได้รับการให้น้ำเกลือทางเส้นเลือด ส่วนแขนอีกข้างหนึ่งพันเครื่องวัดความดันโลหิตไว้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายทางด้านร่างกาย เนื่องจากรู้สึกปวดเมื่อยหรือขาบริเวณแขนและอยากจะทำเคลื่อนไหวร่างกายแต่ทำไม่ได้ สิ่งดังกล่าวเหล่านี้จะมีผลกระทบต่ออารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมากคือผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด กระวนกระวายใจ วิตกกังวล อยากจะให้การผ่าตัดเสร็จไปโดยเร็ว เพื่อที่ตนเองจะได้พ้นจากความทุกข์ ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2.8 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกขา

จากการศึกษาของแกรีกรแฮมและคอนลีย์ (Graham, conley 1971: 19-120) พบว่าสาเหตุอันดับแรกที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความกลัวมาก คือ ความตาย ในผู้ป่วยกระดูกขาหัก ซึ่งไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน เมื่อรู้ว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดยอมก่อนให้เกิดความวิตกกังวล และเกิดความหวาดกลัว ความวิตกกังวลในผู้ป่วยจะมีเพิ่มขึ้นจากการไม่คุ้นเคยกับสถานที่ และสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล การถูกแยกจากบุคคลใกล้ชิด ขาดความเข้าใจในการวินิจฉัยโรค ขาดความรู้เรื่องการผ่าตัดไม่ทราบแผนการรักษา วิตกกังวลว่าแพทย์และพยาบาลมีความสามารถไม่เพียงพอ กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลความยุ่งยากใจ หรือสูญเสียศักดิ์ศรีจากการถูกเปิดแผลร่างกาย นอกจากนี้ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการผ่าตัด ปัญหาหลังผ่าตัด เช่น ความเจ็บปวด ความไม่สบาย การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ การพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การสูญเสียการควบคุมตนเอง การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหรือแบบแผนชีวิต (Long 1987:443) ล้วนก่อให้เกิดความกังวลทั้งสิ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ผ่าตัดครั้งแรกจะรู้สึกกลัวมาก เพราะไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ในเช้าวันที่จะทำผ่าตัดผู้ป่วยจะมีอารมณ์ ตื่นเต้น กระวนกระวายใจ ซึมเศร้า กลัว ไม่มีความสุข โกรธและเหนื่อยหน่ายต่อแท่นขณะที่นอนรอทำผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัด ยิ่งเพิ่มความเครียด ความวิตกกังวลมากขึ้นไปอีกเพราะผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แปลกไปจากหอผู้ป่วยเดิมที่เคยอยู่เป็น

สภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่ทำให้ความสามารถในการควบคุมสติและความมั่นใจลดลง การปรับสภาพจิตใจให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมก็ลดลงด้วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะต้องแยกจากบุคคลใกล้ชิด ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความวิตกกังวลมากขึ้น ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมทางจิตของผู้ป่วยได้ ความวิตกกังวล ความกลัวที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัดดังกล่าว จะคงอยู่ตลอดไป จนถึงระยะผ่าตัดซึ่งขณะที่ผู้ป่วย อยู่ในห้องผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลอยู่ 2 ประการคือ วิตกกังวล เรื่องการได้รับยาระงับความรู้สึก และกังวลวิธีการผ่าตัด

2.9 สาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด มีดังนี้

1. สิ่งคุกคามภายนอกที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ การต้องพบกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การถูกแยกจากบุคคลใกล้ชิด ขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ไม่ทราบแผนการรักษา วิตกกังวลว่าแพทย์และพยาบาลมีความสามารถไม่เพียงพอ ขาดความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล อุณหภูมิที่ร้อนจัด เย็นจัดเกินไป ความกดดันของบรรยากาศ การเกิดโรคและความเจ็บป่วย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) โดยในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดระยะเวลาที่ได้รับการผ่าตัด สามารถรับรู้ต่อเสียงต่าง ๆ ในห้องผ่าตัด ได้แก่ เสียงสนทนาของบุคลากรในห้องผ่าตัด เสียงเครื่องมือ เสียงเครื่องไฟฟ้า สิ่งดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้วิตกกังวลและกลัว

2. สิ่งคุกคามภายในที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ สิ่งคุกคามต่อจิตใจและต่อการรับรู้คุณค่าแห่งตน เช่น กำลังจะเข้ารับการผ่าตัดและกลัวว่าอาจทำให้เสียชีวิตได้ กลัวตาย ไม่มั่นใจว่าจะหายจากโรค ไม่มั่นใจว่าจะฟื้นจากยาสลบ รับรู้จากประสบการณ์ว่าอาจเสียชีวิตจนเสียชีวิตได้ กลัวการดมยาสลบ กลัวความเจ็บปวด กลัวถูกแยกจากครอบครัว กังวลต่อการเรียน การงาน ครอบครัวและเศรษฐกิจ (ชอลดา พันธุเสนา, 2542) ความยุ่งยากใจหรือการสูญเสียศักดิ์ศรีจากการถูกเปิดเผยร่างกาย การมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงจากการผ่าตัด การสูญเสียอวัยวะที่มีความสำคัญของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ขาหักมากจะไม่สามารถต่อหรือยึดตรึงด้วยโลหะได้ ต้องตัดขาจะทำให้รู้สึกสูญเสียอวัยวะที่สำคัญไป

อาการแสดงของบุคคลเมื่อมีความวิตกกังวล ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจดังนี้

1. อาการแสดงทางด้านร่างกาย เกิดอาการตามระบบอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้

- 1.1 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีอาการกล้ามเนื้อตึงตัว มือเท้าสั่น กระตุก ปวดกล้ามเนื้อเมื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย การเคลื่อนไหวของร่างกายบางส่วนเกิดความเจ็บปวด

- 1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีอาการหัวใจเต้นแรง และเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก เส้นเลือดบริเวณส่วนปลายหดตัว ทำให้มือเท้าซีดและเย็น รู้สึกร้อนบริเวณใบหน้า

1.3 ระบบหายใจ มีอาการหายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจถี่และถี่ผิดปกติ แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก มีความรู้สึกเหมือนจะเป็นลม เวียนศีรษะ ถอนหายใจบ่อย และบางครั้งก็กลืนหายใจ

1.4 ระบบทางเดินอาหาร มีอาการปากและคอแห้ง อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ปวดท้อง บางรายท้องเดิน บางรายท้องผูก เมื่ออาหาร แต่บางรายรับประทานอาหารมากขึ้น

1.5 ระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ มีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ ความสามารถทางเพศลดลง

1.6 ระบบผิวหนัง มีอาการหน้าแดงหรือหน้าซีด เหงื่อออกมาก โดยเฉพาะฝ่ามือ และฝ่าเท้า ผิวหนังเย็นชื้น ขนลุก

1.7 ระบบประสาท มีอาการจุกเสียดง่าย สมาธิไม่ดี หลงลืมง่าย ความจำลดลง การรับรู้บกพร่อง ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมภายนอก ความคิดหมกมุ่น มึนงง ตัดสินใจผิดพลาด ร่างกายตึงเครียด (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

2. อาการแสดงทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกกระวนกระวายใจ ตื่นเต้น กังวลใจ ไม่สบายใจ หงุดหงิด มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น โกรธ กลัว รู้สึกผิด ไม่มีเหตุผล รู้สึกตนเองไร้ประโยชน์ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ระดับความรู้สติ การเรียนรู้ ความทรงจำ และสมาธิจะลดลงตามระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้น ความสนใจตนเองลดลง จิตใจไม่สงบ คาดคิดถึงภัยอันตราย กลัวตายและรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยตนเองได้

2.10 บทบาทของพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยย่อมต้องการผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลบุคคลที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยมากที่สุดคือบุคลากรในทีมสุขภาพ พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงควรตระหนักถึงบทบาทในการช่วยเหลือ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

จากการศึกษาของ แฟลนคลิน (Franklin, 1980 อ้างในจิริยา อินทนา, 2539) ได้เสนอแนะวิธีให้การพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. ให้การดูแลตามความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ
2. ให้ข้อมูลต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและปฏิบัติตนได้ถูกต้อง
3. ให้ความเป็นมิตรและความเข้าใจในตัวผู้ป่วย

บรันเนอร์ และซัดดาร์ท (Brunner & Suddarth, 1982 อ้างในจิริยา อินทนา, 2539) ได้กล่าวถึงกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสรุปได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย
2. การพูดกับผู้ป่วยโดยใช้ข้อความที่สั้นและเข้าใจง่าย
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับหรือต้องปฏิบัติในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
5. เป็นผู้รับฟังที่ดี
6. เป็นกำลังใจและให้การสัมผัสแก่ผู้ป่วย

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นนำมาสรุปเป็นการให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยโดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล ความคับข้องใจ ตลอดจนยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ลดสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด โดยจัดสภาพแวดล้อมบริเวณรอผ่าตัดให้เงียบสงบ เพื่อลดสิ่งกระตุ้นประสาทสัมผัสต่างๆ และรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุดจากการทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
2. ใช้วิธีการสื่อสารเพื่อการบำบัด (Therapeutic communication) แทนวาจา เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลใจกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการระบายสิ่งที่กังวลออกมา เพื่อให้กำลังใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วย หรือการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย
3. การให้ข้อมูลและคำอธิบายแก่ผู้ป่วย โดยประเมินความต้องการ การเรียนรู้ของผู้ป่วยและสนองตอบตามความเหมาะสมเช่น ให้ข้อมูลที่ชัดเจนถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ผู้ป่วยควรทราบโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเรื่องเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก วิธีการผ่าตัดและสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย
4. แนะนำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้วิธีที่จะเผชิญกับความวิตกกังวล เช่น การมีจินตนาการในเชิงบวก การทำสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฟังดนตรี

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

3.1 ความหมายความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่ซับซ้อนมาก ผู้ที่ประสบความปวดจะเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานจนทำให้เกิดความกลัวต่อความปวด ซึ่งจัดเป็นความกลัวอันดับสองของมนุษย์ รองจากการกลัวเสียชีวิต (Miller & Perry, 1990) เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดร่วมกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อซึ่งกำลังเกิดขึ้นขณะนั้น (International Association for the study of Pain cited by Good, 1999)

กล่าวโดยสรุป ความเจ็บปวด หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของบุคคล ที่เกิดขึ้นเมื่อมีเนื้อเยื่อถูกทำลายเกิดความรู้สึกเจ็บปวดทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมความเจ็บปวด ความรู้สึกที่บุคคลนั้นพบว่ามีอาการเจ็บปวด

ถ่ายทอดด้วยการพูด การแสดงกิริยาท่าทาง ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลด้วย

3.2 ชนิดของความเจ็บปวด แบ่งตามระยะเวลาเป็น 2 ชนิด (ขวัญหทัย อิมละมัย, 2547)

คือ

1. ความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 6 เดือน เกิดขึ้น ภายหลังเนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือมีการอักเสบของเนื้อเยื่อนั้นๆ คั้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดนั้นได้ง่าย หายได้เอง หรือลดลงเมื่อมีกระบวนการหายของบาดแผลที่เกิดขึ้น หรือพยาธิสภาพของบาดแผลนั้นหมดไป ความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันที่พบบ่อย ได้แก่ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ความเจ็บปวดที่ได้รับจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณผิวหนังชั้นตื้น หรือชั้นลึก เช่น แผลไหม้ แผลจากการได้รับอุบัติเหตุ รวมทั้งความเจ็บปวด ที่เกิดจากวิธีการพยาบาลต่าง ๆ

2. ความเจ็บปวดชนิดเรื้อรัง เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป พบว่า 25% ของความเจ็บปวดชนิดนี้ เป็นผลมาจาก การเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น จากการเป็นมะเร็ง ข้ออักเสบ ความผิดปกติของกระดูก กล้ามเนื้อ เกิดความเจ็บปวดบริเวณอวัยวะที่ถูกตัดออก ผู้ป่วยกระดูกหักเป็นบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งที่มีอาการปวดเป็นอาการสำคัญในการมาโรงพยาบาล ความเจ็บปวดมักเกิดจากมีการทำลายเนื้อเยื่อและมีการอักเสบ (Inflammation) ซึ่งอาจเกิดจากการบาดเจ็บ (injury) หรือการอักเสบของเนื้อเยื่อจะเกิดร่วมกับอาการชาบวม ทำให้ร่างกายส่วนนั้นไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ กล้ามเนื้อ โดยรอบเกิดความตึงเครียดทำให้มีอาการปวดรุนแรงยิ่งขึ้น

3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวด

มีปัจจัยหลายด้านที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ การแสดงออกของความรู้สึกเจ็บปวดที่แตกต่างกันซึ่ง โอลแลนด์ (Oland, 1978: 1300-1306) แบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านสรีระ

1.1 ชนิดของการผ่าตัด การผ่าตัดต่างชนิดกันมีการทำลายเนื้อเยื่อ และเซลล์ประสาทต่างกัน เนื้อเยื่อที่ตำแหน่งต่างกัน มีสรีระวิทยาต่างกัน มีการกระจายของประสาทรับความรู้สึกแตกต่างกัน ทั้งระยะเวลาดำเนินการและชนิดของการผ่าตัดเป็นตัวบ่งชี้ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ดีที่สุด

1.2 ความรู้ความชำนาญ เทคนิคในการทำผ่าตัด ของศัลยแพทย์ เนื่องจากการทำผ่าตัดทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อ เส้นประสาท ถ้าศัลยแพทย์ ทำผ่าตัดด้วยความนุ่มนวลจะลดความเจ็บปวดได้ ในการระงับความรู้สึกของวิสัญญีแพทย์ขณะผ่าตัดมีผลต่อความสบาย ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความเจ็บปวด แผลผ่าตัดในระยะแรกหลังผ่าตัด

1.3 ความเหนียวล้าทางด้านร่างกาย เนื่องจากความปวดที่เกิดขึ้นทำให้กล้ามเนื้อมีการหดเกร็งจนทำให้เกิดความอ่อนล้า โดยเฉพาะความปวดระดับรุนแรงมาก หรือ

เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาานานจนทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดพลังงานสำรองที่ใช้ในโลกใบการปรับตัว เพื่อบรรเทาความปวดจึงทำให้ความอดทนต่อความปวดของผู้ป่วยลดลง

1.4 ระดับความรู้สึกตัว ผู้ที่ไม่รู้สึกตัวจะไม่รับรู้ต่อการเจ็บปวด ผู้ที่ได้รับยากประสาทส่วนกลางจะรู้สึกง่วงนอน และระดับความรู้สึกตัวลดลงกว่าปกติ ดังนั้นการรับรู้ต่อความปวดจะลดลง

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

2.1 สภาพอารมณ์เช่นความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ความเศร้า เหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดก็ตาม ที่มีผลลดความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมและอดทนต่อความปวดจะทำให้การรับรู้ความปวดและมีปฏิกิริยาต่อความปวดเพิ่มขึ้น การถูกจำกัดความเคลื่อนไหว การขาดข้อมูลข่าวสาร การอยู่คนเดียวการแยกจากครอบครัว การขาดความเป็นอิสระในการสื่อสารต่างๆ การพยากรณ์โรคที่เลวร้าย (Poor prognosis) การขาดการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความปวดล่วงหน้า (Unexpected pain) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จะมีผลให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดในระดับรุนแรง

2.2 ประสบการณ์ความปวดในอดีต บุคคลที่มีประสบการณ์ความปวดหลายครั้ง ปวดเป็นระยะเวลาานาน จะมีความวิตกกังวล ความอดทนต่อความปวดมากกว่าบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ความปวด อย่างไรก็ตามผู้ที่ประสบความปวดอย่างรุนแรง ไม่ได้ได้รับการบรรเทาที่ดีพอย่อมมีความคับข้องใจ กลัวต่อความปวดนั้น ดังนั้น เมื่อประสบกับความปวดครั้งใหม่จึงอดทนต่อความปวดน้อยลงและรับรู้ต่อความปวดเพิ่มขึ้น

2.3 การรับรู้ข้อมูล ผู้ที่ได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน ย่อมมีความวิตกกังวลลดลง ไม่คาดการณ์การล่วงหน้าอย่างผิดๆ ใดๆ จะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นสามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้

2.4 บุคลิกภาพ โครงสร้างลักษณะนิสัย บุคลิกภาพมีความสำคัญในการปรับตัว การแสดงออกต่อความเจ็บปวดแตกต่างกัน บุคคลที่มีความวิตกกังวลง่ายมักจะทนต่อความเจ็บปวดได้น้อย บุคคลที่มีลักษณะเปิดเผยมักมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าบุคคลที่มีลักษณะเก็บตัว

2.5 ภาพลักษณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อภาพลักษณ์ ของตนเอง มีผลต่อความเจ็บปวด เช่น ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่อวัยวะสืบพันธ์ ย่อมมีความวิตกกังวลสูงทำให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดมากกว่าที่อื่น

3. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

สังคมและวัฒนธรรมมีความสำคัญต่อการสร้างแบบแผนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของบุคคลในสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ เนื่องจากบุคคลในสังคม วัฒนธรรมนั้นจะสร้างแบบแผน การตอบสนองตามทัศนคติ ค่านิยมกับความคาดหวังของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่ง

มักจะเกี่ยวข้องกับเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา เชื้อชาติ การอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว เศรษฐกิจ และสิ่งเหล่านี้จะมีอิทธิพลและสอนให้บุคคลสร้างแบบแผน การตอบสนองต่อความเจ็บปวดในแต่ละสังคม วัฒนธรรมขึ้น

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี หรือมีความเครียดเพิ่มขึ้นก็ได้สิ่งแวดล้อมที่ดีส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัว อดทนต่อสิ่งเร้าได้มากขึ้น ส่วนสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความเครียดทำให้บุคคลต้องใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น พลังสำรองจึงลดลง และรับรู้ต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นด้วยจากการศึกษาของอูราวดิ เจริญไชย (2541) พบว่าการที่พยาบาลให้ข้อมูล เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมด้านความรู้สึกรู้สึก คำแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหัวใจมีผลในการลดความวิตกกังวล ความเจ็บปวดความทุกข์ทรมานได้

3.4 องค์ประกอบทางสรีรวิทยาของความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา

ความปวดหลังผ่าตัด จัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน (Acute pain) ซึ่งกลไกการเกิดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา จะเหมือนกับกลไกการเกิดความปวดทั่วไปที่ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวด (noxious stimuli) ตัวรับสัมผัสความปวด (pain receptors หรือ nociceptors) และวิถีประสาทนำความรู้สึกรู้สึกปวด (pain impulse pathways) กล่าวคือ

สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขา เกิดจากสิ่งกระตุ้นเชิงกล (mechanical stimuli) ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะที่เนื้อเยื่อบริเวณขาถูกทำลายหรือได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด เกิดการยืดขยายหรือการบวมของเนื้อเยื่อ และมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อขาเหล่านี้เป็นการกระตุ้นโดยตรงต่อตัวรับสัมผัสความปวด (สารเนตร ไวคกุล, 2537) ทำให้มีการหลั่งสารเคมีที่ร่างกายสร้างขึ้น ได้แก่ ฮิสตามีน (histamine) แบริคตินิน (bradykinin) โพรสตาแกรนดิน (prostaglandin) ซีโรโทนิน (serotonin) กรด (acid) และซัพสแตนซ์ พี (substance P) เป็นต้น สารเคมีเหล่านี้จะถูกปล่อยจากปลายประสาทอิสระ (free nerve ending) ซึ่งกระจายอยู่ตามเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย โดยจะไปกระตุ้นตัวรับสัมผัสความปวด เมื่อปลายประสาทรับสัมผัสความปวดถูกกระตุ้นจนถึงระดับขีดกั้นความปวด (pain threshold) จึงเกิดเป็นกระแสประสาทความรู้สึกรู้สึกปวด (pain impulse) ส่งไปตามวิถีประสาทนำความรู้สึกรู้สึกปวด เข้าสู่ไขสันหลังและสมอง โดยส่งไปตามใยประสาท ส่วนมากเป็นใยประสาทเอ-เดลตาและใยประสาทซี ซึ่งกระจายอยู่ทั่วไปในกระดูก เอ็น ข้อ และกล้ามเนื้อ (สารเนตร ไวคกุล, 2537) ใยประสาททั้งสองนี้จะนำส่งกระแสประสาทความปวดเข้าสู่ไขสันหลังบริเวณคอร์ซอล ฮอว์น (dorsal horn) ในบริเวณนี้มีจุดประสานประสาท (synapse) และประสานกับเซลล์ประสาทในซัพสแตนตีเยลลาติโนซา หรือเซลล์เอสจี (substantia gelatinosa: S.G) การรับรู้ความปวดไม่ได้ถูกส่งจากผิวหนังไปสู่สมองโดยตรง แต่จะมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนกระแสประสาทความปวดที่เรียกว่า กระบวนการ โมดูเลชัน

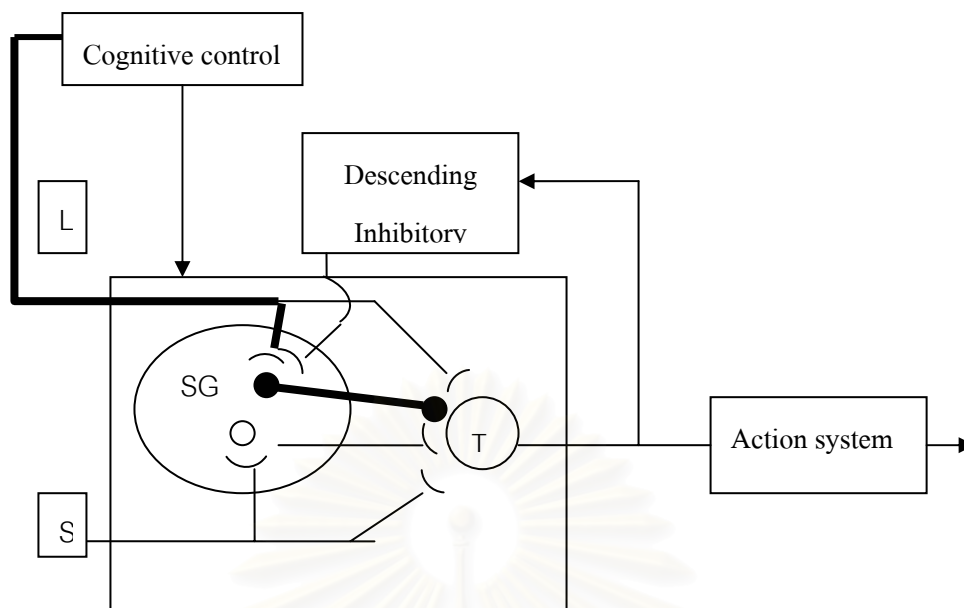
(modulation of pain transmission) ที่บริเวณเซลล์เอตจี ในคอร์ซอล ฮอร์นก่อน (Ignatavicius, Workman & Mishler, 1995) ซึ่งจากผลของกระบวนการนี้ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับสิ่งกระตุ้นรุนแรง อาจรับรู้ความรู้สึกปวดได้น้อยลงจากการถูกยับยั้งหรือการปรับเปลี่ยนระดับความรุนแรงของกระแสประสาทความปวดที่จะขึ้นสู่สมอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความปวดที่สำคัญ คือ ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory)

3.5 ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory)

ทฤษฎีควบคุมประตู เป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันมากในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับอารมณ์และอธิบายถึงกลไกการเกิดความปวดว่ากระแสประสาทนำเข้ามาจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะถูกปรับสัญญาณในระดับไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความปวดในระดับสมอง โดยมีองค์ประกอบ 4 ส่วน คือ กลไกการควบคุมที่ระดับไขสันหลัง (spinal gate mechanism) ระบบควบคุมส่วนกลาง (central control system) ระบบความลำเอียงส่วนกลาง (central biasing system) และระบบเคลื่อนไหว (action system) ดังแสดงในภาพประกอบ 2 โดยมีรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบดังนี้

1. กลไกการควบคุมที่ระดับไขสันหลัง ประกอบด้วยใยประสาทขนาดใหญ่ ใยประสาทขนาดเล็กเอ-เคลตา และใยประสาทซี เซลล์เอตจี และ เซลล์ที (transmission cell : T cell) เมื่อมีกระแสประสาทนำเข้ามาจากใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทขนาดเล็ก เซลล์เอตจี จะทำหน้าที่เปรียบเสมือนประตูเปิด-ปิด โดยจะทำหน้าที่ส่งเสริมหรือยับยั้งการส่งประสาทไปยังเซลล์ทีกล่าวคือ กระแสประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ เมื่อผ่านเซลล์เอตจี จะยับยั้งการส่งกระแสประสาทความรู้สึกปวดของเซลล์ทีไปยังสมอง เรียกว่า ประตูปิด ส่วนกระแสประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กจะยับยั้งการทำงานของเซลล์เอตจี ซึ่งมีผลทำให้กระตุ้นการทำงานของเซลล์ที ทำให้มีกระแสประสาทนำความรู้สึกปวดขึ้นสู่สมอง เรียกว่า ประตูเปิด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



L = โยประสาทขนาดใหญ่

SG = เซลล์ในซับสแตนเชีย เจลาจินา

● = ประตูปิด

S = โยประสาทขนาดเล็ก

T = เซลล์ส่งต่อ

○ = ประตูเปิด

ภาพประกอบ 2 กลไกการควบคุมความปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู

Note. From Luckman and Sorensen's medical-surgical nursing: A psychophysiological approach.(p,318) by Malzack & Wall,1982 cited in J.M. Black & E. Matassarin Jacobs, 1993,Philadelphia:W.B. Saunders.

ดังนั้นสัญญาณประสาทจากเส้นใยประสาทขนาดเล็กและขนาดใหญ่ มีผลโดยตรงต่อการเปิดปิดประตูในระดับไขสันหลังนี้ โดยพบว่า ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขาเมื่อเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด จะส่งกระแสประสาทไปตามใยประสาท 2 แห่ง ส่วนใหญ่ถูกส่งไปตามใยประสาทขนาดเล็ก ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของ เซลล์เอสจี มีผลทำให้กระตุ้นการทำงานของเซลล์ที่ ประตูจึงเปิด ทำให้มีกระแสประสาทนำความรู้สึกปวดขึ้นสู่สมอง

2. ระบบควบคุมส่วนกลาง ระบบนี้จะรับกระแสประสาทนำเข้าจากไขสันหลังบริเวณ คอร์ซอล ฮอร์น ซึ่งจะส่งข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายนั้นไปสู่ทาลามัส และจะถูกส่งผ่านไปที่เปลือกสมอง และระบบลิมบิก ระบบควบคุมส่วนกลางนี้แบ่งการทำงานออกเป็น 3 ส่วนที่ทำงานประสานกัน คือ ระบบรับรู้และแยกแยะ (sensory-discriminative system) ระบบเร้าทางอารมณ์ (motivational – affective system) และระบบคิดพิจารณาและประเมินผล (cognitive – evaluation system)

ดังนั้น เมื่อระบบนี้รับกระแสประสาทความปวด จะมีการทำงานของระบบทั้ง 3 ซึ่งจะเกิดขึ้นพร้อมกันและทำงานประสานกัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกความรุนแรง ลักษณะและ

ตำแหน่งของความปวดได้ รวมทั้งทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมต่อความปวดนั้น (Boss, 1992)

3. ระบบความลำเอียงส่วนกลาง ส่วนนี้อยู่บริเวณเรติคูลาร์ฟอร์เมชันของก้านสมอง มีหน้าที่ในการรับสัมผัสที่เหมาะสมไปสู่ส่วนที่เหลืออื่นๆ ของสมอง มีกระแสประสาทไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทส่วนปลาย เพื่อจัดสัดส่วนของการรับกระแสประสาทเข้าอย่างเหมาะสม ถ้าการรับสัมผัสเพิ่มขึ้นส่วนที่ยับยั้งการนำเข้าก็จะเพิ่มขึ้นด้วย การทำงานของระบบความลำเอียงส่วนกลางนั้นจะมีอิทธิพลทั้งต่อระบบควบคุมส่วนกลาง หรืออาจได้รับอิทธิพลจากระบบควบคุมส่วนกลาง ขณะที่ส่วนนี้ส่งกระแสประสาทไปปรับการเปิด-ปิดประตูความปวด

4. ระบบการเคลื่อนไหว เป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อน ของการตอบสนองต่อความปวดทางด้านพฤติกรรมซึ่งจะแสดงออกภายหลังจากการรับรู้ความปวดแล้ว การตอบสนองเหล่านี้ ได้แก่ ปฏิกิริยาต่อชิมพาเทติกหรือพาราชิมพาเทติกกระตุ้น การแสดงออกทางการเคลื่อนไหว หรือคำพูด การเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาแบบต่าง ๆ หรือการแสดงออกทางพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงความปวด

3.6 ทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (Endogenous Theory)

เป็นการควบคุมความปวดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ โดยมีการหลั่งของสารในร่างกายที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน (endogenous opioid) ซึ่งเป็นสารประกอบเพปไทด์ (peptides) ได้แก่ enkephalin endorphin dynorphins (สุพร พลยานนท์, 2528; Bonica, 1990; Boss, 1992) ออกฤทธิ์ที่ opiate receptors และมีฤทธิ์ไประงับการหลั่งของสารสื่อประสาทที่สำคัญ (pain neurotransmitter) แต่ประสิทธิภาพในการควบคุมความปวดแตกต่างกัน กล่าวคือ enkephalin ออกฤทธิ์แรง $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ เท่าของมอร์ฟิน ระยะเวลาการออกฤทธิ์อยู่ได้นานหลายนาทีก่อนจะกระจายอยู่กว้างขวางในสมองและคอร์ซอลฮอรันของไขสันหลัง พบมากที่ส่วน gray matter และบริเวณเซลล์เอนดี ออร์ฟิน เป็นพวกที่ออกฤทธิ์แรงกว่ามอร์ฟินประมาณ 10 เท่า และมีระยะเวลาออกฤทธิ์อยู่นานถึง 2-3 ชั่วโมง พบมากที่ต่อมพิทูอิตารี และไฮโปทาลามัส (Boss, 1992; Polomano & Keane, 1999) ส่วนไดโนร์ฟินมีประสิทธิภาพในการควบคุมความปวดมากที่สุด โดยออกฤทธิ์แรงกว่าแอนเคอร์ฟินถึง 50 เท่า พบได้ที่สมองบริเวณทาลามัส ไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมอง (สุพร พลยานนท์, 2528)

สำหรับกลไกการควบคุมความปวดภายในมีการควบคุมจาก cortex และไฮโปทาลามัส โดยผ่านลงมายังระดับสมองส่วนกลาง (midbrain บริเวณ periaqueductal gray) และบริเวณส่วนบนของเมดัลลา (medulla) ซึ่งในที่สุดจะมากควบคุมที่บริเวณคอร์ซอล ฮอรัน ของระดับไขสันหลัง กลไกการปรับสัญญาณนำเข้าไปในระดัปลงไขสันหลังตามทฤษฎีควบคุมประตู เชื่อว่าการควบคุมประตูให้ปิด-เปิดนั้น เป็นการยับยั้งการทำงานระหว่างสารเคมี 2 ชนิด คือ เอนเคฟาลิน และ สารยับยั้งสแตนด์ บี กล่าวคือ เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้น ใยประสาทขนาดเล็กจะปล่อยสารยับยั้งสแตนด์ บี

บริเวณคอร์ซอล ฮอร์โมนของไขสันหลัง ขณะเดียวกันในประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทนำลง จากสมอง (descending inhibitory system) จะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์เอสจีให้ปล่อยสาร เอนเคฟาลิน ซึ่งจะไปยังยับยั้งการทำงานของสารซัสแตนซ์ พี ทำให้ไม่มีสัญญาณไปกระตุ้นเซลล์ที่ จึงไม่มีพลังประสาทส่งไปยังสมอง แต่ถ้าเอนเคฟาลินไปยับยั้งการทำงานของสารซัสแตนซ์ พี ไม่ หมดจะมีการกระตุ้นเซลล์ที่ ให้ส่งสัญญาณไปยังสมองและเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น จึงเป็นที่ ขอมรับกันในปัจจุบันว่าภายในร่างกายมีขบวนการควบคุมความปวดอยู่ (สุพร พลยานนท์, 2528)

3.7 การตอบสนองต่อความปวดหลังผ่าตัด

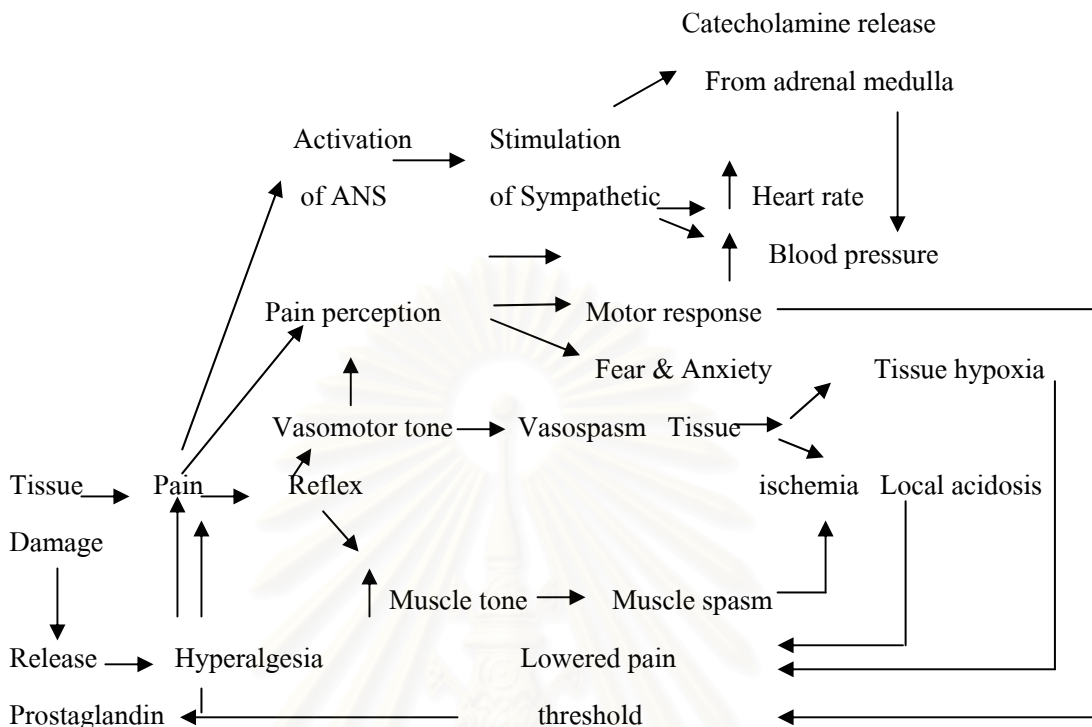
การผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทชอกช้ำหรือถูกทำลาย ซึ่งจะมีการหลั่งสาร เร่งความปวด (pain-inducing substances) กระตุ้นปลายประสาทรับความปวด เกิดพลังประสาท นำส่งไปยังไขสันหลังแล้วส่งต่อไปยังสมอง จนเกิดการรับรู้ความปวดขึ้นและเกิดปฏิกิริยา ตอบสนองความปวดตั้งแต่บริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย ระดับไขสันหลังและสมอง ดังแสดงใน ภาพประกอบ 3 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Cousins, 1989)

1. ปฏิกิริยาเฉพาะที่ เนื้อเยื่อบริเวณต้นขาที่ได้รับอันตราย จะปล่อยสารโปรสตาแกรนดิน ไปกระตุ้นปลายประสาทรับความปวดให้ไวต่อการกระตุ้นด้วยแรงกล หรือสารเคมีที่เนื้อเยื่อหลั่ง ออกมา คือ แบรดีไคนิน ฮีสตามีน ซีโรโตนิน และไคนิน ซึ่งผลการกระตุ้นของสารเหล่านี้จะทำให้ เนื้อเยื่อไวต่อความปวดมากขึ้น (Hyperalgesia)

2. ปฏิกิริยาระดับไขสันหลัง ที่ระดับนี้จะมีปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (reflex) ทำให้ กล้ามเนื้อลาย กล้ามเนื้อเรียบและหลอดเลือดหดตัว เป็นผลให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณกล้ามเนื้อ บริเวณต้นขาลดลงเกิดภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) จึงมีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic metabolism) เกิดกรดแลคติก และเกิดภาวะความเป็นกรดเฉพาะที่ กรดแลคติกจะไป กระตุ้นปลายประสาทรับความปวดที่กล้ามเนื้อ ทำให้ความทนของตัวรับความปวดลดลง เป็น สาเหตุให้เกิดความปวดของกล้ามเนื้อจะส่งสัญญาณต่อไปยังสมอง เป็นผลให้เกิดการรับรู้ต่อ ความปวดมากขึ้น ฉะนั้นการหดตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือดจึงเป็นแหล่งกระตุ้นใหม่ทำให้ ความปวดรุนแรงขึ้น ซึ่งจะไปเพิ่มปฏิกิริยาสะท้อนกลับที่ไขสันหลังมากขึ้น ทำให้ความปวดรุนแรง ขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (สุพร พลยานนท์, 2528; Bonica, 1990)

3. ปฏิกิริยาระดับเหนือไขสันหลัง เป็นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เกิดขึ้นเมื่อสัญญาณความปวดถูกส่งขึ้นไปที่ศูนย์ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติในไฮโปทาลามัส ซึ่งจะไปเร่งการทำงานของระบบซิมพาเทติก ให้มีการหลั่งคาตาบอลิซอร์โมน เช่น คอร์ติซอล แคตทิโคลามีน (catecholamine) และอื่นๆ ในขณะที่เดียวกันก็ลดการหลั่งอนาบอลิซอร์โมน เช่น อินซูลิน การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนเหล่านี้มีผลต่อกระบวนการเผาผลาญพลังงานของร่างกายซึ่งจะ คงอยู่หลายวัน (Bessman & Renner, 1982 cited by Bonica, 1990) และถ้าความปวดรุนแรงมากหรือ คงอยู่นานจะไปเร่งการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้การหายใจช้าลงปริมาณ

ก๊าซไหลเวียนภายในปอดน้อยกว่าปกติ (hypoventilation) อัตราการเต้นหัวใจและความดันโลหิตลดลง หลอดโลหิตส่วนปลายขยายตัว ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกได้ (สุพร พลยานนท์, 2528)



ภาพประกอบ 3 วงจรพยาธิสรีรวิทยาและการตอบสนองของความปวดหลังผ่าตัด

หมายเหตุ. จากการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความปวด (หน้า 42), โดยสุพร พลยานนท์, กรุงเทพฯ: แม็คจำกัด

4. ปฏิกริยาระดับเปลือกสมอง สัญญาณความปวดเมื่อเข้าสู่สมองจะมีการรับรู้ความปวด โดยกระแสประสาทความปวดจะไปกระตุ้นระบบต่างๆ ที่เกี่ยวกับการแยกแยะ การรับรู้ หรือการจดจำ การเร้าทางอารมณ์ มีการแปลผลความปวดและก่อให้เกิดการตอบสนองต่อความปวดทั้งทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ (Luckman & Sorensen, 1987) ได้แก่ การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional response) ที่พบบ่อย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว โกรธ ต่อต้าน เป็นต้น ส่วนการตอบสนองด้านพฤติกรรม (behavioral response) ทั้งที่ใช้วาจา (verbal expression) และไม่ใช้วาจา (non-verbal expression) เช่น การร้องคราง พุดเป็นคำ ๆ หรือวลี ซ้ำๆ หรือกล่าวถึงความปวดที่กำลังประสบอยู่ (Jacox, 1977) การแสดงออกด้วยกิริยาท่าทางสังเกตได้จากอาการกระสับกระส่าย (restless) นอนนิ่ง การถูวนวด ประคับประคองบริเวณที่ปวดนอกจากนี้ยังมีการแสดงออกทางสีหน้า เช่น การกัดฟัน ขมวดคิ้ว นิ้วหน้า เบิกตากว้าง เป็นต้น (Jacox, 1997)

3.8 ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกต้นขา

ผลกระทบจากการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา โดยเฉพาะเรื่องความปวดหลังผ่าตัด เป็นปัญหาสำคัญที่สุดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Miller & Perry, 1990)

และส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้ (อรัญญา เชาวลิต, 2543; Bray, 1986; Caunt, 1992; Ferrel, 1995)

1. ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติชนิดซิมพาเทติก ให้ทำงานเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น เป็นภาวะเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmias) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial ischemia) (Ferrante & Vadebocover, 1993) และส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร เกิดการหลั่งของน้ำย่อยในระบบทางเดินอาหาร กล้ามเนื้อเรียบบริเวณหูดทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องอืดได้

2. แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน จากการศึกษาของ Simpson, Rayshan and Cameron (1996) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและในช่องท้องมีความปวดแผลผ่าตัด และตื่นระหว่างการนอนหลับเพิ่มขึ้น จากการศึกษาผู้ป่วยในระยะวิกฤติจำนวน 100 รายพบว่าความไม่สบายจากการปวดแผลเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ (Auvil-Novak and Novak, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของคาร์สัน โปธาธา (2538) ซึ่งพบว่า สิ่งที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุด คือ ความปวดแผลผ่าตัด

3. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากในระยะหลังผ่าตัดมีการยึดขยับ หรือมีการบวมของเนื้อเยื่อ การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เหล่านี้เป็นการกระตุ้นโดยตรงต่อตัวรับสัมผัสความปวด (สารเนตร ไวกกุล, 2537) ผู้ป่วยจึงพยายามที่จะจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาจากการจำกัดการเคลื่อนไหวตามมา (อรัญญา เชาวลิต, 2543) เช่น ภาวะข้อเข่า ข้อเท้าติด กล้ามเนื้อต้นขาตึง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น (ชุมศรี แฝ่วพลสง, 2530; อุดม ชมชาญในสารเนตร ไวกกุล, 2537) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ มีการระบายปัสสาวะไม่สะดวก เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ที่พบบ่อย คือ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ

4. ผลกระทบต่อจิตสังคมและจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน กลัววิตกกังวล รู้สึกหมดหวัง หงุดหงิดง่าย อาจทำให้เกิดปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง (อรัญญา เชาวลิต, 2543; Ferrel, 1995)

โดยสรุป ความปวดหลังผ่าตัด นอกจากจะเกิดพยาธิสรีระจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการทำผ่าตัดโดยตรงแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และความปวดจะส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย เมื่อร่วมกับอาการอื่นจะผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Ferrel, 1995) เป็นผลเสียต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยฉะนั้นบทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวดของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญไม่ควรตัดสินใจตามความรู้สึกปวดของผู้ป่วย ตามความเข้าใจของตนเอง หรือนำไปเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอื่น แต่ต้องเห็นความสำคัญหรือตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าว การเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้ป่วยเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินระดับความปวดได้ถูกต้องตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย

3.9 การประเมินความปวดหลังผ่าตัด

ความปวดหลังผ่าตัด นอกจากมีผลจากการผ่าตัดโดยตรงแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่กล่าวมาข้างต้นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดจะได้ผลมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับ การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินสภาพความปวด ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การประเมินความปวดหลังผ่าตัด กระทำได้ 3 วิธี (Reading, 1989) คือ

1. การประเมินความปวดโดยคำบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective measurement of pain)

การประเมินวิธีนี้นิยมใช้กันมาก (Bonica, 1990) เพราะความรู้สึกปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ซึ่งอยู่ในภาวะปวดเท่าที่จะรู้และประเมินความรู้สึกปวดของตัวเองได้ดีกว่าบุคคลอื่น (Seer, 1987 cited by allcock,1996) สิ่งที่ต้องซักถามในการประเมินความปวด คือ

1.1 ความรุนแรงของความปวด โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงระดับความรุนแรงของความปวด ตามเครื่องมือวัดความรุนแรงของความปวดซึ่งมีหลายแบบที่นิยมนำมาใช้แต่ต้องระมัดระวังและให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ได้แก่ มาตรวัดความปวดอย่างง่าย (Simple descriptive scale) มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (verbal descriptive scale) มาตรวัดความปวดชนิดเป็นตัวเลข มาตรวัดความปวดชนิดเส้นตรง (visual analog scale) มาตรสีวัดความปวดของสจิวต์ (Stewart's pain color scale) มาตรวัดความปวดของจอห์นสัน (Johnson's two component scale)

1.2 ตำแหน่งและขอบเขตของความปวด โดยให้ผู้ผู้ป่วยเป็นผู้ชี้บอกตำแหน่งและขอบเขตบริเวณที่ปวด โดยชี้ที่ตัวผู้ป่วยเอง หรือให้ระบายลงในรูปภาพ

1.3 ลักษณะของความปวด โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวดอย่างไร เช่น ปวดตื้อ ปวดตุ๊บ เสียวแปล็บปวดเมื่อย ปวดเส็บปวดร้อน ปวดบิด ปวดจืด เป็นต้น รวมทั้งความรู้สึกอื่นที่เกิดขึ้นเมื่อมีความปวด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน

1.4 เวลาที่เริ่มปวดและระยะเวลาที่ปวด เช่น เริ่มปวดเวลาเท่าไร มีอาการอะไร นำมาก่อนที่จะมีอาการปวด และระยะเวลาปวดนาน 1 ชั่วโมง 2 ชั่วโมง

1.5 ประวัติความปวดในอดีตและวิธีการบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยเคยใช้หรือได้รับ เช่น เคยปวดแบบนี้ตั้งแต่เมื่อไหร่ หรือ เมื่อก่อนเคยปวดแบบไหน และรักษาด้วยวิธีอะไร

2. การประเมินโดยใช้การสังเกตพฤติกรรม (behavioral assessment) ได้แก่

2.1 พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว (motor behavior) เป็นการแสดงออกที่บ่งบอกถึงความรู้สึกปวด (pain complaints) ของตนเองที่ไม่ใช้วาจา ได้แก่ การเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นอนบิดไปมา กำมือแน่น ขยี้ผ้าปูที่นอน เอามือลูบคลำบริเวณที่ปวด หรือนอนตัวงอนอนนิ่งไม่เคลื่อนไหว เป็นต้น การแสดงออกทางสีหน้า (facial expression) เช่น กัดฟัน หน้านิ่งคิ้วขมวด หลับตาแน่น เป็นต้น ซึ่งมีเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของความปวด ที่นิยมใช้คือ มาตรวัดความปวดที่แสดงออกทางใบหน้าของเอลบาซ (EI-baz) และมาตรวัดความปวดที่แสดงออกทางใบหน้าของแฟรงค์ (Frank)

2.2 พฤติกรรมด้านน้ำเสียง (vocal behavior) เช่น ร้องไห้ ร้องครวญคราง สะอื้น เสียงสุดปาก หรือร้องกรี๊ด เป็นต้น

2.3 พฤติกรรมด้านอารมณ์ (Effective behavior) เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว กระสับกระส่าย ซึมเศร้า เป็นต้น

2.4 Somatic intervention เช่นการขอยาระงับปวด (taking complaints) รวมทั้งการประเมินปริมาณยาที่ได้รับ จะเป็นการประเมินความปวดทางอ้อมที่ใช้กันทั่วไป (Bonica, 1990) รวมถึงสิ่งที่บ่งชี้ระดับความรุนแรงของความปวดและระยะเวลาของความปวด ริดคิง (Reading, 1989) กล่าวว่า ปริมาณความต้องการยาระงับปวดที่เพิ่มขึ้นจะแปรตามระดับความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามมีปัจจัยบางประการที่อาจมีอิทธิพลต่อปริมาณยาที่ได้รับ เช่น ทักษะคติของบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีต่อความจำเป็นในการให้ยาระงับปวด เป็นต้น

3. การประเมินด้านสรีรวิทยา (physiological assessment) เป็นการประเมินความปวดจากปฏิกิริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ชีพจรและอัตราการหายใจ ม่านตาขยาย เหงื่อออกมาก การตึงตัวของกล้ามเนื้อ หรือการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง เป็นต้น ปฏิกิริยาการตอบสนองเหล่านี้ไม่อาจสรุปได้ว่าเกิดจากความปวดเพียงอย่างเดียวอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะวิกฤตทางด้านอารมณ์เกี่ยวกับความเครียด เป็นต้น ดังนั้นปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านสรีรวิทยาไม่สามารถประเมินความรู้สึกปวดหลังผ่าตัดได้ชัดเจน

สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้การประเมินความปวดของ Johnson วัดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยซึ่งการประเมินวิธีนี้เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมาก เพราะความรู้สึกปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลซึ่งอยู่ในภาวะปวดเท่าที่จะรับรู้และประเมินความรู้สึกปวดของตัวเองได้ดีกว่าบุคคลอื่น โดยให้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงระดับความรุนแรงของความปวด ตามเครื่องมือวัดความรุนแรงของความปวด ที่นำมาใช้ได้แก่ มาตรฐานวัดความปวดชนิดเป็นตัวเลข

3.10 บทบาทของพยาบาลในการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบรรเทาความปวดของผู้ป่วย ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ทั้งบทบาทอิสระและตามแผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดมีหลายวิธี พยาบาลสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนและอาจใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน เพื่อที่จะบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดซึ่งจะส่งผลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น วิธีการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดมี 2 วิธี คือ การบรรเทาความปวดโดยการให้ยาระงับปวด และไม่ใช้ยาระงับปวดซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (Brown in Potter & Perry, Eds., 1999; Maher, et al., 1998)

1. การบรรเทาความปวดโดยการใช้ยาระงับปวด

ยาระงับปวดที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีทั้งยาชนิดเสพติดและยาชนิดที่ไม่เสพติด โดยยาระงับปวดชนิดเสพติด ได้แก่ มอร์ฟีนและเพทิดีน ซึ่งเป็นยาระงับปวดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (narcotic analgesics) มอร์ฟีน เป็นยาหลักที่ใช้กันมานานและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการระงับปวด ระยะที่เริ่มออกฤทธิ์จะเกิดขึ้นสูงสุดประมาณ 7-10 นาทีหลังฉีดทางหลอดเลือดดำและประมาณ 15-30 นาทีหลังฉีดทางกล้ามเนื้อ (วัฒนา พันธุศักดิ์, 2540) ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ประมาณ 3-5 ชั่วโมง (Bonica, 1990) ส่วนเพทิดีนเป็นยาที่สังเคราะห์ขึ้นโดยมีโครงสร้างคล้ายมอร์ฟีน แม้ว่าความแรงในการระงับปวดต่ำกว่ามอร์ฟีน 10 เท่า แต่ในขนาดที่ออกฤทธิ์จะสามารถระงับปวดได้เท่ากัน (ศิริภรณ์ พึ่งวิทยา 2540) ระยะเวลาที่เริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 15-30 นาที หลังฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ ระยะเวลาในการออกฤทธิ์นาน 2 – 4 ชั่วโมง นอกจากนี้ยาระงับปวดชนิดไม่เสพติดที่ใช้บ่อย คือ พาราเซตามอล (paracetamol) จะออกฤทธิ์ภายใน 30 นาทีหลังรับประทาน (วัฒนา พันธุศักดิ์, 2540) และออกฤทธิ์ได้นาน 4-6 ชั่วโมง (Bonica, 1990) อย่างไรก็ตามยาระงับปวดเหล่านี้ก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย ดังนั้นในการบริหารยาระงับปวดพยาบาลจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจ และมีวิจารณญาณในการพิจารณาให้ยาระงับปวดตามสภาพของผู้ป่วยและแพทย์ผู้ให้การรักษา ซึ่งวิธีการบริหารยาในปัจจุบันมีหลายวิธี ดังนี้

1. การให้ยาเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการ เป็นวิธีการบริหารยาที่ใช้กันมาก แต่ผลในการระงับความปวดยังไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะได้รับยาเมื่อปวดมาก การได้รับยาส่วนมากจะล่าช้า ทำให้ต้องใช้ปริมาณยาระงับปวดมากกว่าปกติ
2. การให้ยาตามเวลาที่กำหนด (around the clock) ผู้ป่วยจะได้รับยาตามปริมาณและระยะเวลาที่แพทย์กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับยาระงับปวดในพลาสมาในปริมาณที่คงที่และเพียงพอต่อการระงับปวด
3. การให้ยาทางหลอดเลือดดำตามจำนวนที่ต้องการ (intravenous bolus) แล้วตามด้วยการให้ยาแบบหยดตลอดเวลาทางหลอดเลือดดำ (Continuous infusion) เป็นการให้ยาปริมาณน้อยๆ เข้าทางหลอดเลือดดำจนผู้ป่วยหายปวด
4. การให้ยาทางช่องไขสันหลัง ใช้ระงับปวดหลังผ่าตัดได้ดี ระยะเวลาการออกฤทธิ์นาน ยาที่ใช้จะเป็นยาระงับปวดชนิดเสพติดและยาชาเฉพาะที่
5. การให้ผู้ป่วยควบคุมยาระงับปวดด้วยตนเอง (Patient controlled analgesia: PCA) ผู้ป่วยสามารถบริหารยาได้ด้วยตนเอง โดยอาศัยเครื่องมือซึ่งแพทย์จะกำหนดปริมาณยาที่จะได้รับในแต่ละครั้ง การบริหารยารูปแบบนี้เชื่อว่าควบคุมความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ในการบริหารยาระงับปวดไม่ว่าจะเลือกใช้วิธีไหนก็ตาม ควรให้ยาระงับปวดตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกปวดเพื่อป้องกันอาการปวดรุนแรง การให้ยาในขณะที่ผู้ป่วยมีความปวดระดับรุนแรง

ด้วยขนาดปกติที่ปลอดภัยต่อการใช้ จึงมักมีประสิทธิภาพไม่สูงพอที่จะระงับความปวดได้ ดังนั้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความปวดระดับรุนแรง จึงควรให้ยาระงับปวดตามเวลา (McCaughey, 1988)

2. การจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาระงับปวด

เป็นการควบคุมความปวดที่ความรู้สึก และปรับความนึกคิดซึ่งวิธีการเหล่านี้เป็นเพียงวิธีเสริมการรักษา เพื่อช่วยบรรเทาความปวดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การควบคุมความปวดโดยปรับที่ความรู้สึก

2.1.1 ลดการกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็ก ได้แก่ การนอนนิ่งๆ การนอนในที่นอนที่ถูกต้อง สิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเงียบสงบ มีการระบายอากาศที่ดี สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น สามารถใช้กลไกการปรับตัวที่ดีขึ้นเป็นการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์อันก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความปวดมากขึ้น (สุพร พลยานนท์, 2528)

2.1.2 การกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่ เป็นการกระตุ้นที่ผิวหนังเพื่อบรรเทาความปวดมีหลายวิธี ได้แก่ พลังสัมผัส (therapeutic touch) และการนวด เป็นต้น โดยกลไกการลดปวดเกิดจากการรับรู้ต่อความปวดลดลงช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และเชื่อว่ากระตุ้นการหลั่งของสารเอนโดर्फิน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายมากขึ้น

2.2 การควบคุมความปวดโดยปรับความนึกคิด

เป็นการควบคุมความปวด โดยปรับเปลี่ยนความนึกคิด ลดการเร้าทางอารมณ์ซึ่งส่งผลไปควบคุมความปวดที่ระดับไขสันหลังสมอง การควบคุมความปวดโดยการปรับความรู้สึกและความนึกคิดนี้น่าจะเหมาะสมและใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยที่มีความปวดเพียงเล็กน้อยหรือเข้าร่วมกับการใช้ยาระงับปวด เมื่อความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดที่ครอบคลุมได้แก่การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การจินตนาการทางบวก การผ่อนคลาย การทำBiofeedback และการเบี่ยงเบนความสนใจ

2.2.1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นวิธีการควบคุมความปวดขั้นพื้นฐานที่ดีที่สุดซึ่งสามารถกระทำได้ก่อนการควบคุมโดยวิธีอื่น โดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แสดงความเห็นใจและปลอบโยนให้กำลังใจขณะที่มีความปวด ทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจเชื่อมั่นในการช่วยเหลือบรรเทาปวดของพยาบาล (Caunt, 1992 อ้างใน ดวงดาว ดุลยธรรม, 2544) ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความวิตกกังวล ความกลัวทำให้ความเจ็บปวดลดลง (McCaffery, 1992)

2.2.2 การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะช่วยลดระดับความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการได้รับข้อมูลเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบการควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล (Boss & Goloskov, 1983) รวมทั้งเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด (McCaffery, 1979)

2.2.3 การจินตนาการทางบวกและการผ่อนคลาย การจินตนาการทางบวกเป็นการที่บุคคลสร้างภาพในสิ่งที่ตนเองพึงพอใจ มักใช้ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย หรือใช้ร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยเชื่อว่าเป็นการลดความเร้าทางอารมณ์และเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวดร่วมกับมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งการผ่อนคลายเป็นการตัดวงจรต่อเนื่อง ส่งผลให้ความปวดลดลงมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการสร้างจินตนาการทางบวกโดยการฟังเทป และใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการจินตนาการทางบวกโดยการฟังเทป พบว่าระดับความปวด ความวิตกกังวล และความต้องการยาระงับปวดลดลง (แสงหล้า พลนอก, 2542 และ Good, 1999)

2.2.4 การทำ Biofeedback เป็นพฤติกรรมบำบัด ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองทางสรีระวิทยาและวิธีการในการควบคุมการตอบสนองเหล่านั้น วิธีนี้ต้องการเครื่องมือในการบันทึกการเปลี่ยนแปลงต่างๆของบุคคล เช่น อุณหภูมิ ความดันโลหิต หรือการหดตัวของกล้ามเนื้อ โดยมีวัตถุประสงค์ในการทำเพื่อลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ และ/หรือลดการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก และความวิตกกังวลซึ่งทำให้อาการปวดดีขึ้น

2.2.5 การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นความเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความปวดไปสู่สิ่งอื่น เป็นวิธีหนึ่งในการบรรเทาความปวดได้ผลดี การเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการกระตุ้นไฮโปทาลามัส ไปกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารเอ็นเคอร์ฟินมาควบคุมความปวดภายในร่างกายเพิ่มขึ้น ช่วยลดการรับรู้ต่อความปวด เพิ่มความอดทนต่อความปวด (Boss, 1992) การปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การร้องเพลง ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ การใช้สื่ออารมณ์ขัน

การจัดการอาการเจ็บปวด วิธีนี้นับเป็นบทบาทที่พยาบาลทำได้อย่างอิสระ ร่วมกับการใช้ยาระงับปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และเป็นการจัดการความเจ็บปวดที่ไม่มีผลข้างเคียงที่อันตราย โดย McCaughey ให้แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาระงับปวดไว้ว่า ควรเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับความชอบและความสามารถของผู้ป่วย โดยเริ่มใช้ก่อนที่ผู้ป่วยจะประสบความเจ็บปวดในทันทีที่ปวด และคงใช้ต่อเนื่องไปตลอดระยะเวลาที่มีความเจ็บปวดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดสูงสุด การจัดการความเจ็บปวดมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ การสร้างจินตนาการ การนวด การสัมผัส และการกระตุ้นประสาทด้วยกระแสไฟฟ้าแรงต่ำ (Transcutaneous electrical nerve stimulation : TENS) ซึ่งบทบาทของพยาบาลเริ่มตั้งแต่การป้องกันความปวด การทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปราศจากความเจ็บปวดหรือป้องกันให้ปวดน้อยที่สุด

4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด

การให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัวย หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988:203) การให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับไปประมวลผลและเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ ไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และคงอยู่ถาวร (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542:24)

4.1 ความหมายของการให้ข้อมูล

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริง หรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักอนุมานหาความจริง หรือการคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530) การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้สิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้าจะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเองและช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจให้บุคคลสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริงสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้ (Lazarus and Folk man, 1984:151-151)

4.2 มโนทัศน์ของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด

การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด (Pre operative information) โดยใช้หลักการให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง ปราศจากความคลุมเครือเป็นข้อมูลที่จำเป็นสำคัญผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาและการตรวจต่างๆ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานลดลง โดยมีแนวคิดจากทฤษฎีการปรับตนเอง (Self regulatory model) ของ Leventhal และ Johnson (1983) สำคัญสำคัญของทฤษฎี การปรับตนเอง คือ ถ้าบุคคลไม่เคยรับรู้ หรือ ไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้น บุคคลนั้นจะไม่มีแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ (Schema) ที่ถูกต้องต่อเหตุการณ์ที่เผชิญ บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่ค่อนข้างรุนแรง แต่ถ้าบุคคลเคยรับรู้และมีความเข้าใจ เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นมาก่อน หรือบุคคลได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดมาก่อน ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความรู้ ความเข้าใจของบุคคลซึ่งเป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วย ข้อมูลที่อธิบายถึงรายละเอียด เหตุผล ของการเกิดเหตุการณ์ ลำดับเหตุการณ์ ขั้นตอนการตรวจรักษา เวลาที่เกิด ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์ของการเกิดความรู้สึกเนื่องจากเหตุการณ์ที่เผชิญ ผู้ป่วยจะมีภาพรวมของความคิด (Mental image) ทำให้มีการรับรู้ แปลความหมายของเหตุการณ์ ตามกรอบแบบแผนความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่เข้ามาได้ ทำให้ควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) เลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Leventhal and Johnson, 1983) และการได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อมีเหตุการณ์คุกคามความ

ปลอดภัยทำให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการแก้ไขเพื่อให้เกิดความสุขสบายได้ และช่วยให้ควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ (Behavioral control) เมื่อเผชิญเหตุการณ์นั้น ๆ การผ่าตัดเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยถือว่าคุกคาม และยังเป็น การผ่าตัดซึ่งเกิดจากอุบัติเหตุซึ่งไม่ได้คาดคิดมาก่อน ยิ่งก่อให้เกิดการคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยยิ่งขึ้นไปอีก ฉะนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาเหตุการณ์คุกคามที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

4.3 ประเภทของการให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลมีหลายชนิด แต่ละชนิดมีผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ดังนี้

4.3.1 จำแนกตามเนื้อหาของข้อมูล (Johnson, 1972:499-503)

ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น อธิบายเป็นลำดับขั้นตอน ช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ (Cognitive control) แวดล้อมที่คุกคามซึ่งผู้ป่วยต้องประสบ เช่น ขั้นตอนการตรวจรักษา การเตรียมตรวจพิเศษต่างๆ ในระยะก่อนผ่าตัด การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ การเจาะเลือด การเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด การงดอาหารก่อนผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัด การเคลื่อนย้ายจากเตียงผู้ป่วยไปยังห้องผ่าตัด สภาพของห้องผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และวิธีการทำผ่าตัดข้อมูลเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น กับตนเองได้อย่างถูกต้อง

ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส การสัมผัส การได้กลิ่น การได้ยินเสียง การมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่างๆ ของเหตุการณ์ ความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น

ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) เป็นข้อมูลที่บอกลถึงวิธีการต่าง ๆ ที่ต้องปฏิบัติ อันเป็นผลดีต่อตนเองในภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่าง ๆ ช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (Behavioral control) เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การทำกายบริหารหลังผ่าตัด การทำสมาธิ การหายใจเข้าออกช้า ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น

4.3.2 จำแนกตามลักษณะของข้อมูล (Auerbarch, 1983:1248-1296)

ข้อมูลทั่วไป (General information) เป็นข้อมูลทั่วไปในลักษณะกว้าง ๆ เนื้อหาข้อมูลคล้ายกับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ

ข้อมูลเฉพาะเจาะจง (Specific information) เป็นการให้ข้อมูลในรายละเอียดเฉพาะแต่ละสถานที่ผู้ป่วยต้องเผชิญต่อภาวะที่คุกคาม

4.3.3 จำแนกตามรายละเอียดของข้อมูล (วิภาภัทร ชังขาว, 2544:46)

- ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ เรื่อโรค หรือเหตุผลของการรักษา
- ข้อมูลรายละเอียดขั้นตอนการตรวจรักษาที่ได้รับ
- ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจรักษา
- ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น

4.4 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ในการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีวิธีการสอน 2 วิธี ดังนี้ (Katz, 1997:33-34)

4.4.1 การสอนเป็นรายบุคคล เป็นการสอนแบบตัวต่อตัว สามารถให้ ข้อมูลได้อย่างละเอียดเป็นการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้สอน และผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ อย่างเหมาะสมเป็นการให้ข้อมูลโดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคล ในด้านความสามารถสติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย

4.4.2 การสอนเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็น ประสบการณ์ ระหว่างบุคคลในกลุ่มโดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิดการปฏิบัติตัวได้ การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้มีผู้เสนอแนวทางข้อควรคำนึงในการให้ข้อมูลดังนี้

1. ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูล สาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดของผู้รับข้อมูล
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร ให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด
3. ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้ ควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น
4. มีขั้นตอนการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึ
5. จัดสิ่งแวดล้อมบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี้ยงสิ่งรบกวนขณะให้ข้อมูล

4.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการให้ข้อมูล

การเข้ารับการรักษาในห้องผ่าตัด เป็นการคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย พบกับบุคคลที่ไม่รู้จัก ตลอดจนการแต่งกายที่ไม่เหมือนพยาบาล

ตามตีผู้ป่วย การได้ยินและได้เห็นอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ เสียงบุคลากรพูดคุย ในสิ่งที่ตนเองไม่เข้าใจ การทำงานอย่างเร่งรีบของเจ้าหน้าที่ (อุราวดี เจริญไชย; 2541: 15-28) การเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมหรือคาดเดาได้เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียด ดังนั้นการให้ข้อมูลก่อนที่จะต้องเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ จะทำให้เกิดความเครียดน้อยลง (อุราวดี เจริญไชย, 2541; แก้ว-สามสี สาเจริญ, 2536; พรประภา โลจฉวงศกร, 2541; ชีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542; กรอยใจ มีเครือรอด, 2544)

การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ในประเทศไทย พบว่าส่วนมากเป็นการให้ข้อมูลทางด้านร่างกายในการเตรียมพร้อมก่อนผ่าตัด เช่น การตรวจหมู่เลือด การหาปริมาณความหนาแน่นของเม็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด ปริมาณเกลือแร่ และน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย บริเวณที่ทำผ่าตัด ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับทางด้านจิตใจ หรือข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นหรือบริเวณที่ทำผ่าตัด ชนิดการผ่าตัดตลอดจนถึงแวกส์ล้อมต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญการปฏิบัติจนหลังผ่าตัด ยังขาดความสมบูรณ์ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและมีผลกระทบในขณะที่ผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้

การให้ข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในระดับสมองให้ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยคาดคะเนเหตุการณ์ใกล้เคียงกับความจริง เตรียมจิตใจให้พร้อมเผชิญปัญหา สามารถควบคุมตนเองได้ และลดความกดดันทางอารมณ์ (Faucett, 1991: 120) นอกจากนี้การให้ข้อมูลยังเป็นการให้ความกระจ่าง แก่ไขความเข้าใจ ผิดๆ ทำให้ลดความวิตกกังวล ความกลัว และความเครียดของผู้ป่วยได้ เกิดการจัดรูปแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม (Jacox, 1979: 73) ลดความสับสนและเพิ่มการควบคุมตนเองได้

พยาบาลจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อพยาบาลมีความรู้เพียงพอ มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร และมีความพร้อมในการประเมิน ในด้านความต้องการข้อมูล หรือลักษณะ ของข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ การให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์และตรงกับความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะวัตถุประสงค์ของการรักษาหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้

การที่พยาบาลอธิบายถึงรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ผู้ป่วยควรทราบตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เป็นการเตรียมจิตใจของผู้ป่วยให้พร้อมที่จะทำผ่าตัด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด จะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวในขณะที่ผ่าตัดลงได้ (จิรียา อินทนา, 2539) ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ทำให้การรักษาพยาบาลบรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตั้งใจไว้ ด้วยการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับในขบวนการต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย

1. การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดทั่วไป เช่น
 - 1.1 การงดน้ำ งดอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัด 1 วัน หรือการงดน้ำ งดอาหารก่อนผ่าตัดเป็นเวลา 8 ชั่วโมง เป็นการป้องกันการสำลักอาหารเข้าสู่หลอดลม
 - 1.2 การทำความสะอาดร่างกายและทำความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่
 - 1.3 การเจาะเลือด เพื่อการตรวจหมู่เลือด การหาปริมาณความหนาแน่นของเม็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด ปริมาณเกลือแร่ และน้ำ
 - 1.4 แจ้งให้ทราบว่าฟิล์มกระดูกขาที่หักจะถูกนำไปห้องผ่าตัดพร้อมกับผู้ป่วย
2. สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในวันผ่าตัด
 - 2.1 การแต่งกายของบุคลากรในห้องผ่าตัด คือ บุคลากรจะสวมชุดสีเขียวทั้งหมด จะสวมหมวก ผูกผ้าปิดปากและจมูก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคขณะผ่าตัด
 - 2.2 สถานที่สำหรับให้ผู้ป่วยนอนรอก่อนผ่าตัด อาจเป็นห้องรอก่อนผ่าตัด หรือหน้าห้องผ่าตัด เมื่อทีมผ่าตัดพร้อมเจ้าหน้าที่จะย้ายเข้าห้องผ่าตัด ขณะที่นอนรอผ่าตัดผู้ป่วยสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในห้องผ่าตัดได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ
 - 2.3 สภาพภายในห้องผ่าตัดที่ประกอบด้วยเตียงผ่าตัด อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ใช้ในการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก อุณหภูมิในห้องผ่าตัด
3. สิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในระหว่างผ่าตัด
 - 3.1 การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) ผู้ป่วยต้องนอนตะแคงงอเข้าชิดอกให้มากที่สุด หรือนั่งก้มหน้า โกงหลังเต็มที่เพื่อให้กระดูกสันหลังแยกออกจากกัน วิสัญญีแพทย์จะฉีดยาเข้าไประหว่างช่องกระดูกสันหลัง ขณะฉีดยา ผู้ป่วยต้องนอนนิ่งๆ ภายหลังให้ยาชาผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลา แต่จะไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดขณะผ่าตัด ยาชาจะค่อยๆหมดฤทธิ์ไปเองหลังผ่าตัด
 - 3.2 ท่าที่ใช้ในการผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น อาจนอนหงายหรือ นอนตะแคงกึ่งคว่ำ
 - 3.3 ขั้นตอนการทำผ่าตัด และระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ควรให้ข้อมูลคร่าวๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย
4. สภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
 - 4.1 ตำแหน่งของแผลผ่าตัด จะมีสายยางระบายต่อออกจากแผลผ่าตัด หรือบริเวณใกล้เคียง เพื่อระบายเลือดหรือน้ำเหลืองที่ค้างอยู่ในแผลผ่าตัด ห้ามผู้ป่วยดึงสายยางออก
 - 4.2 การอยู่ในห้องพักรฟื้นหลังผ่าตัดจะมีพยาบาลให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดตลอดเวลาจนกว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยและสามารถเคลื่อนไหวและทำได้ โดยทั่วไปจะอยู่ใน

ห้องพักพื้นประมาณ 0.5-1 ชั่วโมง ในขณะที่อยู่ในห้องผู้ป่วยมีความไม่สบายหรือต้องการสิ่งใดให้
แจ้งกับพยาบาลประจำห้องได้ตลอดเวลา

4.3 อาการปวดแผลหลังผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัดให้แจ้งกับ
พยาบาลเพื่อขอยาระงับปวดได้ทั้งในขณะที่อยู่ในห้องพักพื้นที่ตึกผู้ป่วยนอกจากการให้ยาระงับ
ปวดแล้วยังมีวิธีการบรรเทาปวดได้ เช่น การจัดท่านอน การทำจิตใจให้สงบการเบี่ยงเบนความ
สนใจ โดยการอ่านหนังสือตลกคลายเครียด การฟังเพลง การฝึกสมาธิหรือการพูดคุยแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์กับเพื่อนข้างเตียง

5. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัด

5.1 ดนตรีและองค์ประกอบของดนตรี

ดนตรีเป็นสื่อภาษาสากลที่มีพลัง อำนาจในการโน้มน้าวจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก
นึกคิดและความจำของมนุษย์ได้อย่างน่ามหัศจรรย์ ดนตรีมีมนต์ขลัง ที่สามารถซึมซาบเข้าถึงระดับ
จิตวิญญาณของมนุษย์ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2542: 3) ดังที่ เวเบอร์ (weber) นักดนตรีเอกของ
เยอรมันได้กล่าวว่า ดนตรี คือภาษาสากลของมนุษย์ (Music is the real universal speech of
mankind) โดยดนตรีมีความผูกพันกันมนุษย์มาตั้งแต่อยู่ในครรภ์ของมารดาจนวาระสุดท้ายของ
ชีวิต ขณะอยู่ในครรภ์มารดา ทารกรับรู้เสียงจังหวะการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของมารดา การเต้น
ของหัวใจ เมื่อคลอดออกมาแล้วเด็กทารกจะรับรู้เสียงในรูปแบบมากมาย ทั้งที่เป็นเสียงดนตรี
ธรรมชาติ เช่น เสียงนกร้อง เสียงใบไม้ไหว ฯลฯ หรือเสียงดนตรีที่มนุษย์สร้างขึ้น ตลอดจนการจัด
งานพิธี หรืองานรื่นเริงต่างๆ และท้ายสุดดนตรียังคงบรรเลงควบคู่ไปกับชีวิตมนุษย์แม้ในงานศพ
จึงกล่าวได้ว่า ดนตรีมีความสำคัญต่อชีวิตของมนุษย์ ทั้งในด้านความบันเทิงทางสังคม วัฒนธรรม
และจิตใจ ซึ่งยากที่จะแยกออกจากกัน (พิชัย ปรัชญานุสรณ์, 2534) ศิลปะและดนตรีจึงจัดเป็นปัจจัย
ที่ 5 ของชีวิตที่มนุษย์สร้างขึ้น เพื่อบรรเทาทุกข์และเพื่อตอบสนองความต้องการของชีวิต (สุกรี
เจริญสุข, 2532: 5) ดังนั้นนักวิทยาศาสตร์ นักศิลปะ นักปรัชญา และแพทย์ จึงนำดนตรีมาวิเคราะห์
เพื่อนำประโยชน์มาใช้ในด้านต่างๆ มากขึ้น ดนตรีจึงเป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์ คือ เป็นทั้งศิลปะและ
วิทยาศาสตร์ เป็นวิทยาการด้านใหม่ของมนุษย์ที่สามารถนำดนตรีมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่าง
มหาศาล

ดนตรีบำบัด (Music Therapy) คือศาสตร์ที่ว่าด้วย การนำดนตรี หรือองค์ประกอบ
อื่น ๆ ทางดนตรี มาประยุกต์ใช้ เพื่อปรับเปลี่ยน พัฒนา และคงรักษาไว้ซึ่งสุขภาวะของร่างกาย
จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยนักดนตรีบำบัดเป็นผู้ดำเนินการไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ผ่านทางกิจกรรม
ทางดนตรีต่าง ๆ อย่างมีรูปแบบ โครงสร้างที่ชัดเจน มีหลักเกณฑ์ และระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์
(Cook, 1981)

เป้าหมายของคนตรีบำบัด ไม่ได้เน้นที่ทักษะทางดนตรี แต่เน้นในด้านพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของแต่ละบุคคลที่มารับการบำบัด สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลายบริบท เช่น ด้านการศึกษา ด้านการแพทย์

5.2 คุณสมบัติของคนตรี

มีอิทธิพลต่อผู้ฟังแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดหรือประเภทขององค์ประกอบของคนตรี มีทั้งหมด 10 ประการ (คุษฎี พนมยงค์ บุญทัศนกุล, 2543) คือ

1. จังหวะ (rhythm) หมายถึง การเคลื่อนไหวของเสียงในช่วงเวลาหนึ่ง (พิชัย ปรัชญานุสรณ์, 2534: 5) มีหน่วยเป็น บีท ต่อ นาที จังหวะเป็นส่วนประกอบสำคัญและเป็นส่วนแรกของคนตรี หากจังหวะไม่ดีทำให้ดนตรีขาดความไพเราะ จังหวะของคนตรีจึงมีผลต่อความรู้สึกเป็นอย่างมาก (สุกรี เจริญสุข, 2532: 8) สามารถกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย (Marwick, 2000: 731-733) ก่อให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ได้ เช่น จังหวะที่เร็วไม่สม่ำเสมอจะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้นเร้าใจ จังหวะที่ช้าสม่ำเสมอทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ประโยชน์ที่ได้จากจังหวะดนตรี คือ ช่วยทำให้เกิดสมาธิช่วยในการผ่อนคลาย จากการหดตัวหรือเกร็งตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย (รำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511: 11)

2. ทำนองเพลง (melody) เกิดขึ้นจากการนำระดับเสียงสูงต่ำ มาผสมผสานกับจังหวะของแต่ละเสียง (Chlan and Tracy, 1999: 35) ทำนองเพลง คือแนวความคิดหลัก (theme) ของดนตรี เป็นส่วนขยายความคิดทางภาษาดนตรีและมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกของมนุษย์ ทำนองเพลงที่มีลีลาเชิงซ้ำ สร้างบรรยากาศเศร้าให้ความรู้สึกที่เศร้าได้ ตรงกันข้ามทำนองที่ประกอบด้วยจังหวะรวดเร็วจะให้ความรู้สึกรื่นเริง (พิชัย รัชญานุสรณ์, 2534: 5) ทำนองเพลงสามารถนำมาใช้ในการบำบัด ช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้เกิดการระบายความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจและทำให้เกิดความคิดริเริ่ม (รำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511: 11)

3. เสียงประสาน (harmony) เป็นผลรวมจากการที่เสียงตั้งแต่ 2 เสียงดังขึ้นพร้อมๆ กัน เป็นการประสมประสานกันของเสียงหลายชนิดที่มีลักษณะแตกต่างกันโดยจังหวะและท่วงทำนองที่สอดคล้องสัมพันธ์กัน ซึ่งช่วยให้เพิ่มมิติพิเศษให้ดนตรีมีความลึกซึ้งขึ้น (ไมเคิล ชอร์ท, 2539: 4) ช่วยเกื้อหนุนความงามของบทเพลง (สุกรี เจริญสุข, 2532: 8) เช่น การจับร้องประสานเสียง หรือการประสมประสานน้ำเสียงของเครื่องดนตรีที่ต่างชนิดกัน เสียงที่ไม่สอดคล้องกลมกลืนกันจะทำให้เกิดอารมณ์ค้าง (dissonance) ส่วนเสียงที่กลมกลืนกันจะทำให้รู้สึกปลอดโปร่งสบายหู รู้สึกอบอุ่น และอิสระ (दनัย, 2522 อ้างใน บังอร เครียดชัยภูมิ, 2533: 7)

4. ระดับเสียง (pitch) เป็นความถี่ของเสียงเป็นรอบต่อหนึ่งวินาที (Chlan and Tracy, 1999: 35) มีหน่วยเป็นเฮิรตซ์ (hertz) เสียงที่มีความถี่สูง คือเสียงสูง เสียงที่มีความถี่ต่ำ คือเสียงต่ำ ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกได้เช่นเดียวกับจังหวะ เสียงที่ต่ำมากจะให้ความรู้สึกน่ากลัว ไม่

มันใจ สร้างบรรยากาศน่าเกรงขาม เสียงต่ำจะทำให้เกิดความรู้สึกสบาย (Cook, 1981: 252-266) แต่ถ้าเสียงสูงมากจะทำให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น เร้าใจ (พิชัย ปรัชญานุสรณ์, 2534: 6)

5. ความดัง (volume intensity) เป็นปริมาณความเข้มของเสียงที่วัดได้เป็นหน่วยเดซิเบล(decibel) เสียงที่ดังจนเป็นอันตรายต่อระบบประสาทการรับฟังจะมีขนาด 100 เดซิเบลขึ้นไป (พิชัย ปรัชญานุสรณ์, 2534: 6) ซึ่งเสียงของคนตรีมีความหมาย โดยเสียงดังจะเร้า กระตุ้นอารมณ์ และมีผลต่อการทำงานของต่อมไร้ท่อ ซึ่งสัมพันธ์กับระบบประสาทซิมพาเทติก เสียงเบาจะทำให้เกิดความรู้สึกสงบและทำให้รู้สึกสบาย คนตรีที่มีเสียงดังสม่ำเสมอคงที่นั้นจะไปรบกวนและทำให้ผู้ฟังรู้สึกเมื่อยล้าได้ เสียงเบา นุ่มนวล (soft sound) มีผลทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ แต่อาจเกิดความขัดแย้งกันระหว่างเสียงเบาและเสียงดัง (the soft and the loud) ความดังของเสียงคนตรีนำมาใช้ประโยชน์ได้ กล่าวคือ ใช้เป็นสื่อให้เกิดสมาธิ และกระตุ้นหรือลดความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจให้สงบหรือไม่สงบได้ตามต้องการ รวมทั้งช่วยในการสร้างระเบียบและควบคุมตนเองให้เข้าระดับปกติได้ (รำไพพรรณ ศรีโสภาค, 2511: 12)

6. ความเร็ว ซ้ำของจังหวะดนตรี (tempo) โดยทั่วไป 1 จังหวะจะมีความเร็วอยู่ระหว่าง 50-120 เมโทรโนม (metronomes measurement: mm) ต่อครั้งต่อนาที ซึ่งเทียบเป็นมาตรฐานอย่างคร่าว ๆ ประมาณว่า เท่ากับอัตราการเต้นของหัวใจมนุษย์ (70-80 ครั้งต่อนาที) เป็นจังหวะปกติที่ทำให้รู้สึกสงบ ผ่อนคลาย (Cook, 1981: 252-266) ถ้าความถี่ของจังหวะเร็วกว่าการเต้นของหัวใจ เรียกว่า จังหวะเร็ว (มากกว่า 80-90 ครั้งต่อนาที) จะทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด ถ้าความถี่ของจังหวะช้ากว่าการเต้นของหัวใจ เรียกว่า จังหวะช้า (40-60 ครั้งต่อนาที) จะทำให้รู้สึกไม่มันใจหรือวิตกกังวล (Moss, 1988: 64-69)

7. น้ำเสียงหรือความกังวานของเสียง (tone color or sonority) เป็นความแตกต่างทางลักษณะเสียง เพราะเสียงทุกเสียงแม้ว่าจะชนิดของแหล่งกำเนิดเดียวกันก็ให้ความแตกต่างทางลักษณะต่างกัน ได้ หรือแม้แต่จากเครื่องดนตรีต่างชนิดกันที่เล่นโน้ตเดียวกันก็มีคุณลักษณะต่างกัน ได้ น้ำเสียงจะช่วยให้นักดนตรีมีความหลากหลาย (พิชัย รัชญานุสรณ์, 2534: 6) เป็นประเด็นสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ประพันธ์เพลง ได้ฝากความไพเราะหรือฝากความรู้สึกเหมือนลูกกิ้งขัง (limbo) ไว้ในบทเพลง และผู้ที่สามารถแยกแยะน้ำเสียงได้แสดงถึงความมีสมาธิ

8. ความรู้สึกทางดนตรี (expression of music) เป็นหัวใจของดนตรีที่ทำให้ผู้ร้องและผู้ฟังเกิดความเข้าใจ และประทับใจถึงอารมณ์ และบรรยากาศของเพลงนั้นๆ (บังอร เจริญชัยภูมิ, 2533: 7) เป็นการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ ความคิดในขณะที่เล่นดนตรี หรือขับร้อง เช่น ความสบายใจ เศร้า นุ่มนวล ตื่นเต้น เป็นต้น (พิชัย รัชญานุสรณ์, 2534: 6)

9. ทิศทางของเสียงดนตรี (direction) ขึ้นอยู่กับทิศทางของแหล่งกำเนิดตัวกลางที่เสียงเดินทางผ่านเสียงดนตรีมีการหักเหเดินทางได้เช่นเดียวกับแสงทำให้เกิดความดัง ความ

เขาแตกต่างกันในแต่ละจุด นอกจากนี้ยังมีเรื่องของเสียงก้อง เสียงสะท้อน เป็นต้น (พิชัย ปรัชญาอนุสรณ์ , 2534: 6)

10. นันทลักษณ์ หรือลักษณะรูปแบบของดนตรี (form) เกี่ยวข้องกับ ส่วนประกอบของ โครงสร้างของดนตรีทั้งหมด เพลงหนึ่งๆ จะมีรูปแบบดนตรีของการนำเสนอ และความสัมพันธ์ของส่วนประกอบดนตรี เช่นการเปลี่ยนแปลงจากทำนองหนึ่งไปอีกทำนองหนึ่ง หรือการเปลี่ยนจากท่วงทำนองหนึ่งไปอีกท่วงทำนองหนึ่ง เป็นสิ่งที่ทำให้ดนตรีแตกต่างกัน

จากองค์ประกอบและคุณสมบัติของดนตรีที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าดนตรีมี อิทธิพลต่อมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิด ดังนั้นเราจึงสามารถนำดนตรีมา ช่วยในการบำบัดรักษาได้

5.3 ชนิดของดนตรีที่นำมาใช้ในการบำบัด

การเลือกชนิดของดนตรีที่ใช้ในการบำบัด เป็นสิ่งที่ต้องพึงระวังเนื่องจากบุคคลมี ประสบการณ์ทางดนตรีที่แตกต่างกัน และการตอบสนองของแต่ละคน จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ เคยได้รับ (Snyder, 1992: 187) ชนิดของดนตรีที่นำมาใช้ในการบำบัด ได้แก่

- ดนตรีที่ไม่มีคำร้อง (ดนตรีบรรเลง)
- ดนตรีที่เป็นเสียงเพลงจากธรรมชาติ เช่นเสียงน้ำไหล เสียงคลื่น เสียงลม
- ดนตรีที่มีคำร้อง ได้แก่ Classical , Country, Rock, Pop , Jazz

5.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับดนตรีบำบัด

ดนตรีมีผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจของมนุษย์ ซึ่งสามารถอธิบายด้วยแนวคิด 3 ประการคือ

1. Biochemical theory ดนตรีมีผลต่อสรีระวิทยาของมนุษย์โดยตรง ผ่านทางระบบ ประสาทการได้ยินด้วยการสั่นสะเทือนของเสียง ผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของ ไบโพรสตาท ไปยังสมองซีกขวาสู่ต่อมใต้สมอง และต่อมใต้สมองส่วนหน้า กระตุ้นการทำงานของ ระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic and parasympathetic) ลดการหลั่งฮอร์โมน อัดรีโนคอร์ติโคโทรฟิน (adenocorticotrophic hormone) และลดระดับคอร์ติซอล (cortisol) ใน เลือดเป็นผลให้ความเครียดในผู้ป่วยระยะวิกฤติลดลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเสียงของดนตรีที่ผ่านทางประสาทการได้ยินดังกล่าว จะลดการกระตุ้น locus ceruleus ซึ่งอยู่ใน ส่วนของ midbrain และ pons มีหน้าที่หลั่ง nor epinephrine และ epinephrine จาก adrenal medulla (Seaward, 1999: 361-363)

2. Entrainment theory กล่าวถึงการรับรู้และส่งทางดนตรีโดยเริ่มจากการส่งทาง ดนตรีและการรับรู้เข้าสู่สนามพลังงานของมนุษย์ อาศัยหลักความพอเหมาะพอดีกันของจังหวะที่ส่ง และสนามพลังงานที่รับ จังหวะที่เหมาะสมดังกล่าวเรียกว่า matched rhythm (Seaward, 1999: 363)

3. Metaphysical theory มีแนวคิดที่ว่าดนตรีเป็นการหยั่งรู้ในธรรมชาติ

อาศัยการรวมหลักทางกายภาพหลายด้านเข้าผสมผสานกันอย่างกลมกลืน (Seaward, 1999: 363)

นอกจากแนวคิดทั้ง 3 ประการแล้ว ยังมีผู้แสดงกรอบแนวคิดถึงผลที่เกิดจากการฟังดนตรี โดยจากการศึกษาของ Watkins (1997: 43-50) ได้แสดงกรอบแนวคิดเกี่ยวกับดนตรีบำบัดไว้ว่า ดนตรีบำบัดเป็นสิ่งที่มียผลทั้งในด้านจิตวิทยา และด้านสรีระวิทยา โดยเสียงของดนตรีจะมีผลต่อสมอง 2 ส่วน คือ

ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system: CNS) ซึ่งตอบสนองต่อภาวะเครียดโดยการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ซึ่งประกอบด้วย Corticotrophin releasing hormone (CRH) ซึ่งหลั่งจาก hypothalamus ความเครียดจะกระตุ้น ACTH ให้หลั่งจาก anterior pituitary เป็นผลให้ระดับ cortisol ในเลือดสูงขึ้น

ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system: ANS) เมื่อมีภาวะเครียดจะกระตุ้น locus ceruleus (LC) ซึ่งอยู่ในส่วนของ midbrain และ pons หลั่งจาก nor epinephrine และ epinephrine จาก adrenal medulla มีผลเพิ่มความวิตกกังวล อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต

ลักษณะเด่นของดนตรีบำบัด

ดนตรีบำบัดมีลักษณะเด่นเฉพาะตัวหลายด้าน ทำให้สามารถประยุกต์ใช้ได้ในทุกระดับอายุ และหลากหลายปัญหา ลักษณะเด่น ได้แก่

1. ประยุกต์เข้ากับระดับความสามารถของบุคคลได้ง่าย
2. กระตุ้นการทำงานของสมองได้หลายส่วน
3. กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน
4. ช่วยพัฒนาอารมณ์ จิตใจ
5. เสริมสร้างทักษะทางสังคม และการสื่อสาร
6. ให้การรับรู้ที่มีความหมาย และความสนุกสนาน ไปพร้อมกัน
7. ประสบความสำเร็จในการบำบัดได้ง่าย เนื่องจากประยุกต์ใช้ได้ ทุกเพศ ทุกวัย ทุกระดับ

ความสามารถ

ประโยชน์ของดนตรีบำบัด

ดนตรีบำบัดสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้หลากหลายรูปแบบ ทั้งในเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ตามเป้าหมาย เพื่อตอบสนองความจำเป็นที่แตกต่างกันไป ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ปัญหาบกพร่องของพัฒนาการ สติปัญญา และการเรียนรู้ โรคซึมเศร้า โรคอัลไซเมอร์ ปัญหาการบาดเจ็บทางสมอง ความพิการทางร่างกาย อาการเจ็บปวด และภาวะอื่นๆ

สำหรับบุคคลทั่วไป ก็สามารถใช้ประโยชน์จากดนตรีบำบัดได้เช่นกัน ช่วยในการผ่อนคลายความตึงเครียด และในการออกกำลังกายเสริมสร้างสุขภาพ

ประโยชน์ของดนตรีบำบัดมีดังนี้

1. ปรับสภาพจิตใจ ให้อยู่ในสภาวะสมดุล มีมุมมองในเชิงบวก
2. ผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความวิตกกังวล (Anxiety / Stress Management)
3. กระตุ้น เสริมสร้าง และพัฒนาทักษะการเรียนรู้ และความจำ (Cognitive Skill)
4. กระตุ้นประสาทสัมผัสการรับรู้ (Perception)
5. เสริมสร้างสมาธิ (Attention Span)
6. พัฒนาทักษะสังคม (Social Skill)
7. พัฒนาทักษะการสื่อสารและการใช้ภาษา (Communication and Language Skill)
8. พัฒนาทักษะการเคลื่อนไหว (Motor Skill)
9. ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle Tension)
10. ลดอาการเจ็บปวดจากสาเหตุต่าง ๆ (Pain Management)
11. ปรับลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Behavior Modification)
12. สร้างสัมพันธภาพที่ดีในการบำบัดรักษาต่าง ๆ (Therapeutic Alliance)
13. ช่วยเสริมในกระบวนการบำบัดทางจิตเวช ทั้งในด้านการประเมินความรู้สึก สร้างเสริมอารมณ์เชิงบวก การควบคุมตนเอง การแก้ปมขัดแย้งต่าง ๆ และเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว

โดยสรุปดนตรีบำบัด มีประโยชน์หลากหลายขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ เสริมสร้างสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี โดยบูรณาการเข้ากับการรักษาอื่นๆ

กระบวนการและรูปแบบดนตรีบำบัด

ในการทำดนตรีบำบัด ไม่มีกระบวนการและรูปแบบที่ตายตัว แต่จะต้องออกแบบการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล มีการวางแผนการบำบัดรายบุคคล โดยมีขั้นตอนหลักๆ ดังนี้

1. การประเมินผู้รับการบำบัดรักษา
 - ศึกษาข้อมูลประวัติส่วนตัว และประวัติทางการแพทย์
 - ประเมินปัญหา และเป้าหมายที่ต้องการบำบัด
 - ประเมินสภาวะ ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และทักษะการคิด
2. วางแผนการบำบัดรักษา
 - ออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยยึดเป้าหมายเป็นสำคัญ

- รูปแบบผสมผสาน กระบวนการต่าง ๆ ทางดนตรี เช่น ร้องเพลง แต่งเพลง ประสานเสียง จินตนาการตาม หรือลีลาประกอบ เป็นต้น

3. ดำเนินการบำบัดรักษา

- สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัด กับผู้รับการบำบัด โดยใช้ดนตรีเป็นสื่อ
- ทำดนตรีบำบัด ร่วมกับการบำบัดรักษาแบบอื่น ๆ แบบบูรณาการ

4. ประเมินผลการบำบัดรักษา

- ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และปรับแผนการบำบัดให้เหมาะสม

ดนตรีบำบัดในโรงพยาบาล

ในโรงพยาบาลต่าง ๆ มีการนำดนตรีบำบัดมาร่วมบูรณาการเข้ากับการบำบัดรักษาอื่น ๆ เพื่อเป้าหมายต่าง ๆ กัน ดังตัวอย่างเช่น

1. กระตุ้น และส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ
2. ช่วยเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. ลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ก้าวร้าว รุนแรง อยู่ไม่นิ่ง ร่วมกับพฤติกรรมบำบัด และการบำบัดโดยใช้ยา
4. ช่วยให้สงบ และนอนหลับได้ ในผู้ที่มีความกลัว ความเครียด ร่วมกับการปรับสิ่งแวดล้อม และการใช้ยา
5. ปรับเปลี่ยนอารมณ์ ร่วมกับการใช้ยา และจิตบำบัดในโรคซึมเศร้า
6. เสริมในกระบวนการบำบัดต่าง ๆ ทางจิตเวช
7. ลดความเจ็บปวด ร่วมกับการใช้ยาแก้ปวด

5.5 ดนตรีบำบัดกับการลดความวิตกกังวล ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดกระดูก

ดนตรี มีคุณสมบัติก่อให้เกิดความสงบ การผ่อนคลาย และสามารถเบี่ยงเบนความสนใจได้ ซึ่งการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยดนตรี สามารถบรรเทาความปวดได้ดีเท่ากับหรือดีกว่ายาบรรเทาปวด การฟังดนตรีช่วยลดความปวด ลดความวิตกกังวลได้ ดังนี้ (Lane, D, 1992: 863-867)

การฟังดนตรี กระตุ้นวิธีประสาทของสมองมีการค้นคว้ามีผลให้การรับรู้ข้อมูล เกี่ยวกับความปวดลดลง การส่งผ่าน ความวิตกกังวล และความรู้สึกปวดลดลงด้วย

ดนตรีสามารถปลุกเร้าอารมณ์ และเป็นผลให้ต่อมใต้สมอง หลังสารเอนดอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารที่มีคุณสมบัติคล้ายฝิ่น สามารถลดความปวดลงได้

ดนตรีสามารถลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะการฟังที่ปิดกั้นเสียงรบกวนภายนอก ส่งผลให้ลดความวิตกกังวลและความปวด ซึ่งเป็นการตัดวงจรความกลัว ความตึงเครียด ความปวด

ดนตรีทำให้รับรู้ถึงความเอื้ออาทร ผู้ฟังดนตรีจะมีกำลังใจในการเผชิญกับความปวด นอกจากนี้ ดนตรีทำให้ระดับกันความปวดสูงขึ้น และมีความอดทนต่อความปวดมากขึ้น

6. โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง

ก่อนเข้าสู่โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยศึกษาประวัติของผู้ป่วยอย่างละเอียด การวินิจฉัย ชนิดของการผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วย จากนั้นเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพในตอนบ่าย ประมาณ 14.00 น.ของวันก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล แนะนำตนเอง ด้วยทำที่เป็นมิตร บอกชื่อ สกุล การศึกษา และสถาบันการศึกษา ให้ความจริงใจ และความสนใจในตัวผู้ป่วยพร้อมกับบอกวัตถุประสงค์ กับผู้ป่วยว่ามีความสนใจ อยากจะศึกษาถึงความรู้สึกของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัดและขณะผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย จึงขอความร่วมมือในการทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยจะไม่บังคับแล้วแต่ความสมัครใจของผู้ป่วย ถ้าคิดว่าจะไม่ร่วมโครงการนี้เมื่อไหร่ก็สามารถบอกเลิกได้ โดยไม่ต้องกลัวว่าจะมีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล เมื่อผู้ป่วยยินดีจึงให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามประเมินระดับความวิตกกังวลแฝง ที่มีประจำตัวบุคคลในกรณีอ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้ผู้ป่วยเมื่อได้ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองผู้วิจัยจึงดำเนินการตามโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง

ขั้นตอนที่ 1. ระยะเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพ (ขณะที่อยู่ที่หอผู้ป่วย) ช่วงบ่ายก่อนวันผ่าตัด 1 วัน (14.00-15.00 นาฬิกา)

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจกันกับผู้ป่วย (helping trusting relationship) ทักทายผู้ป่วย ด้วยใบหน้าที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส เรียกชื่อผู้ป่วยโดยใช้สรรพนามนำหน้าว่า คุณ..หรือ พี่ น้อง และใช้สรรพนามแทนตัวเองว่า ดิฉัน / พี่ ขณะสนทนามองตาผู้ป่วย นั่งในลักษณะตรงข้ามห่างประมาณ 1-2 ฟุต ชักชวนให้ผู้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป หรือเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจเช่น “เล่าให้ฟังได้ไหมคะว่ามานอนป่วยอยู่โรงพยาบาลครั้งนี้เป็นอย่างไร”

“รู้สึกอย่างไรบ้างคะกับการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้”

“ญาติ พี่ น้อง มีโอกาสมาให้การดูแลอย่างไรบ้างคะ”

“อยากทราบอะไรบ้างไหมคะเกี่ยวกับการผ่าตัดในครั้งนี้”

“มีปัญหาอะไรบ้างคะเกี่ยวกับการรักษาในครั้งนี้”

สนทนากับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่สงบ มั่นคง ใจเย็น ไม่รีบร้อน และเป็นกันเองมากที่สุด

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในสิ่งที่สงสัยและให้คำอธิบายหรือชี้แจงในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบตามความเหมาะสมและเป็นจริง ขณะเดียวกันผู้วิจัยแสดงออกถึงความเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งทางคำพูดและกิริยาท่าทาง ไม่แสดงความรู้สึกรู้สึกต่อต้าน หรือขัดแย้งกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย อบอุ่นใจและไว้วางใจในตัวพยาบาล

3. บอกวัน เวลา และสถานที่ ที่จะพบกับผู้ป่วยอีก โดยบอกผู้ป่วยว่าในวันรุ่งขึ้นผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัด เมื่อไปถึงห้องรอผ่าตัด ผู้วิจัยจะพบกับผู้ป่วย และจะอยู่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่รอผ่าตัด ขณะผ่าตัด ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยฟังดนตรีที่ผู้ป่วยชอบอย่างน้อย 30 นาทีจนเสร็จสิ้นการผ่าตัด และภายหลังจากเสร็จ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและจะได้ฟังดนตรีอีกครั้งที่ห้องพักฟื้นนาน 30 นาทีก่อนส่งผู้ป่วยกลับตึกและพยาบาลประจำตึกจะเป็นผู้ดูแลต่อจากผู้วิจัย รวมทั้งบอกถึงการประเมินความวิตกกังวลในขณะที่รอหน้าห้องผ่าตัด และหลังจากที่กลับจากห้องผ่าตัด โดยผู้ป่วยทำแบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ

ขั้นตอนที่ 2. ระยะดำเนินการ (ขณะที่อยู่ที่ตึกผู้ป่วย) เวลา 14-15 นาฬิกา ก่อนผ่าตัด 1 วัน

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับการผ่าตัดตามความต้องการหรือความสนใจของผู้ป่วย โดยถามผู้ป่วยเช่น

“คุณมีความรู้สึกอย่างไรคะที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดกระดูกขา”

“คุณต้องการทราบอะไรบ้างคะเกี่ยวกับการผ่าตัด”

“คุณต้องการช่วยเหลืออะไรบ้างคะเกี่ยวกับการผ่าตัด”

โดยผู้วิจัยแสดงท่าทีสนใจคำสนทนาและรับฟังคำถามของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ เพื่อที่จะประเมินว่าผู้ป่วยมีความต้องการที่จะรับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดในเรื่องอะไรบ้าง

ผู้วิจัยประเมินความรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวกับขั้นตอนของขบวนการผ่าตัดกระดูกขา โดยการสอบถามความรู้เช่น

“คุณทราบอะไรบ้างคะเกี่ยวกับการผ่าตัดในวันพรุ่งนี้”

“เมื่อคุณรู้สึกไม่สบายใจมีวิธีแสดงออกอย่างไรคะ”

เพื่อใช้เป็นแนวทางให้ข้อมูลความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ตามสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย

2. ผู้วิจัยให้ความมั่นใจในความปลอดภัยเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยชี้แจงว่า

- การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุดสำหรับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

- ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการผ่าตัดนั้น แพทย์ได้ทำการตรวจร่างกายทั่วไปเรียบร้อยแล้ว

- ทีมที่จะทำการผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด บุคคลเหล่านี้เป็นผู้มีประสบการณ์ในการผ่าตัดเป็นอย่างดี

- ในห้องผ่าตัดมีเครื่องมือ เครื่องใช้ เตรียมพร้อมที่จะใช้ได้ทันที เพื่อให้การรักษาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยให้ความรู้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญในห้องผ่าตัด ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเข้ารับการผ่าตัด

3.1.1 เย็นวันก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการทำความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำบนเตียง การสระผม การตัดเล็บให้สั้น โกนขนตั้งแต่บริเวณใต้ขาโครงลงมาทางด้านหน้าและด้านหลัง ด้านเดียวกับขาข้างที่หัก ถึงข้อเท้าและบริเวณฝีเย็บพร้อมทำความสะอาดบริเวณผิวหนังดังกล่าว เพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด ถ้ามีสีทาเล็บต้องล้างออกให้หมด เพื่อประโยชน์ในการสังเกตอาการผิดปกติในขณะที่ได้รับการผ่าตัดและหลังการได้รับการผ่าตัดใหม่ๆ

3.1.2 ตั้งแต่หลังเที่ยงคืน จะต้องไม่ดื่มน้ำและไม่รับประทานอาหารทุกชนิด เพราะการงดน้ำและอาหารเป็นการป้องกันการสำลักน้ำและอาหารเข้าสู่หลอดลมจากการอาเจียนในระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึก

3.1.3 วันผ่าตัด เมื่อมีเจ้าหน้าที่มารับผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด ควรปฏิบัติดังนี้

- บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากให้สะอาด ถ้ามีฟันปลอมที่ถอดได้ให้ถอดออก และเก็บให้เรียบร้อย เพื่อป้องกันการหลุดของฟันปลอมไปอุดทางเดินหายใจ
- ถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะหรือของมีค่า คอนแท็กเลนส์ แว่นตา ต้องถอดออกให้หมด แล้วฝากญาติสนิทหรือพยาบาลไว้ป้องกันการสูญหาย
- ถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย
- ในการเคลื่อนย้ายขึ้นเปลนอน ในรายที่ใส่เครื่องดึงกระดูกจะยกไปทั้งที่วางขา เมื่อขึ้นเปลนอนแล้วพยาบาลประจำเตียงจะตรวจดูความเรียบร้อยอีกครั้ง

3.1.4 ด้านจิตใจ ทำจิตใจให้สงบ ผ่อนคลายไม่คิดฟุ้งซ่านนึกถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดกำลังใจ เช่น การขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ ช่วยคุ้มครองตนเองในการผ่าตัด ในคืนก่อนผ่าตัด พยายาม นอนให้หลับ ในวันผ่าตัดผู้วิจัยจะอยู่ใกล้ๆผู้ป่วย เพื่อให้กำลังใจและคอยให้การช่วยเหลือ

3.2 สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น รวมทั้งวิธีปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่ห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น

3.2.1 เมื่อไปถึงบริเวณห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะพบกับบุคลากรห้องผ่าตัดซึ่งแต่งกายด้วยเสื้อผ้าชุดสีเขียว สวมหมวกคลุมผม มีผ้าปิดปากและจมูก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และผู้ป่วยจะถูกนำไปรออยู่ที่ห้องรอผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยคุณภาพประกอบ

3.2.2 เมื่อถึงเวลาผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูกนำเข้าห้องผ่าตัดและให้นอนบนเตียงผ่าตัดซึ่งมีขนาดเล็กกว่าเตียงที่เขยนอนที่ตึกผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยคุณภาพประกอบ

3.2.3 วิสัญญีพยาบาลจะให้สารน้ำเกลือบริเวณแขนของผู้ป่วย ต่อจากนั้นจะได้รับการยาระงับความรู้สึกเข้าทางน้ำไขสันหลังบริเวณเอว เพื่อให้ร่างกายชาและไม่รู้สึกเจ็บปวดตั้งแต่

ระดับเอวจนถึงปลายเท้าในระหว่างการทำผ่าตัด ขณะที่ให้ยาชาผู้ป่วยต้องก้มศีรษะลงให้มากที่สุด ซึ่งจะมีผู้วิจัยและพยาบาลคอยช่วยเหลืออยู่ด้วย เพื่อให้ข้อต่อของกระดูกสันหลังแยกจากกัน วิสัญญีแพทย์ฉีดยาชาเข้าบริเวณไขสันหลังได้สะดวกขึ้น โดยจะฉีดยาชาบริเวณผิวหนังให้ก่อน ทำให้ไม่เจ็บปวดขณะเดินนำยาทานต้องอยู่นิ่งๆ และจะรู้สึกร้อนลงไปบริเวณขาประมาณ 3-5 นาทีจะรู้สึกขา

หลังจากฉีดยาชาแล้วผู้ป่วยจะถูกจัดให่นอนหงาย แพทย์จะทดสอบระดับการชา ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวสามารถพูดคุยบอกความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดกับพยาบาล หรือแพทย์ได้แต่ไม่เจ็บ ถ้ารู้สึกเจ็บให้รีบบอกแพทย์ในทันที ซึ่งแพทย์อาจเปลี่ยนเป็นยาสลบแทน หลังจากนั้นพยาบาลอาจจะพันสายรัดห้ามเลือดบริเวณโคนขา พร้อมกับการใส่เลือดหรือยกขาให้แผ่นยางยึดพันจากปลายเท้าจนถึงต้นขาเพื่อป้องกันการเสียน้ำเลือดขณะผ่าตัด

3.2.4 ขั้นตอนการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ คือภายหลังจากผู้ป่วยชาตั้งแต่เอวลงมา ในรายที่ใส่เหล็กค้ำกระดูกไว้ แพทย์ผู้ทำผ่าตัดจะดึงเหล็กที่กระดูกขาออกก่อน ต่อจากนั้นฟอกทำความสะอาดผิวหนังด้วยสบู่ฆ่าเชื้อบริเวณที่จะทำผ่าตัด ห้ามผู้ป่วยเอามือไปสัมผัสถูกต้องบริเวณดังกล่าวเด็ดขาดเพราะจะเป็นการทำให้เกิดการติดเชื้อต่อแผลผ่าตัดได้ หลังจากนั้นจะทาน้ำยาฆ่าเชื้อบริเวณที่ผ่าตัดและปูผ้าปลอดเชื้อหลายชั้นบริเวณที่ทำผ่าตัด เมื่อผ่าตัดถึงกระดูกที่หักแล้ว แพทย์จะทำความสะอาดโดยน้ำยาที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้วล้างจัดกระดูกให้เข้าที่ใกล้เคียงหรือเหมือนเดิมมากที่สุด แล้วจึงใส่แท่งโลหะค้ำ (nail) ในโพรงกระดูกหรือวางแผ่นโลหะ (plate) ที่กระดูกแล้วยึดด้วยตะปูเกลียว (screw) ซึ่งโลหะเหล่านี้จะไม่เป็นสนิมและไม่เป็นสิ่งแปลกปลอมของร่างกาย ฉะนั้นในระหว่างการทำผ่าตัดผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบ ผู้ป่วยจะไม่ได้ยินเสียงอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด เช่นเสียงสว่านที่ใช้เจาะกระดูก เสียงค้อนที่ใช้ตอกโลหะให้เข้าในโพรงกระดูก หรือเสียงเลื่อยที่ใช้จัดตกแต่งกระดูกให้เข้ารูป ซึ่งเสียงเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยกลัวและมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ เมื่อแพทย์ใส่โลหะยึดกระดูกเรียบร้อยแล้ว แพทย์จะทำความสะอาดแผลผ่าตัดให้เรียบร้อยก่อน แล้งใส่ท่อระบายเลือดและน้ำเหลืองออกจากแผลอย่างน้อย 1 เส้น เมื่อแผลแห้งไม่มีเลือด หรือน้ำเหลืองซึมออกแล้วแพทย์จะทำการดึงท่อระบายนี้ออกให้ ส่วนใหญ่จะใส่ไว้เป็นเวลา 2-3 วัน หลังผ่าตัดจากนั้นจะเย็บปิดแผล การจะใส่ฝีกต่อหรือไม่ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์แต่ละคน พิจารณาตามความเหมาะสมของการผ่าตัดแต่ละรายๆ ไป ระยะเวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัดประมาณ 2-3 ชั่วโมง

3.2.5 เมื่อได้รับการผ่าตัดเสร็จ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จากพยาบาลในห้องพักฟื้น เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่ออีก ½-1 ชั่วโมงโดยการวัดความดันเลือด ชีพจร การหายใจทุก 15 นาที ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ แต่เพื่อความปลอดภัยแก่ตัวผู้ป่วยเอง ขณะอยู่ในห้องพักฟื้นถ้ามีความไม่สุขสบาย หรือปวดแผลสามารถขอความช่วยเหลือจากพยาบาลได้ตลอดเวลา ในระหว่างนอนพักที่ห้องพักฟื้นผู้วิจัยจะให้ฟังดนตรีที่ผู้ป่วยชอบประมาณ 30 นาที ในระยะแรกหลังผ่าตัดเสร็จใหม่ๆ ผู้ป่วยจะซาหนักและขยับขาไม่ได้ เนื่องจากยาชายังไม่หมดฤทธิ์

ไม่ต้องตกใจกลัวอาการดังกล่าวจะดีขึ้นเรื่อยๆ จนสามารถขยับขา และยกขาได้เองประมาณ 1 ชั่วโมง ภายหลังการได้รับการผ่าตัดเสร็จเมื่อผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นไปหอผู้ป่วยในระยะนี้ต้องนอนราบ 8 ชั่วโมง หนุนหมอนได้ ถ้ากระหายน้ำและแพทย์อนุญาตให้ดื่มน้ำได้ ผู้ป่วยสามารถขนาน้ำจากพยาบาลดื่มได้ตลอดเวลา ถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

3.2.6 เมื่อผู้ป่วยมาที่หอผู้ป่วยแล้วในตอนเย็น ถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและแพทย์อนุญาต ก็สามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้และผู้ป่วยยังคงได้สารน้ำทางเส้นเลือดดำอยู่อีกเพื่อให้ยาปฏิชีวนะต่างๆอีกระยะเวลาหนึ่ง ในกรณีที่ปวดแผลผ่าตัดสามารถขอยาแก้ปวดจากพยาบาลได้ตลอดเวลา

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ (ขณะอยู่ในห้องรอผ่าตัด)

1. ในวันผ่าตัด ผู้วิจัยรอรับผู้ป่วยที่ห้องรอผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมาถึงให้การต้อนรับและทักทายโดยการเดินเข้าไปหา มองดูใบหน้า สบตา และยิ้มให้ผู้ป่วยพร้อมกับเรียกชื่อผู้ป่วยด้วยเสียงที่นุ่มนวล สอบถามถึงความรู้สึกโดยทั่วไปของผู้ป่วยในคืนก่อนวันผ่าตัด สอบถามถึงความรู้สึกของผู้ป่วยขณะที่รอผ่าตัด โดยใช้คำถามปลายเปิด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมา

“สวัสดีค่ะ คุณ.....”

“เมื่อคืนเป็นอย่างไรบ้างคะ”

“ตอนนี้รู้สึกเป็นอย่างไรบ้างคะ”

“ต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้างคะ”

ผู้วิจัยปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยท่าทีที่แสดงออกถึงความสุภาพ อ่อนโยน เป็นกันเอง เปิดเผยตนเองมีความสนใจ และมีความเห็นใจในตัวผู้ป่วยอย่างแท้จริง ให้เกียรติเรียกชื่อและใช้สรรพนามที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ขณะที่สนทนากับผู้ป่วย ผู้วิจัยพูดช้าๆ ใช้ถ้อยคำที่สั้นๆ ที่เข้าใจง่าย รวมทั้งในน้ำเสียงที่นุ่มนวล บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้วิจัยจะอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาที่ทำการผ่าตัดถ้ามีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือให้บอกผู้วิจัยได้ เพราะผู้วิจัยยินดีช่วยเหลืออย่างเต็มที่ โดยบอกผู้ป่วยว่า

“ในขณะที่ทำผ่าตัด ดิฉันจะอยู่เป็นเพื่อนคุณ”

“ถ้าคุณ....ต้องการอะไร บอกได้เลยไม่ต้องเกรงใจ”

“เมื่อใกล้ผ่าตัดพยาบาลจะให้น้ำเกลือที่แขนของคุณ”

“ตอนฉีดยาชาคุณต้องลุกขึ้นนั่ง ดิฉันและพยาบาลจะช่วยประคองคุณไว้”

2. ผู้วิจัยให้กำลังใจผู้ป่วย โดยการพูดให้กำลังใจในสิ่งที่เป็นจริง ซึ่งไม่ขัดกับแผนการรักษาพยาบาล เช่นบอกว่า

“ผู้วิจัยจะอยู่เป็นเพื่อนคุณตลอดเวลาจนเสร็จการผ่าตัด”

“การผ่าตัดนี้จะทำให้ผู้ป่วยหายและกลับบ้านได้เร็วขึ้น”

“แพทย์และพยาบาลผู้ผ่าตัดเป็นผู้ที่ชำนาญและมีความสามารถ”

3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นโดยการให้ผู้ผู้ป่วยฟังเพลงที่ผู้ป่วยเลือกเพื่อใช้ในการบำบัด ละชี้แจงให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่า การเบี่ยงเบนความสนใจนี้จะทำให้รู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียดและความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังทำให้แผลหายเร็วขึ้น

4. ผู้วิจัยประเมินระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ขณะรอผ่าตัด หลังจากมาถึงห้องรอผ่าตัด 15 นาที

ขั้นตอนที่ 2. ระยะดำเนินการ (ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด)

1. ชี้แจงให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่า ขณะนี้อยู่ในห้องผ่าตัด ซึ่งจะมีสภาพแวดล้อมต่างไปจากในตึกผู้ป่วย ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมแบบนี้เพื่อให้มีความเหมาะสมในการผ่าตัด เช่น “ในห้องผ่าตัดนี้ติดเครื่องปรับอากาศ ซึ่งคุณจะรู้สึกเย็น”

2. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยเปิดเผยร่างกายเฉพาะส่วนที่จำเป็นสำหรับให้ยาทางช่องน้ำไขสันหลัง ช่วยเหลือวิสัญญีแพทย์ในการจัดทำให้ผู้ป่วยสำหรับการแทงเข็มเข้าช่องน้ำไขสันหลังเพื่อให้ยา และช่วยเหลือในการจัดท่าของผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัด

3. ให้ความเป็นกันเองและเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สบาย เช่น รู้สึกชา หรือปวดเมื่อยแขนหรือรู้สึกหนาวให้บอกผู้วิจัยเพื่อให้การช่วยเหลือ

4. อยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลาที่ผ่าตัด ให้ความมั่นใจ ให้กำลังใจกับผู้ป่วย จนกระทั่งเสร็จสิ้นการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2. ระยะดำเนินการ (ขณะที่ห้องพักฟื้น)

1. บอกให้ผู้ผู้ป่วยทราบว่าเมื่อทำผ่าตัดเสร็จแล้วผู้ป่วยจะไปอยู่ที่ห้องพักฟื้นเป็นเวลาประมาณ 1/2 - 1 ชั่วโมงเพื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัด

2. ในขณะที่นอนสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นผู้ป่วยจะได้ฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบ ถ้ามีปัญหาอะไรก็สามารถบอกผู้วิจัยและพยาบาลที่อยู่ห้องพักฟื้นได้

3. เมื่อครบตามเวลาและผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ปลอดภัย ก็สามารถย้ายผู้ป่วยกลับตึกได้

ขั้นตอนที่ 2. ระยะดำเนินการ (ขณะที่อยู่ที่ตึกผู้ป่วย)

1. เมื่อผู้ป่วยย้ายกลับตึกจะได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำตึก ผู้วิจัยประเมินระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ หลังผ่าตัด โดยให้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2. เมื่อผู้ป่วยผ่าตัดครบ 6 ชั่วโมงจะทำการทดสอบความเจ็บปวดหลังผ่าตัดโดยใช้มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลขของ Johnson

3. เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดก็จะทดสอบความเจ็บปวดหลังผ่าตัดโดยใช้มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลขของ Johnson อีกครั้ง

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เบค (Beck, 1991) ศึกษาผลของดนตรีในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 รายฟังดนตรีโดยใช้หูฟังนาน 30 นาที ผลการศึกษาพบว่า ความปวดของผู้ป่วยที่ฟังดนตรีน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คูก (Cook, 1981) ได้ทำการศึกษาผลของดนตรีประเภทที่ฟังแล้วก่อให้เกิดความรู้สึกสงบโดยใช้หูฟัง ในผู้ป่วยมะเร็งขณะได้รับรังสีรักษา โดยจัดให้กลุ่มทดลองได้ฟังดนตรี ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้ฟังดนตรีและได้ยินเสียงการทำงานของเครื่องจักรซึ่งมีความดังมากกว่า 100 เดซิเบล ตลอดระยะเวลาที่ทำการทดลอง 10 วันเมื่อสำรวจสภาวะทางอารมณ์ ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนที่แสดงออกถึงความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ยิ่งกว่านั้นผู้ป่วยหลายรายกล่าวว่าดนตรีทำให้ช่วงเวลาของการรักษาผ่านไปอย่างรวดเร็ว สำหรับการให้หูฟังนั้นทำให้ลดระดับของเสียงจากสภาพแวดล้อมทำให้รู้สึกผ่อนคลาย รวมทั้งชวนให้รู้สึกว่าการรักษานั้นมีความรื่นรมย์ คูกได้กล่าวยืนยันว่า ดนตรีเป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุดในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่มากหรือน้อยเกินไป หรือแม้แต่การได้รับสิ่งกระตุ้นที่ไม่มีความหมายซึ่งการฟังดนตรีด้วยหูฟังจะสามารถต่อต้านสิ่งที่เป็นปฏิกิริยาต่อความรู้สึกในสิ่งแวดล้อมนั้นๆได้

อูราวดี เจริญไชย (2543) และคณะ ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจโดยทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ใช้กรอบแนวคิดของ Leventhal และ Johnsins ศึกษาผู้ป่วยโรคเปลี่ยนหัวใจพิการโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 30 ราย สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 รายโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม ข้อมูลเตรียมความพร้อมมี 3 ชนิด คือข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ นำมาจัดทำเป็นเทปโทรทัศน์ แบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ครั้ง โดยให้ข้อมูลในตอนเย็นติดต่อกัน 2 วัน พบว่า

1. ผู้ที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ผู้ที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิภาภัทร ช่างขาว (2544) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยมีผู้ป่วยระยะวิกฤติที่จะได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจจำนวน 32 รายเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการฝึก

เทคนิคการผ่อนคลายโดยการบริหารการหายใจในกลุ่มทดลองจำนวน 16 ราย ผลการวัดความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดวงดาว ดุลยธรรม (2544) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา โดยทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขาหักแผนกผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายและหญิง จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย โดยกลุ่มทดลองจัดให้ได้รับการใช้ดนตรีบำบัดโดยให้กลุ่มทดลองเลือกฟังดนตรีประกอบคำร้องตามความชอบ(ชนิดของเพลงที่จัดให้เลือกประกอบด้วย เพลงไทยสากล เพลงลูกทุ่ง เพลงลูกกรุง) มีการควบคุมการฟังด้วยตนเอง สามารถเพิ่มลดความดังและไม่จำกัดจำนวนครั้งในการฟังโดยแต่ละครั้งต้องฟังนาน 30 นาที แบ่งระยะที่ใช้ในการทำการศึกษากันเป็น 3 ระยะ คือในระยะก่อนผ่าตัด 1 วัน ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก และหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง โดยประเมินระดับความปวด สัญญาณชีพพร้อมบันทึกปริมาณ และจำนวนครั้งการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วย ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีบำบัด แต่ทำการประเมินระดับความปวด สัญญาณชีพพร้อมบันทึกปริมาณและจำนวนครั้งการใช้ยาระงับปวด ตลอดทั้ง 3 ระยะเช่นกัน จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์พบว่า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่า ผู้ที่ไม่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรี ทั้งในระยะ 24 ชั่วโมงแรก และช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

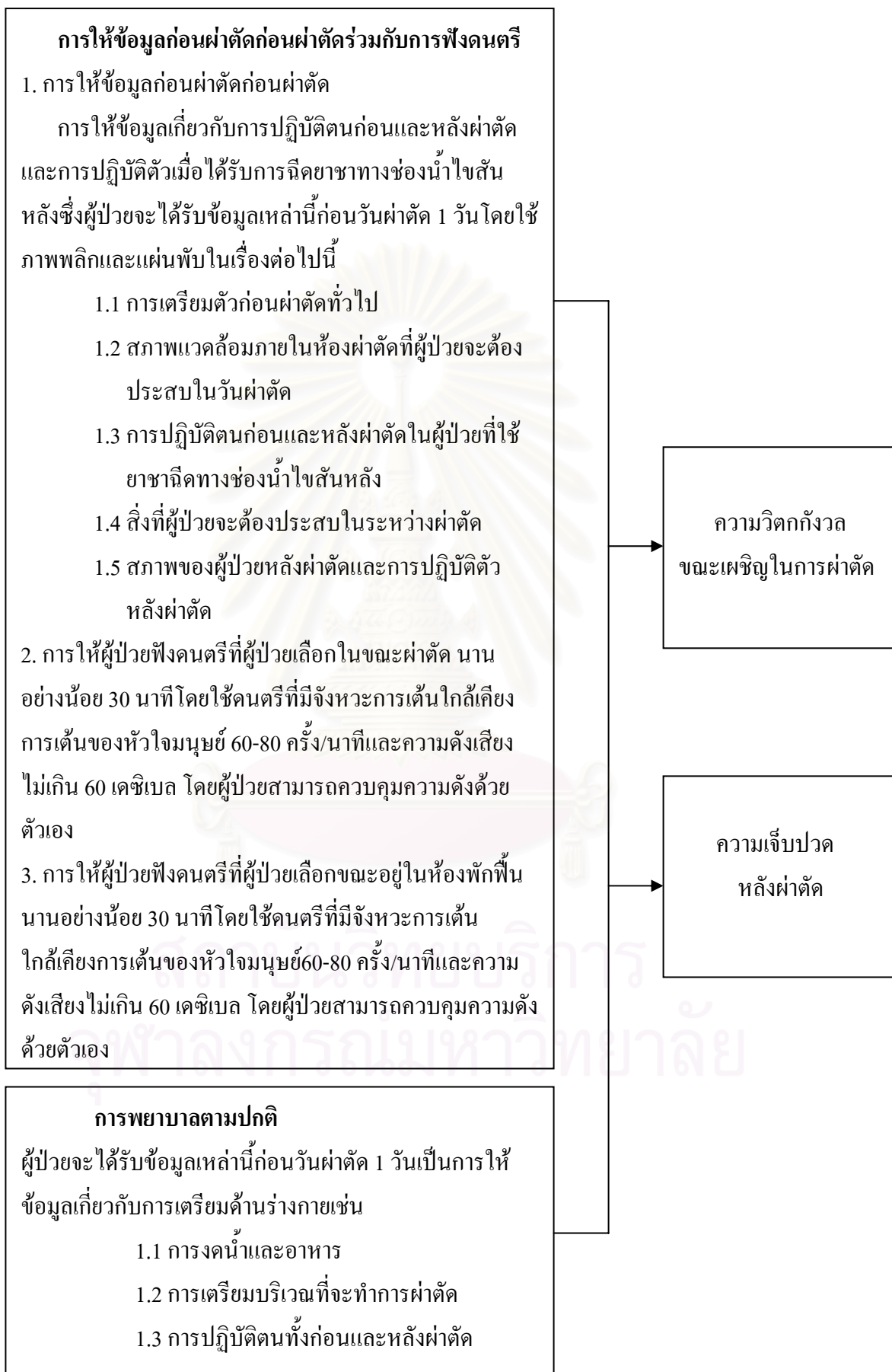
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรี โดยควบคุมการฟังดนตรีด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยของอัตราการชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตต่ำกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีทั้งในระยะ 24 ชั่วโมงแรกและ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ขวัญหทัย ยิ้มละมัย (2547) ผลของดนตรีบำบัด และการใช้เทคนิคการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความรู้สึกรับปวดภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก โรงพยาบาลพิจิตร เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง คัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 18 รายแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 ราย มีกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีและกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เครื่องมือที่ใช้วัดประกอบด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดตัวเลขและแถบสีดนตรีประเภทผ่อนคลายเสียงธรรมชาติ โปรแกรมการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและสัญญาณชีพพบว่า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีมีรับความรู้สึกปวดแผลผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของจำนวนครั้งการใช้ยาระงับปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
 3. ผู้ป่วยที่จัดให้ฟังดนตรีมีระดับอัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
 4. ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกคลายกล้ามเนื้อมีระดับความรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
 5. ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกคลายกล้ามเนื้อและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของจำนวนครั้งการใช้ยาระงับปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
- นอกจากนี้
6. ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกคลายกล้ามเนื้อมีระดับอัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
 7. ผู้ป่วยที่ได้รับการฟังดนตรีมีระดับความรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
 8. ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกคลายกล้ามเนื้อและผู้ป่วยที่จัดให้ฟังดนตรีไม่มีความแตกต่างของจำนวนครั้งการใช้ยาระงับปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
 9. ผู้ป่วยที่จัดให้ฟังดนตรีมีระดับอัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและวัดหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) โดยมีแบบแผนการทดลองดังนี้

	ก่อนผ่าตัด		ขณะรอผ่าตัด		หลังผ่าตัด		
					6ชม.	24ชม.	48ชม.
กลุ่มทดลอง	O ₁	x ₁	O ₂	x ₂	O ₃ O ₄	O ₅	O ₆
กลุ่มควบคุม	O ₁		O ₂		O ₃ O ₄	O ₅	O ₆

x ₁	หมายถึง	การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด
x ₂	หมายถึง	การฟังดนตรีขณะผ่าตัดและการฟังดนตรีในห้องพักฟื้น
O ₁	หมายถึง	ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด
O ₂	หมายถึง	ความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด
O ₃	หมายถึง	ความวิตกกังวลหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง
O ₄	หมายถึง	ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง
O ₅	หมายถึง	ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง
O ₆	หมายถึง	ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่กระดูกขาหักและแพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด โดยที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังเข้ารับรักษาในตึกผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย ศัลยกรรมกระดูกหญิง ตึกทำไม้ ตึกประจักษ์ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1. อายุ 20-59 ปี
2. รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารด้วยวิธีการอ่านเขียน และฟังภาษาไทยได้
3. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 วันก่อนผ่าตัด
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังผ่าตัดเช่นหลังผ่าตัดผู้ป่วยเสียชีวิตตามากจนอยู่ใน
5. ภาวะช็อก
6. ชอบฟังเพลงและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติก่อน 20 ราย จากนั้นจึงหาผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีจำนวน 20 ราย โดยจับคู่ (Matched pair) ให้มีความใกล้เคียงในเรื่องต่อไปนี้

1. เพศ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละคู่เป็นเพศเดียวกัน
2. อายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละคู่แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี
3. บริเวณที่ทำผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละคู่เป็นบริเวณเดียวกัน

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการวิจัย

1. ผู้ป่วยมีกระดูกขาหักมากกว่า 1 แห่งในขาข้างเดียวกัน
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำ
3. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางน้ำไขสันหลังมาก่อน
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการวินิจฉัยของแพทย์หรือมีความผิดปกติของสัญญาณชีพ ซึ่ง ประกอบด้วย อัตราการเต้นของหัวใจ น้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ต่ำกว่า 90% ภายหลังการคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะตามปัจจัย เพศ อายุ และบริเวณที่ทำการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะของปัจจัย เพศ อายุ และบริเวณที่ทำการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	เพศ		อายุ		บริเวณที่ทำการผ่าตัด	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	ชาย	ชาย	24	24	Femur	Femur
2	หญิง	หญิง	57	55	Femur	Femur
3	หญิง	หญิง	44	44	Tibia	Tibia
4	ชาย	ชาย	20	20	Tibia	Tibia
5	ชาย	ชาย	20	20	Femur	Femur
6	หญิง	หญิง	20	20	Femur	Femur
7	ชาย	ชาย	32	33	Femur	Femur
8	หญิง	หญิง	34	37	Tibia	Tibia
9	ชาย	ชาย	44	47	Femur	Femur
10	ชาย	ชาย	24	25	Tibia	Tibia
11	ชาย	ชาย	34	31	Tibia	Tibia
12	หญิง	หญิง	52	53	Tibia	Tibia
13	ชาย	ชาย	37	37	Femur	Femur
14	ชาย	ชาย	42	37	Tibia	Tibia
15	ชาย	ชาย	23	20	Femur	Femur
16	หญิง	หญิง	45	45	Femur	Femur
17	หญิง	หญิง	37	38	Femur	Femur
18	หญิง	หญิง	52	54	Femur	Femur
19	ชาย	ชาย	30	30	Femur	Femur
20	หญิง	หญิง	46	45	Femur	Femur

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปจำแนกตาม เพศ อายุ การวินิจฉัย สาเหตุที่ทำให้กระดูกหัก ประสบการณ์ในการผ่าตัด ประสบการณ์ในการใช้ยาเสพติด อาชีพ รายได้ และความชื่นชอบเกี่ยวกับดนตรีของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	11	27.50	11	27.50	22	55.00
หญิง	9	22.50	9	22.50	18	45.00
ช่วงอายุ						
20-29 ปี	6	15.00	6	15.00	12	30.00
30-39 ปี	6	15.00	7	17.50	13	32.50
40-49 ปี	5	12.50	4	10.00	9	22.50
50-59 ปี	3	7.50	3	7.50	6	15.00
การวินิจฉัย						
กระดูกFemur หัก	15	37.50	15	37.50	30	75.00
กระดูกTibia หัก	5	12.50	5	12.50	10	25.00
สาเหตุที่ทำให้กระดูกหัก						
อุบัติเหตุจราจร	14	35.00	14	35.00	28	70.00
หกล้ม	3	7.50	3	7.50	6	15.00
อื่นๆ	3	7.50	3	7.50	6	15.00
ประสบการณ์ในการผ่าตัด						
เคยได้รับการผ่าตัด	7	17.50	12	30.00	19	47.50
ไม่เคยได้รับการผ่าตัด	13	32.50	8	20.00	21	52.50
ประสบการณ์ในการใช้ยาเสพติด						
เคยได้รับยาเสพติด	3	7.50	5	12.50	8	20.00
ไม่เคยได้รับยาเสพติด	17	42.50	15	37.50	32	80.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
งานบ้าน	2	5.00	2	5.00	4	10.00
รับจ้าง	8	20.00	11	27.50	19	47.50
ค้าขาย	1	2.50	1	2.50	2	5.00
ทำนา/ทำไร่	5	12.50	5	12.50	10	25.00
รับราชการ	1	2.50	0	0.00	1	2.50
อื่นๆ	3	7.50	1	2.50	4	10.00
รายได้						
ต่ำกว่า 4,000 บาท	3	7.50	7	17.50	10	25.00
4,001-6,000 บาท	9	22.50	8	20.00	17	42.50
6,001-8,000 บาท	3	7.50	4	10.00	7	17.50
มากกว่า 8,000 บาท	5	12.50	1	2.50	6	15.00

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความชื่นชอบดนตรีจำแนกตามชนิดของดนตรีที่ชอบ ลักษณะของดนตรี เวลาที่ฟังเพลง ความถี่ในการฟังเพลง ความสำคัญของเพลง เพลงที่ผู้ปวยอยากฟังในขณะที่ทำผ่าตัด เพลงที่ผู้ปวยอยากฟังในหลังที่ทำผ่าตัด

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(N=20)		กลุ่มควบคุม(N=20)		รวม(N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของดนตรีที่ชอบ						
เพลงพื้นบ้าน	0	0.00	0	0.00	0	0.00
เพลงไทยสากล	3	7.50	5	12.50	8	20.00
เพลงไทยลูกทุ่ง	13	32.50	13	32.50	26	65.00
เพลงสากล	3	7.50	1	2.50	4	10.00
ดนตรีบรรเลง	1	2.50	1	2.50	2	5.00
ลักษณะของดนตรี						
เพลงมีเนื้อร้อง	14	70.00	8	40.00	22	55.00
ชอบทั้งแบบดนตรีบรรเลงและมีเนื้อร้อง	6	30.00	12	60.00	18	45.00
ความถี่ของการฟังเพลง						
ไม่ค่อยมีโอกาสดัง	0	0	1	2.50	1	2.50
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	4	10.00	3	7.50	7	17.50
ฟัง 1-3 ชั่วโมง	9	22.50	13	32.50	22	56.00
ฟัง 4-6 ชั่วโมง	6	15.00	2	5.00	8	20.00
ฟัง 7-9 ชั่วโมง	0	0.00	1	2.50	1	2.50
มากกว่า 10 ชั่วโมง	1	2.50	0	0.00	1	2.50
ความสำคัญของเพลง						
ไม่สำคัญ	1	2.5	3	7.5	4	10
สำคัญน้อย	0	0	1	2.5	1	2.5
สำคัญปานกลาง	13	32.5	11	27.5	24	60
สำคัญมาก	6	15.0	5	12.5	11	27.5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(N=20)		กลุ่มควบคุม(N=20)		รวม(N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพลงที่ผู้ป่วยอยากฟังขณะทำ						
ผ่าตัด						
เพลงพื้นบ้าน	0	0	2	5.0	2	5
เพลงไทยสากล	2	5.0	6	15.0	8	20
เพลงไทยลูกทุ่ง	14	35.0	12	30.0	26	65
เพลงสากล	2	5.0	0	0	2	5
ดนตรีบรรเลง	2	5.0	0	0	2	5
เพลงที่ผู้ป่วยอยากฟังหลังทำ						
ผ่าตัด						
เพลงไทยสากล	4	10.0	5	12.5	9	22.5
เพลงไทยลูกทุ่ง	13	32.5	13	32.5	26	65
เพลงสากล	2	5.0	1	2.5	3	7.5
ดนตรีบรรเลง	1	2.5	1	2.5	2	5

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

1. กิจกรรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด โดยใช้แนวคิดของLeventhal และ Johnson (1983) เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจก่อให้เกิดการเรียนรู้ลดความวิตกกังวลในตัวผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูกขา โดยการนิยดาษาเข้าทางช่องน้ำไขสันหลัง

1.2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูล และดนตรีบำบัด เพื่อลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกขาหักทั้ง ในและต่างประเทศ

1.3 สร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดโดยใช้แนวคิดของLeventhal และ Johnson (1983) พร้อมกับปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อกำหนดโครงสร้าง วัตถุประสงค์ เนื้อหาสาระสำคัญ กลุ่มเป้าหมาย วิธีดำเนินการ การประเมินผล สื่อประกอบการใช้โปรแกรม ซึ่งเป็นโปรแกรมการให้ ข้อมูลก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย

1.3.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและไว้วางใจ สามารถ วินิจฉัยความต้องการของผู้ป่วยในการต้องการข้อมูลในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้

1.3.2 การให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ตรงกับความต้องการอย่างแท้จริง สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ลดความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดได้

1.3.3 ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้

1.4 สร้างเอกสารและสื่อประกอบการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ได้แก่ แผนการสอน แผ่นภาพประกอบคำบรรยาย และแผ่นพับ ขั้นตอนการสร้างมีดังนี้

1.4.1 ผู้วิจัยทำการสรุปเนื้อหาสาระหลักที่สำคัญในเรื่องกระดูกขาหัก การรักษา สิ่งที่จะต้องรู้และประสบในการทำผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การใช้ยาระงับความรู้สึก

1.4.2 สร้างโครงสร้างเนื้อหาในแผนการสอน และแผ่นพับการปฏิบัติตนสำหรับ ผู้ป่วยที่จะมารับการผ่าตัดกระดูกขาหัก

1.4.3 ถ่ายภาพที่มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่สรุปไว้ ขยายภาพแล้วนำไปเคลือบ พลาสติกเพื่อใช้สอนให้ความรู้และบรรจุในแผ่นพับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดผู้ป่วยที่ใช้ยาระงับ ความรู้สึกด้วยการฉีดยาทางช่องน้ำไขสันหลัง,แผ่นพับข้อมูลก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหัก และแผ่นพับการฉีดยาทางช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่เข้ารับการผ่าตัด

1.4.4 จัดพิมพ์แผ่นพับทั้ง 3 แบบแจกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกขาหักโดยการ ฉีดยาทางช่องน้ำไขสันหลัง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดพร้อมทั้งเนื้อหาคำบรรยาย ไปหาความตรงของเนื้อหา ด้วยการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและ ความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ผู้มีผลงานทางวิชาการและมีความเชี่ยวชาญในเรื่องการรักษาผู้ป่วยศัลยกรรม กระดูก 1 คน อาจารย์แพทย์วิสัญญีผู้มีผลงานทางวิชาการและมีความเชี่ยวชาญในเรื่องการให้ยาทาง ช่องน้ำไขสันหลัง 1 คนอาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานทางวิชาการและมีความเชี่ยวชาญในเรื่องความวิตก

กังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยผ่าตัด 3 คน โดยผู้วิจัยนำภาพถ่ายที่จัดทำเป็นภาพพลิกพร้อมเนื้อหาคำบรรยายเกี่ยวกับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด แผนการสอน และแผ่นพับเกี่ยวกับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหัก, แผ่นพับการฉีดยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง และแผ่นพับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง ตัวอย่างเช่น แผ่นพับการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และมีการแก้ไขดังนี้

ในภาพที่ 2 มีข้อความฝึกการบริหารการหายใจ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ลงความเห็นว่าการตัดออก เพราะไม่ใช่การผ่าตัดที่ใช้ยาสลบ ผู้วิจัยแก้ไขโดยตัดข้อความนั้นทิ้งและเน้นเรื่องการปฏิบัติตัวหลังฉีดยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง

ในภาพที่ 4 ข้อความที่ว่าให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดจนกว่าจะรู้สึกตัวดีจึงจะส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยให้เปลี่ยนเป็นเมื่ออาการชาที่ขาหายไปหรือสามารถยับยขาได้จึงจะส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย สำหรับแผ่นพับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยกระดูกหัก มีการแก้ไขดังนี้

ภาพที่ 2 ควรมีรูปหรือเพิ่มรูปภาพถ่ายรังสีเห็นกระดูกที่หักจากเดิมเป็นภาพผู้ป่วยเข้าเฝือก

ภาพที่ 3 ได้ภาพบรรยายสภาพห้องผ่าตัดว่าหนาวเย็น ผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็นว่าจะไม่ควรบรรยายบรรยากาศเชิงลบน่ากลัวว่าหนาวเย็นให้เปลี่ยนเป็นเย็นสบาย

ภาพที่ 5 ผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็นว่าได้ภาพบรรยายว่าเป็นการฟังดนตรีที่ผู้ป่วยชอบในระหว่างผ่าตัดแต่ภาพเป็นผู้ป่วยที่ฟังเพลงที่ตึกผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเปลี่ยนภาพใหม่เป็นภาพผู้ป่วยที่ฟังเพลงขณะผ่าตัดในห้องผ่าตัด

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือถือเกณฑ์ความคิดเห็นสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะหลังจากนั้นนำเครื่องมือที่แก้ไขแล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้

2. การฟังดนตรีในขณะที่ผ่าตัดและขณะพักฟื้น โดยใช้แนวคิดของ Lane (1992) เพื่อให้เกิดความสงบ ผ่อนคลายและสามารถเบี่ยงเบนความสนใจ ลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวด โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

2.1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูกขาโดยการฉีดยาชาเข้าทางช่องน้ำไขสันหลังพบว่าผู้ป่วยบางรายกระสับกระส่ายมาก บางรายมีอาการกลัวจะถามตลอดเวลาว่าตอนนี้แพทย์ทำอะไร ใกล้เสร็จแล้วหรือยัง สายดาวอกแวกไปมา สีหน้าแสดงถึงความกระวนกระวายใจ มีความไม่สุขสบายปรากฏให้เห็นได้

2.2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับดนตรีบำบัด เพื่อลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกขาหักทั้งในและต่างประเทศ

2.3 จัดทำแผ่น CD เพลงจำนวน 5 แผ่น โดยใช้เพลงเป็น 5 แบบ ตามที่ผู้ป่วยเลือกไว้ พร้อมเครื่องเล่น CD ชนิดปรับความดังของเสียงได้พร้อมแบตเตอรี่และหูฟังเพื่อป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอก เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิในการฟังมากขึ้น

2.4 ลักษณะของดนตรีที่เลือกใช้จัดอยู่ในประเภทผ่อนคลาย (Relaxation music) จากเพลงไทยและเพลงสากลซึ่งประกอบด้วยเพลงบรรเลงและเพลงขับร้องจำนวน 5 แผ่นโดยจัดให้ฟังเป็นรายบุคคลและฟังเพลงตามที่คุณป่วยเลือกไว้ได้แก่

แผ่นที่ 1 เป็นเพลงพื้นเมืองภาคใต้

แผ่นที่ 2 เป็นดนตรีบรรเลงประเภทผ่อนคลายร่วมกับดนตรีที่เลียนเสียงธรรมชาติ มีความเรียบง่าย ฟังสบายๆอาจมีสรรพเสียงจากธรรมชาติ

แผ่นที่ 3 เป็นเพลงไทยสากล

แผ่นที่ 4 เป็นเพลงไทยลูกทุ่ง

แผ่นที่ 5 เป็นเพลงสากล โดยแต่ละเพลงมีระดับเสียงต่างกันไม่มากโดยมีจังหวะอยู่ในช่วง 60-80 ครั้งต่อนาทีและระดับเสียงสูงปานกลางความดังไม่เกิน 60 เดซิเบล มีความยาวประมาณ 60 นาทีต่อแผ่น ในการฟังแต่ละครั้งไม่น้อยกว่า 30 นาที

CD เพลงที่เลือกและบันทึกใหม่จำนวน 5 แผ่น นำไปตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมทางดนตรีโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญทางด้านดนตรีและเป็นอาจารย์สอนดนตรีที่มีความชำนาญเกี่ยวกับดนตรีบำบัด 1 ท่าน และได้ข้อคิดดังนี้

CD แผ่นที่ 2 เพลงลูกทุ่ง ทำนองเพลงผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่าควรหลีกเลี่ยงเนื้อเพลงที่ผิดหวังอกหัก ควรเพิ่มเพลงนักร้องของภาคใต้หรือเพลงสำนวนใต้เช่น เอกชัย ดวงจันทร์ ฯลฯ เพราะการวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคนใต้

CD แผ่นที่ 3 เพลงลูกกรุง ทำนองเพลงควรปรับเปลี่ยนเพราะเนื้อหาอาจทำให้ผู้ป่วยอยู่ในอารมณ์ผิดหวังเจ็บปวดกว่าเดิม

CD แผ่นที่ 5 เพลงพื้นเมืองภาคใต้ ระดับเสียง เสียงของปี Picth สูงมากไม่ควรให้ฟังติดๆกันเพราะเสียงสูงทำให้รู้สึกเจ็บปวด

2.5 การจัดสภาพผู้ป่วยในการฟังเพลง ในห้องผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยนอนฟังเพลงบนเตียงผ่าตัด ตามท่าที่ผู้ป่วยใช้ในการผ่าตัด เช่น ที่นอนหงาย หรือนอนตะแคง ส่วนในห้องพักฟื้นนอนหงายปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งรวบรวมจากการสัมภาษณ์ และรายงานประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด แพทย์ผู้ทำผ่าตัด ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด ประสบการณ์การได้รับยาเสพติด วันที่ทำผ่าตัด เวลาที่ใช้ในการทำผ่าตัด

2.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ STAI ของสปินเบอร์เกอร์และคนอื่น ๆ ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวล (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970: 1 – 3) คือ

แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ ประกอบด้วยคำถามที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 10 ข้อและข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับความรู้สึกเป็น 4 ระดับดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึง	ไม่ตรงกับความรู้สึกขณะนั้นของผู้ตอบ
มีบ้าง	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกขณะนั้นของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนั้นค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนั้นมากที่สุด

ประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะความรู้สึกทางด้านวิตกกังวลและไม่วิตกกังวลอย่างละ 10 ข้อ

เป็นความรู้สึกทางลบ ได้แก่ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และข้อ 18

เป็นความรู้สึกทางบวก ได้แก่ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และข้อ 20

แบบประเมินความวิตกกังวลแฝงประกอบด้วยข้อรายการแสดงถึงความรู้สึกวิตกกังวล โดยทั่วไปมี 2 ส่วนคือ ส่วนซ้ายมือเป็นข้อความแสดงความรู้สึก ส่วนขวามือเป็นระดับความรู้สึกที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่ามี 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

เป็นความรู้สึกทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 6, 7, 10, 13, 16 และ 19

เป็นความรู้สึกทางลบ 13 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18 และ 20

การให้คะแนนขึ้นกับข้อความดังนี้

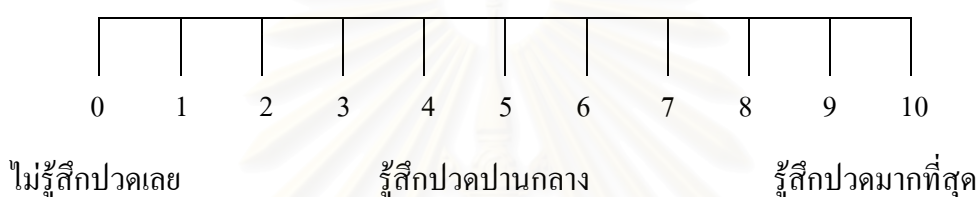
	ข้อความที่แสดงความรู้สึกวิตกกังวล	ข้อความที่แสดงความรู้สึกไม่วิตกกังวล
ไม่มีเลย	กำหนดให้คะแนนเป็น 1	กำหนดให้คะแนนเป็น 4
มีบ้าง	กำหนดให้คะแนนเป็น 2	กำหนดให้คะแนนเป็น 3
ค่อนข้างมาก	กำหนดให้คะแนนเป็น 3	กำหนดให้คะแนนเป็น 2
มากที่สุด	กำหนดให้คะแนนเป็น 4	กำหนดให้คะแนนเป็น 1

คะแนนรวมทั้งหมดยกค่าสูงสุด 80 คะแนน ค่าต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนความวิตกกังวลเป็นคะแนนรวมจากแบบวัดที่มีคะแนนสูงสุด 73 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 22 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลต่ำ

การหาความเที่ยง (Reliability) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ Spielberger และคณะได้หาความเที่ยงไว้ ก่อนนำไปใช้ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การสัมภาษณ์ความวิตกกังวลขณะเผชิญแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลแฝง ไป

ทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 ราย โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์หา Alpha Cronbach Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ .87

2.3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวดของ Johnson (อ้างใน Jacob, 1977) เป็นมาตรวัดความปวดชนิดเป็นตัวเลขวัดความรู้สึกเจ็บปวดว่ามีมากน้อยเพียงใดก็ได้ที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยกากบาทลงบนเส้นที่มีความยาว 10 เซนติเมตร แทนความต่อเนื่องของคะแนนความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยที่คะแนน 0 หมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 อาการปวดรุนแรงมากที่สุด โดยใช้วัดความเจ็บปวดในระยะ 6 ชั่วโมง , 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด



การแปลความหมายของคะแนนที่ได้จะมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอาการปวด ดังที่ได้กำหนดไว้โดย Midigan Army Medical Center (ขวัญหทัย ยิ้มละมัย, 2547) ซึ่งแบ่งคะแนนออกเป็นสามช่วงคือ

คะแนน	1-3	หมายถึง	ปวดน้อย (Mild pain)
คะแนน	4-7	หมายถึง	ปวดปานกลาง (Moderate pain)
คะแนน	8-10	หมายถึง	ปวดรุนแรงมาก (Severe pain)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. นำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อพร้อมตัวอย่างเครื่องมือ ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุมัติการทำวิจัย

3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ทำการติดต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัด และหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย ศัลยกรรมกระดูกหญิง ตึกท่าไม้ ตึกประจักษ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอน

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

สำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกชาย ศัลยกรรมกระดูกหญิง ตึกท่าไม้ ตึกประจักษ์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามสมบัติที่กำหนดไว้

กลุ่มทดลอง

1. แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์
2. เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะดำเนินการอธิบายถึงการตอบแบบสัมภาษณ์ แล้วทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปพร้อมทั้งสัมภาษณ์ความวิตกกังวลแฝงของผู้ป่วยและอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการวิจัยวิธีการใช้แบบประเมินระดับความปวดด้วยตัวเองหลังผ่าตัด
3. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดเป็นรายบุคคล โดยผู้ทำวิจัยในตอนบ่าย เวลาประมาณ 14.00-16.00 ก่อนวันผ่าตัด1วันใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ดั่งมีหัวข้อต่อไปนี้การเตรียมร่างกายและจิตใจเพื่อเข้ารับการผ่าตัด สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น ขั้นตอนการผ่าตัดพอสังเขปตลอดจนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดโดยใช้ภาพพลิกและแผ่นพับประกอบคำบรรยาย ได้รับการอธิบายถึงการนำดนตรีเข้ามาใช้เป็นกิจกรรมเสริมในการพยาบาลขณะผ่าตัดและในขณะที่อยู่ในห้องพักฟื้น โดยให้ผู้ป่วยเลือกดนตรีที่ตนเองชอบและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงระยะเวลาที่ฟังว่าถ้าจะฟังเพื่อลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดควรฟังอย่างน้อย30นาที
4. ในวันผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดขณะรอหน้าห้องผ่าตัด ประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ
5. เมื่อแพทย์เริ่มทำการผ่าตัดให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการฟังดนตรีที่ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกนาน 30 นาที พร้อมทั้งได้รับการพยาบาลตามปกติ
6. เมื่ออยู่ที่ห้องพักฟื้นผู้ป่วยจะได้ฟังดนตรีที่ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกเองซึ่งเป็นเพลงเดียวกับเพลงที่ฟังในขณะที่ผ่าตัดอีกครั้งนาน 30 นาทีก่อนส่งกลับตึก

7. รับย้ายจากห้องพักฟื้นเข้าสู่หอผู้ป่วย หลังผ่าตัดนาน 6 ชั่วโมง ประเมินความวิตกกังวลหลังผ่าตัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลขณะเผชิญว่าตนเองมีความรู้สึกอย่างไรและประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข

8. เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วย ประเมินระดับความปวดด้วยตนเองโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลขเพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดในระยะ 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด

กลุ่มควบคุม

1. แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

2. เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะดำเนินการอธิบายถึงการตอบแบบสัมภาษณ์ แล้วทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปพร้อมทั้งสัมภาษณ์ความวิตกกังวลแฝงของผู้ป่วยและอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการวิจัยวิธีการใช้แบบประเมินระดับความปวดด้วยตัวเองหลังผ่าตัด

3. ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลในเรื่องการงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัดและการเตรียมบริเวณที่จะทำผ่าตัดในตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด 1 วัน

4. ในวันผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดขณะรอหน้าห้องผ่าตัดให้ผู้ป่วยประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ

5. ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติในขณะที่ผ่าตัดและขณะพักฟื้นที่ห้องพักฟื้นนาน 30 นาที ก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

6. รับย้ายจากห้องพักฟื้นเข้าสู่หอผู้ป่วย หลังผ่าตัดนาน 6 ชั่วโมง ประเมินความวิตกกังวลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลขณะเผชิญและประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข

7. เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดจะให้ผู้ป่วย ประเมินระดับความปวดด้วยตนเองโดยใช้มาตรวัดด้วยตัวเลข

โดยแสดงขั้นตอนการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีและการเก็บข้อมูลในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงขั้นตอนการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีและการเก็บข้อมูล

ขั้นที่	กลุ่มทดลอง	เวลา ที่ใช้	กลุ่มควบคุม	เวลา ที่ใช้
ก่อนผ่าตัด 1 วัน	สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ พร้อม สอบถามความยินยอม บันทึกข้อมูลทั่วไป ประเมินความวิตกกังวล แฝงโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดโดย ใช้ภาพพลิกพร้อมแจก แผ่นพับ	45 นาที	สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ พร้อม สอบถามความยินยอม บันทึกข้อมูลทั่วไป ประเมินความวิตกกังวล แฝงโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดโดย พยาบาลทั่วไป	30 นาที
วันผ่าตัดขณะ รอหน้าห้อง ผ่าตัด	ประเมินความวิตกกังวล ขณะเผชิญโดยใช้แบบ สัมภาษณ์	5 นาที	ประเมินความวิตกกังวล ขณะเผชิญโดยใช้แบบ สัมภาษณ์	5 นาที
ขณะทำผ่าตัด	ได้รับการพยาบาล ตามปกติและฟังดนตรี	30 นาที	ได้รับการพยาบาล ตามปกติ	30 นาที
ในห้องพักฟื้น	ได้รับการพยาบาล ตามปกติและฟังดนตรี	30 นาที	ได้รับการพยาบาล ตามปกติ	30 นาที
ที่ติดผู้ป่วย ครบ 6 ชั่วโมง หลังผ่าตัด	ประเมินความวิตกกังวล ขณะเผชิญโดยใช้แบบ สัมภาษณ์ ประเมินระดับความปวด โดยใช้มาตรวัดแบบ ตัวเลข	15 นาที	ประเมินความวิตกกังวล ขณะเผชิญโดยใช้แบบ สัมภาษณ์ ประเมินระดับความปวด โดยใช้มาตรวัดแบบ ตัวเลข	15 นาที
24 ชั่วโมงหลัง ผ่าตัด	ประเมินระดับความปวด โดยใช้มาตรวัดแบบ ตัวเลข	10 นาที	ประเมินระดับความปวด โดยใช้มาตรวัดแบบ ตัวเลข	10 นาที
48 ชั่วโมงหลัง ผ่าตัด	ประเมินระดับความปวด โดยใช้มาตรวัดแบบ ตัวเลข	10 นาที	ประเมินระดับความปวด โดยใช้มาตรวัดแบบ ตัวเลข	10 นาที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การเข้าร่วมเป็นประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยใน โครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย อาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องได้รับโทษหรือสูญเสียประโยชน์ซึ่งพึงได้รับและการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ผู้วิจัยจะหยุดการเก็บรวบรวมข้อมูลทันทีเมื่อเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะนำมาสู่อันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical for the Social Science for Windows) ดังรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด ชนิดของการรักษาที่ได้รับ ประสิทธิภาพการได้รับการผ่าตัด ประสิทธิภาพการได้รับยาเสพติด ตลอดจนข้อมูลความชื่นชอบเกี่ยวกับดนตรีของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและทดสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test statistic)
3. การเปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและทดสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test statistic)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลขณะผ่าตัดและความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในการผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
จำแนกตามระยะเวลาของกระบวนการได้รับการผ่าตัด

ระยะเวลา	คะแนนกลุ่มทดลอง(N=20)						คะแนนกลุ่มควบคุม(N=20)					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	(20-39)		(40-59)		(60-80)		(20-39)		(40-59)		(60-80)	
	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ	จำ นวน	ร้อย ละ
ขณะรอผ่าตัดที่ ตึกผู้ป่วย	0	0.0	16	80.0	4	20.0	0	0.0	15	75.0	5	25.0
ขณะรอผ่าตัดหน้า ห้องผ่าตัด	3	15.0	14	70.0	3	15.0	2	10.0	13	65.0	5	25.0
ขณะหลังผ่าตัดที่ ตึกผู้ป่วย	1	5.0	10	50.0	9	45.0	1	5.0	12	60.0	7	35.0

จากตารางที่ 5 พบว่าขณะผู้ป่วยรอผ่าตัดที่ตึกผู้ป่วย จะมีความวิตกกังวลระดับปานกลางทั้ง
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนร้อยละ 75.0 และร้อยละ 80.0 ตามลำดับแต่ในขณะรอผ่าตัด
ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองที่อยู่ระดับสูงจะมีจำนวนลดลง 1 คน ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวนความ
วิตกกังวลปานกลางจะลดลง 2 คน ไปอยู่ในระดับต่ำส่วนความวิตกกังวลภายหลังการผ่าตัดกลุ่ม
ทดลองมีระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นเป็น 9 คนเพิ่มจากเดิม 6 คนส่วนกลุ่มควบคุมเป็น 7 คนเพิ่มจาก
เดิมเป็น 2 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาชนิดทางช่องน้ำไขสันหลัง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง(N=20)		กลุ่มควบคุม(N=20)		t	P-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ขณะรอผ่าตัดที่ตึกผู้ป่วย	53	6.78931	54	7.05617	-411	.683
ขณะรอผ่าตัดหน้าห้องผ่าตัด	50.1	8.04527	51.1	10.97497	-509	.613
ขณะหลังผ่าตัดที่ตึกผู้ป่วย	55	11.67938	53.35	9.05698	.575	.569

จากตารางที่ 6 พบว่าความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในทุกระยะมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ระบุว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาชนิดทางช่องน้ำไขสันหลัง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		t	P-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
	6 ชั่วโมง	6.4	2.891	8.15		
24 ชั่วโมง	4.35	1.631	5.7	1.780	-2.501	.017
48 ชั่วโมง	1.8	1.322	3.55	2.089	-3.165	.003

จากตารางที่ 7 พบว่าความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง ของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่าความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สงวนลิขสิทธิ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลขณะผ่าตัดและความเจ็บปวดในระยะเวลาหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังโดยเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและเปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่กระดูกขาหักและแพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังเข้ารับรักษาในตึกผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย ศัลยกรรมกระดูกหญิง ตึกทำไม้ ตึกประจักษ์ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2548 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2549 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันแล้วจับคู่ตามปัจจัย เพศ อายุ และบริเวณที่ทำผ่าตัด จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดและการฟังดนตรี
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ส่วน
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและแบบบันทึกความขึ้นชอบดนตรี
 - 2.2 แบบบันทึกความวิตกกังวลของ Spielberg (1994)
 - 2.3 แบบวัดความเจ็บปวด

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยผู้วิจัยใช้เวลาในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 15 สัปดาห์ โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2548 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2549 ที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ต้องใช้ในการวิจัย จัดทำแผนดำเนินการทดลอง เสนอโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อรับรองปัญหาจริยธรรม และขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจึงประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัดและหัวหน้าตึกศัลยกรรมกระดูกชายและหญิง หัวหน้าตึกทำไม้และหัวหน้าตึกประจักษ์ ชีแจ่งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขั้นตอนการทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลองผู้วิจัยพบผู้ป่วยขณะพักอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกก่อนผ่าตัด 1 วันเพื่อวัดความวิตกกังวลแฝงของผู้ป่วยก่อนได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และการฟังดนตรี โดยใช้เวลา 15 นาทีจากนั้นจึงให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดและการฟังดนตรีในขณะผ่าตัดด้วยแผ่นภาพประกอบคำบรรยาย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามโดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที เมื่อเสร็จการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยอีกครั้งและดำเนินการวิจัยขั้นต่อไป ในวันรุ่งขึ้นที่ห้องผ่าตัดก่อนที่ผู้ป่วยจะรับการผ่าตัด ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัด และในขณะที่ผู้ป่วยรับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับฟังเพลงที่ผู้ป่วยเลือกอย่างน้อย 30 นาที และผู้ป่วยจะได้รับฟังเพลงอีกครั้งที่ห้องพักฟื้นเป็นเวลา 30 นาที ก่อนส่งกลับตึก หลังจากผ่าตัดเสร็จ 6 ชั่วโมง ผู้วิจัยจะไปประเมินผู้ป่วยพร้อมให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญและบอกระดับคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยและวัดความเจ็บปวดซ้ำอีกเมื่อครบ 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบผู้ป่วยขณะพักอยู่ในตึกผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกก่อนผ่าตัด 1 วันเพื่อวัดความวิตกกังวลแฝง ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ

ว่าผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยอีกครั้งและดำเนินการวิจัยขั้นต่อไป ในวันรุ่งขึ้นที่ห้องผ่าตัดก่อนที่ผู้ป่วยจะรับการผ่าตัด ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัดและหลังจากผ่าตัดเสร็จ 6 ชั่วโมง ผู้วิจัยจะไปประเมินผู้ป่วยพร้อมให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญและบอกระดับคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยและวัดความเจ็บปวดซ้ำอีกเมื่อครบ 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมง

3. ขึ้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ผลทางสถิติเชิงบรรยายและสถิติที่อิสระเชิงเปรียบเทียบ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical package for the social sciences/for window)

สรุปผลการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความเจ็บปวดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีจำนวน 20 รายและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 ราย ซึ่งสามารถอภิปรายและนำเสนอผลการวิจัยตามสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังที่ได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการทดลอง ก่อนที่ผู้ป่วยจะรับการผ่าตัดพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยเท่ากับ 53 และกลุ่มควบคุมมี

คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่ม ด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) แล้วพบว่าไม่แตกต่างกัน และภายหลังการทดลองโดยให้กลุ่มทดลองได้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับฟังดนตรีมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 50 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) พบว่าไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด

และจากข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ารับการผ่าตัดเนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมเคยรับการผ่าตัดมาก่อนถึงร้อยละ 30.0 แม้ว่าจะไม่ใช่การผ่าตัดโดยใช้วิธีฉีดยาชาช่องน้ำไขสันหลังก็ตาม แต่การที่ผู้ป่วยได้เข้ามาในห้องผ่าตัด ได้เห็นสภาพภายในห้องผ่าตัด ได้พบและพูดคุยกับพยาบาลในห้องผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่เคยได้รับทำให้เกิดการเรียนรู้ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Leventhal และ Johnson (1983) เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริงผู้ป่วยก็สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ได้ จึงมีปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลที่ไม่รุนแรง ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ยังไม่เคยรับการผ่าตัดมาก่อนถึงร้อยละ 32.5 ผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูลจากผู้วิจัยเพียงคนเดียวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างในเรื่องการมีประสบการณ์ในการใช้บริการงานห้องผ่าตัดจึงส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกันอีกปัจจัยหนึ่งคือการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดของพยาบาลในตึกของผู้ป่วยและการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลวิสัญญีก็มีผลต่อการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมด้วยเช่นกัน

จากลักษณะข้อมูลทั่วไปที่กล่าวมาทั้งหมดนี้จะเห็นได้ว่า ลักษณะข้อมูลพื้นฐานทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยังได้วัดความวิตกกังวลแฝง ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะของบุคคลค่อนข้างคงที่และไม่ปรากฏเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้าหรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Spielberger & Sydeman, 1994 อ้างถึงใน อุบลรัตน์ ดิพร้อม, 2545) ทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลแฝงส่วนมากอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 77.5 และอยู่ในระดับสูงร้อยละ 22.5 ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลในระดับปานกลางในกลุ่มทดลองมี 16 รายในกลุ่มควบคุมมี 15 ราย ส่วนความวิตกกังวลในระดับสูงในกลุ่มทดลองมี 4 รายในกลุ่มควบคุมมี 5 ราย เห็นได้ว่าความวิตกกังวลแฝงของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์ความวิตกกังวลแฝงของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโดยการทดสอบ Independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มต่างมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

เนื่องจากแบบสอบถามของ Spielberger เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวลโดยรวม ไม่ได้แยกเป็นด้านๆ ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยกังวลด้วยเรื่องอะไรแบบสอบถามจะตอบความวิตกกังวลของผู้ป่วยในขณะนั้นซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลก็มีได้หลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

และเศรษฐกิจ (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545 และทัศนีย์ เชื่อมทอง, 2542) ด้านร่างกาย เช่น เพศ จากการศึกษาของชนิษฐา นาคะ (2534) พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากกว่าเพศชาย อายุที่ต่างกันมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญที่ต่างกันโดยผู้ป่วยที่มีอายุ 24-40 ปี มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61-80 ปี (ชนิษฐา นาคะ , 2534) ภาวะสุขภาพของบุคคลผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนอาจทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจและมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2535) และผู้ป่วยที่มีกระดูกขาหักก็ไม่ได้กังวลเฉพาะกระดูกขาหักที่ต้องได้รับการรักษาเพียงด้านเดียวเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัว เนื่องจากพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและมีรายได้น้อยอยู่ในช่วง 4000-6000 บาท ภาระการเลี้ยงดูบุคคลในครอบครัว บุตร สามีหรือภรรยา บุคคลที่จะมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาตลอดจนค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมรถหลังเกิดอุบัติเหตุ และถ้าผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัวย่อมมีเรื่องของรายรับ รายจ่ายในครอบครัวด้วยจากการศึกษาของบรรจบ บุญจันทร์ (2538) พบว่าผู้ที่มียาได้มากจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มียาได้น้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดเพียงด้านเดียวอาจไม่ครอบคลุมในทุกด้านของความวิตกกังวลของผู้ป่วย

จากสาเหตุและปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดนั้น เป็นความรู้สึกภายในจิตใจซึ่งยากที่จะขจัดออกไปได้ ผู้ดูแลระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการสนับสนุนทางจิตใจ และเป็นแรงยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลที่สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางอารมณ์และสิ่งแวดล้อม ความวิตกกังวลจะบรรเทาลงได้ต้องใช้ความเห็นอกเห็นใจ ความจริงใจจากคนใกล้ชิด ที่รู้ปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือบุคคลนอกครอบครัวเช่นญาติ เพื่อน โดยการได้รับความสนใจ การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ การให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจ การได้รับคำแนะนำแก้ไข้ปัญหา ตลอดจนการเอาใจใส่ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยประจักษ์ว่าเป็นญาติมิตรของผู้ป่วยสร้างความมั่นใจ ความเชื่อมั่น ในเรื่องการรักษา การให้การพยาบาล รวมทั้งการได้รับความช่วยเหลือทางด้านอุปกรณ์หรือของใช้ที่จำเป็น การให้ความเป็นกันเองกับผู้ป่วยจะช่วยให้พยาบาลสามารถรู้ข้อมูลที่แท้จริงที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้เพื่อจะได้หาแนวทางช่วยเหลือที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่อไป

2. ผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังที่ได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในระยะ 6 ชั่วโมงแรก ($t = -2.178, p < .036$) ช่วง 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ($t = -2.501, p < .017$) และช่วง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ($t = -3.165, p < .003$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

จากการที่ผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากการผ่าตัดและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น การให้ผู้ป่วยเลือกฟังดนตรีได้ตามความชอบและการแนะนำให้ผู้ป่วยคิด จินตนาการไปตามเสียงเพลง การใช้ดนตรีที่มีความสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงแหลมหรือเร่งเร้า สามารถควบคุมความดังของเสียงด้วยตนเอง เป็นการเพิ่มประสิทธิผลของการเบี่ยงเบนความสนใจต่อการผ่าตัดและความเจ็บปวดได้ดีขึ้น (McCaffery, 1979) อย่างไรก็ตามความต้องการและความพร้อมในการฟังดนตรี เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ความรู้สึกฟังดนตรีได้ไพเราะขึ้น (เอมอร อุดลโภคาธร, 2543)

เมื่อเนื้อเยื่อบริเวณขาได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด เกิดการกระตุ้นตัวรับสัมผัสความปวด จนกลายเป็นกระแสความปวดส่งกระแสประสาทไปตามใยประสาทขนาดเล็ก ซึ่งกระจายอยู่ในกระดูก เอ็น ข้อ และกล้ามเนื้อต้นขา ซึ่งมีผลไปยับยั้งการทำงานของเซลล์เอสจี ส่งผลทำให้กระแสประสาทจากเซลล์เพิ่มขึ้น ประจุจึงเปิด ส่งสัญญาณประสาทไปยังเรติคูลาร์ฟอรัมเมชันที่ก้านสมองและจัดสัดส่วนของการรับกระแสประสาท แล้วส่งสัญญาณต่อไปยังทาลามัส ซึ่งจะแปลสัญญาณเป็นความปวด

การฟังดนตรีนั้นเสียงของดนตรีจะผ่านกระแสประสาทจากคอเคลียในหูไปยังทาลามัสและคอร์เท็กซ์ ซึ่งจะทำงานประสานกันและเมื่อผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการควบคุมความปวดโดยการฟังดนตรีด้วยตนเอง ซึ่งเป็นวิธีที่เสริมการบำบัดรักษาอาการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการมีอิสระที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และเป็นวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ (ซอลดา พันธุเสนา, 2536) สามารถปรับตัวและเผชิญกับความเจ็บปวดได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเองที่ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางชีวเคมีของสมอง (วิภาวี คงอินทร์, 2542) เกิดการปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ความจำ และประสบการณ์ ส่งผลไปที่เรติคูลาร์ฟอรัมเมชันให้ส่งสัญญาณประสาทไปที่เซลล์เอสจี ซึ่งสัญญาณใหม่คือ ดนตรี ซึ่งมีความแรงกว่าสัญญาณของความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ บริเวณขา เนื่องจากดนตรีก่อให้เกิดความรู้สึกสบายใจ หรือพึงพอใจจึงเป็นการกระตุ้นการทำงานของเซลล์ เอสจี ซึ่งมีผลไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ที่ประจุจึงถูกปิด และไม่สามารถส่งสัญญาณความปวดขึ้นไประบบควบคุมส่วนกลางได้ ในขณะที่เดียวกัน เสียงดนตรีจะกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีให้หลั่งสารเอนเคอร์ฟินซึ่งเป็นสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน มีฤทธิ์ในการบรรเทาปวดโดยธรรมชาติ ส่งผลไปยังเรติคูลาร์ฟอรัมเมชัน ให้ส่งสัญญาณไปที่เซลล์เอสจี จึงเป็นการกระตุ้นการทำงานของเซลล์เอสจี ซึ่งส่งผลไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ที่ด้วยเช่นกัน ทำให้กระแสประสาทความปวดไม่สามารถส่งสัญญาณความปวดไปยังระบบควบคุมส่วนกลางได้ ดังนั้นผลจากการฟังดนตรีจะทำให้การรับรู้ความปวดลดลงและการรับฟังดนตรียังช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดด้วย

จากการศึกษาพบว่าดนตรีสามารถที่จะลดความเจ็บปวดและเบี่ยงเบนความสนใจได้ในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง ในระยะ 24- 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงดาว ดุลยธรรม (2544) ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา 30 ราย พบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 18-40 ปี สาเหตุของกระดูกหักมาจากอุบัติเหตุจราจรส่วนใหญ่ได้รับยาระงับความรู้สึกรักษาเฉพาะที่ โดยฉีดเข้าทางไขสันหลังสำหรับชนิดการผ่าตัดส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดโดยการยึดตรึงกระดูกภายในด้วยแผ่นโลหะและสกรู ระยะหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟังดนตรีจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรี เช่นเดียวกับการศึกษาของเอมอร อุดล โภคาธร (2543) ศึกษาผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยจัดให้กลุ่มทดลองฟังดนตรีนานครั้งละ 30 นาที วันละ 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 2 ชั่วโมง ซึ่งในการประเมินความปวดจะประเมินก่อนการทดลองและสิ้นสุดการฟังดนตรี พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดหลังผ่าตัดลดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษาของ สัมพันธ์ หิญาชีระนันท์ และคณะ (2539) ศึกษาผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 48 ชั่วโมงขณะอยู่ใน ICU จำนวน 40 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการจัดดนตรีให้ฟังในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าดนตรีสามารถลดระดับความรู้สึเจ็บปวดและลดความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุปแล้วการนำดนตรีมาเป็นกิจกรรมเสริมในการให้การพยาบาลเพื่อบำบัดความปวดในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังพบว่าสามารถเบี่ยงเบนความสนใจจากการผ่าตัดและความเจ็บปวดเนื่องจากดนตรีมีคุณสมบัติก่อให้เกิดความสงบ การผ่อนคลาย และสามารถเบี่ยงเบนความสนใจได้ซึ่งการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยดนตรีสามารถบรรเทาปวดได้ดีเท่ากับหรือดีกว่ายาระงับปวดและลดความวิตกกังวลได้ (Lane, D, 1992) ดนตรีสามารถปลุกเร้าอารมณ์และเป็นผลให้ต่อมใต้สมอง หลั่งสารเอ็นเคอร์ฟินซึ่งเป็นสารที่มีลักษณะคล้ายฝิ่น สามารถลดความปวดลงได้ ดนตรีสามารถลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะการฟังที่ปิดกั้นเสียงรบกวนภายนอก ส่งผลให้ตัดวงจรความกลัว ความตึงเครียดและความปวดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรสำรวจความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดว่ามีความวิตกกังวลในเรื่องใดหรือให้ผู้ป่วยเขียนเรื่องที่กังวลใจในขณะนี้ว่าวิตกกังวลเรื่องอะไรตามลำดับก่อน หลังเพื่อผู้วิจัยจะสามารถจัดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยก่อนที่จะสอน หรือให้ความรู้ในเรื่องที่เราต้องการบอกผู้ป่วย โดยนำเสนอโดยใช้สื่อการสอนชนิดอื่น เช่น วิดีโอซึ่งเป็นภาพเคลื่อนไหวชวนติดตาม การสอนควรเป็นการสอนรายบุคคลและมีสถานที่เช่น ห้องให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิในการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการสนับสนุน แนะนำให้บุคลากรในทีมสุขภาพให้ใช้ดนตรีในการดูแลเสริม เพื่อลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกระดูก โดยในการวิจัยครั้งนี้การให้รับฟังดนตรีในขณะที่ผ่าตัดและหลังการผ่าตัดในห้องพักฟื้น จะมีประสิทธิภาพในการเบี่ยงเบนความสนใจและลดความเจ็บปวดมากที่สุด

3. ด้านการวิจัย นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการลดความเจ็บปวดโดยนำดนตรีเพื่อลดความเจ็บปวดไปใช้ในผู้ป่วยโรคกระดูกในกลุ่มอื่น ๆ หรือโรคทางศัลยกรรมต่อไป

4. ด้านการให้ความรู้ ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ดนตรีในการบำบัดแก่บุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้เห็นความสำคัญของการดูแลที่เสริม (Complementary care) จากการรักษาของแพทย์ และสามารถนำไปวางแผนเป็นกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด โดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในเรื่องความวิตกกังวลและความสามารถในการฟื้นฟูสภาพในระยะหลังผ่าตัดโดยการใช้ดนตรี

2. ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาดนตรีประเภทต่าง ๆ ของไทยหรือดนตรีสากลที่สามารถส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล

3. ควรทำการศึกษาผลของดนตรีประเภทที่ผู้ป่วยชอบและมีความคุ้นเคย ต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ

4. ควรศึกษารูปแบบการให้ข้อมูลใหม่ๆ ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนรับการผ่าตัด

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนิษฐ ศรีปานแก้ว. 2547. ความสัมพันธ์ ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้ การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย หลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กันยา ออประเสริฐ. 2530. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ. ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กันยา ออประเสริฐ, เรณู อาจสาธิต, พิภูลทิพย์ หงษ์เหิร และศิริลักษณ์ สุวรรณวงศ์. 2539. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย 1(มกราคม): 45-54.
- กัลยา สรรพอุดม. 2546. ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรรณิการ์ สุวรรณโคต. 2527. การพยาบาลกับพฤติกรรมของบุคคล. ในเอกสารประกอบการสอน ชุมวิหามโนมติและขบวนการพยาบาลหน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: หนึ่งเจ็ดการพิมพ์.
- กลอยใจ มีเครือรอด. 2544. ผลของการให้ข้อมูลประกอบภาพการ์ตูนต่อพฤติกรรมเผชิญความเครียดในเด็กก่อนวัยเรียนขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แก้วสามสี สาเจริญ. 2536. ผลของการให้ข้อมูลที่มีต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขนิษฐา นาคะ. 2534. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญหทัย ยิ้มละมัย. 2547. ผลของดนตรีบำบัดและการเทคนิคการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความรู้สึกลัวหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยใส่เหล็กตามกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตเวชวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- คัมภีร์ มัลลิกามาศ. 2520. วิชายาระงับความรู้สึก. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น

- จรรยา อินทนา. 2539. ผลของการพยาบาลแบบเฝ้าระดับประคองต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกขาซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจริญ โชติกวนิชย์. 2539. กระดูกหักและข้อเคลื่อนในผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- ฉวี มากพุ่ม. 2530. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุมศรี แฝ้วพลสง. 2530. การศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อต้นขาควอดไดร-เซ็บส์และข้อเข่าในผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนก้นหักที่ไม่มีแผลเปิดและได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ช่อราตรี สิริวัตถานันต์ และอุทัย สิริวัตถานันต์. 2540. การศึกษากระดูกต้นขาส่วนบนหักในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน. วารสารกรมการแพทย์ 22(2): 58-68.
- ช่อลดา พันธูเสนา. 2536. การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. 2540. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
- ดวงดาว ดุลยธรรม. 2544. ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดารัสณี โพธารส. 2538. คุณภาพการนอนหลับและสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลรามาชินดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดาราวรรณ ติ้ปะปิตา. 2538. ความวิตกกังวล: เทคนิคการลดความวิตกกังวลกระบวนการพยาบาล. ภาควิชา การพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดุขฎี พนมยงค์ บุญทัศนกุล. 2543. เสียงแห่งความสุขดนตรีบำบัด. บทความจากวารสารทัศนีย์ นะแสง. 2542. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม. 2542. ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2528. ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บ้งอร เครียดชัยภูมิ. 2533. ผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัษณ์มหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. 2547. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. บริษัท
ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด.
- บุญวดี เพชรรัตน์. 2535. การพยาบาลผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่มีปัญหาทางอารมณ์. วารสาร
พยาบาลสงขลานครินทร์ 12(3): 28-30.
- ปนัดดา โรจน์ทะนงชัย. 2543. ผลของการพยาบาลต่อแบบแผนการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วย ผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาขาสาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาล
สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกาศรี จิรยิ่งมงคล. 2536. ผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราณี นิพัทธกุลกิจ. 2537. ผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยต่อการลดความ
เจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ประณีต ส่งวัฒนา, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์. 2547. คู่มือการใช้สื่อเสียง หรือดนตรีเพื่อการบำบัด
ร่วมกับยาลดปวดในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด. ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวด
เฉียบพลัน: การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการ.
ภาควิชาวิสัญญีและภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, 2547:117-127.
- ผกาพันธ์ ปาริชาติกานนท์. 2534. การบริหารยาเฉพาะที่แบบRegional Anesthesia. ใน วราภา
สุวรรณจินดา และอังกาบ ปราการรัตน์. ตำราวิสัญญีพยาบาล หน้า 209-221.
- พรประภา โลจณวงศกร. 2541. เปรียบเทียบผลการให้ข้อมูลก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดต่อ
ระดับความเครียดของมารดาและทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
แม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณงาม พรรณเชษฐ์. 2537. การพยาบาลผู้ใหญ่: การดูแลเมื่อได้รับการผ่าตัด. ขอนแก่น:
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิชัย ปรัชญาอนุสรณ์. 2534. ดนตรีบำบัดและเทคนิคการใช้. เอกสารประกอบการฝึกอบรมดนตรี
ศึกษาโครงการศึกษาต่อเนื่อง คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพรัช ประสงค์จีน. กระดูกและข้อเคลื่อน. 2541. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ภัททิภา สุขโสภี. 2546. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ร่วมกับมอร์ฟีน ทางช่องน้ำไขสันหลัง. TORN Journal ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม): 76-84.
- ไมเคิล ชอร์ท. 2539. ดนตรีปริทรรศน์. (ลำดับพิน รัตนเรือง ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์พัฒนาหนังสือ กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ.
- รุ่งจิต ลีलगามวงศา. 2540. ผลการประยุกต์ระบบการพยาบาลโอเริ่มต่อความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตัวเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขาหัก. วารสารพยาบาลสาธารณสุข.
- รำไพพรรณ ศรีโสภาค. ดนตรีบำบัด. 2511. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 13 (1) : 117-126.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2530. พจนานุกรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์การพิมพ์ จำกัด.
- วัฒนา พันธศักดิ์. ยาระงับปวด. 2540. ในวัฒนา พันธศักดิ์และวิไลวรรณ ทองเจริญ, เภสัชวิทยาทางการพยาบาล. หน้า 215-239. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิช จำกัด.
- วิภาวี คงอินทร์. 2542. เอกสารประกอบการสอน เรื่องการพยาบาลเพื่อควบคุมการส่งเสริมตนเอง. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิภาภัทร ชังขาว. 2544. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในการห่าเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชริน สิ้นขวานท์. 2544. การใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน. ใน รศ. พญ. วรณา สมบูรณ์ วิบูลย์, รศ. นพ. เทวรักษ์ วีระวัฒน์กานนท์, รศ. พญ. ปวีณา บุญพวงษ์, รศ. นพ. สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์. วิสัญญีวิทยาพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- วรรณิ สัตยวิวัฒน์ และสุปราณี เชื้อสุวรรณ. 2529. การพยาบาลผู้ป่วยออโรโซปีติกส์. พิมพ์ครั้งที่ 3. มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. 2547. การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับความปวด. ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน: การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการ.ภาควิชาวิสัญญีและภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.
- ศิริภรณ์ ฟุ้งวิทยา. 2540. ยาระงับปวด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศิริกาญจน์ เฟือกเทศ. 2527. ผลของการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมไส้เลื่อน และการผ่าตัดและหลอดเลือดคอในอุ้งอัมตะ ซึ่งได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสงหล้า พลนอก. 2542. ผลของการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลไหม้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทร บวรรัตนเวช. 2532. Manual of AO Instrumentation. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ดอกเบญจจักษ.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุคนธา ผดุงวัตร และแจวิมล ทุมวิภาต. 2539. ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของห้องผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. รายงานผลการวิจัย. งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช.
- สุรียพร เทพาอมรเดช. 2546. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำงานที่และความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. 2537. การหายของแผลผ่าตัด: พยาบาลมีส่วนช่วยได้อย่างไร. วารสารพยาบาลศาสตร์สงขลา 4. (มกราคม-มีนาคม): 24-41.
- สารเนตร เกษมกิจวัฒนา (ไวคกุล). 2537. ขบวนการกระตุ้นความเจ็บปวดในระบบกระดูก เอ็น ข้อ และกล้ามเนื้อที่ระบบประสาทส่วนปลาย. วารสารออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย 1 (1): 24-32.
- สมพร ชีโนรส, สุกัญญา พัทวี และวิเศษ ศรีสุวรรณชาติ. 2541. การรับรู้ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันออก. วารสารพยาบาล 49 (2): 110-120.
- สุกรี เจริญสุข. 2532. จะฟังดนตรีอย่างไรให้ไพเราะ. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุพร พลยานนท์. 2528. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แม็คจักษ.

- ลักษณะ ชาญเวช. 2542. ความปวด. ใน เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี (บรรณาธิการ), Palliative care: การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์. 17-42. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- ศศิกันต์ นิมมานรัชต์. 2547. แนวคิดความปวด: องค์ความรู้ใหม่ทศวรรษที่ 21. ใน การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน: การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการ. ภาควิชาวิสัญญีและภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, 2547: 1-32.
- ศศิธร พุ่มดวง. ดนตรีบำบัด. 2547. ใน การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน: การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการ. ภาควิชาวิสัญญีและภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, 2547: 105-116.
- สุพร พลยานนท์. 2528. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวด. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แม็คจำกัด.
- อาภรณ์ คำก้อน. 2545. การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอายุรกรรมและศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- อรสา ฤทธิบุตร. 2527. การใช้ยาชาเฉพาะที่แบบ Spinal Epidural และ Caudal Blocks. ใน อังกาบ ปรากฏรัตน์ และ วรภา สุวรรณจินดา. ตำราวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร อรุณชาติ เจริญไชย, วนิดา พิมพ์ทา, สุภารัตน์ บุตรศรีภูมิ. 2543. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุดม ชมชาญ. (มปป.). 2537. หลักการรักษากระดูกหักด้วยวิธีผ่าตัด. ใน สารเนตร ไวกุล (บรรณาธิการ). คู่มือการประชมออร์โธปิดิกส์เชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1: การรักษากระดูกหัก. คณะแพทยศาสตร์ มหาลัยสงขลานครินทร์, 2537: 107-123.
- อรัญญา เชาวลิต. 2543. หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด. ใน พัชรียา ไชยลังกา, นวลจันทร์ รมณารักษ์, จารุวรรณ มานะสุรการและอรัญญา เชาวลิต (บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ (อายุรศาสตร์). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอส. ซี. วี. บัสสินเนสส์
- อภิญา วงศ์พิริยโยธา. 2535. ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เอมอร อุดลโกคาธร. 2543. ผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาษาอังกฤษ

- Aiken, H. and Henrichs, F. 1971. Systemic relaxation as a nursing intervention technique with open Heart surgical patients. Nursing Research 20(May-June): 212.
- Ali, N. S., & Khalil, H. Z. 1989. Effect of psychoeducational intervention on anxiety among Egyptian Bladder cancer patients. Cancer nursing 12(4): 236-242.
- Auvil-Novak S., and Novak, R. D. 1996. Sleep and sensory alterations in the critically ill patient. Dolan's Critical Care Nursing : management through the nursing process. 2nd ed. Philadelphia : F.A. Davis company.
- Auerbarch, S. M., and Martelli, M. P. 1983. Anxiety, information, interpersonal impacts and adjustment to a stress full health care situation. Journal of personality and social psychology 44, 1248-1296.
- Banida, R. M. 1978. Nursing Care in use of local Anesthesia. AORN Journal 28 (11):858.
- Bonica, J. J., et al. 1990. The management of pain. Vol 1. 2nd ed. Philadelphia lea & febiger.
- Boss, B. J. 1992. Nursing assessment and role in management: Pain. In S. M. Lewis & I.C. Collier (Eds.), Medical-Surgery Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems. St.Louis: Mosby.
- Boss, B. J., & Goloskov, J. W. 1983. Nursing assessment and role in management: Pain. In S. M. Lewis & I.C. Collier (Eds.), Medical-Surgery Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems. 2nd ed. St.Louis: Mosby.
- Chlan, L., and Tracy, M. F. 1999. Music therapy in critical care: indication and guidelines for Intervention. Critical care nurse 19(3): 35-41.
- Chlan Y. M., Lee PWH, Ngan HYS ,Wong L. C. 2003. The use of music to reduce anxiety for patients undergoing colostomy: a randomized trial. Gynecol Oncol 91, 213-17.
- Cook, J. 1981. The therapeutic use of music: A literature review. Nursing Forum 20 (30): 252-266.
- Cormack, D. F. S. 1985. Anxiety Geriatric Nursing. Oxford: Blackwell Scientific publication
- Dripp.D. R. et al. 1982. Introduction of anesthesia: The principle of safe practice. 6th ed. Philadelphia: W. B. Saunder.
- Gaberson, K. B. 1991. The effect of humorous distraction on preoperative anxiety. AORN Journal 54(6): 1258-1264.
- Good, M. 1999. Acute pain. In J. J. Fitzpatrick (Ed.), Annual Review of Nursing Research : Complementary Health and pain Management. 17, 107-132.

- Grabow, J., & Buse, R. 1971. Preoperative anxiety: Anxiety about the operation, anxiety about Anesthesia, Anxiety about pain. Psychotherapy Psychosomatic Medicine of Psychology 40 (2): 113-122.
- Graham, L and Conley, 1971. Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. Nursing Research 20 (2): 113-122.
- Jacox, A. K. 1977. Pain a Source Book for Nursing and Other Health Professionals. Boston: Little, Brown and Company.
- Johnson, B. S. 1993. Psychiatric-mental health nursing: Adaptation and growth. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunder.
- J. B. LippincottKatz, J. R. 1997. Back to basics providing effective patient teaching. American Journal of nursing 97(5): 33-36.
- Kincey, J. Surgery. 1995. In A. Broome, and S. Llewelyn (eds.), Health psychology: processes and Application. 2nd ed. London: Chapman Hall.
- Lane, D. 1992. Music therapy: A gift beyond measure. Oncology Nursing Forum.
- Lazarus, R. S., and Folk man. 1984. Stress appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company.
- Leske, S. M. 1993. Anxiety of elective surgical patient's family embers. AORN 57(5):1019-1092.
- Leventhal, H. and Johnson, J. E. 1983. Laboratory and field experimentation development of the Theory of self-regulating. In Wooldridge, P. T., Schmitt, M. H., Leonard, R. C. and Skipper, J. K., eds. Behavioral Science and Nursing Theory. St Louis: The C. V. Mosby Company.
- Lewis, S. M., and collier, I. C. 1983. Medical-Surgical Nursing: Assessment and management of clinical Problem. New York: Mc Grew Hill Book.
- Limaitre, D.G., and Finneger, A J. 1980. The patient in Surgery: A guide for nurse. 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Long, B. C. Pre-operative Nursing. 1987. In W. J. Phipps Edal. Medical-Surgical Nursing :Concepts and Clinical Practice. 3rd ed. St Louis: The C. V. Mosby Company.
- Mc Caffery, 1979. M. Nursing management of the patient with pain. 2nd ed. New York: J.B. Lippincott.
- McClellan, G. J. & Watter, C. H. 1990. Pre-operative anxiety and serum potassium. Anesthesia. 45 (7): 583-585.

- McEachern, M. 1992. Pre-operative functional anxiety: A conceptual framework. Canadian operating Room Nursing Journal 10 (3):7-11
- Miller, K. M., Perry, P. A. 1990. Relaxation technique and post-operative patients undergoing cardiac Surgery. Heart & lung 19, 136-146.
- Moss, V. A. 1988. Music and the surgical patient : The effect of the Music on anxiety. ROAN Journal.
- Norriss, W., and Bushle, K.B. 1987. Fundamental of Nursing Practice. 2nd ed. New York: Hon Wiley Sons.
- Oberle, K., Wry, J. Paul, P., & Grace, M. 1990. Environment, Anxiety, and postoperative pain. Western Journal of Nursing Research 12(6): 745-757.
- Patrick, M. L., Woods, S. L., Craven, R. F., Rokosky, J. S., & Bruno, P. M. 1991. Medicine-Surgery Nursing: Pathophysiological concepts. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Roaff, R., and Hodkinson, L. 1978. Basic surgical care. 2nd ed. Wells pitman medical publishing.
- Seaward, B. L. 1999. Managing stress : principles and strategies for health and wellieing. 2nd ed. London: Jones & Bartlett Publishers.
- Simpson,T., Rayshan, E. R., and Cameron, C. 1996. Relationships among sleep dimensions and factors that impair sleep after cardiac surgery. Research in Nursing & Health 19, 213-223
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L., and Lushene, R. E, 1970. STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D. & Sydeman, S. L. 1994. State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. IN M.E.Marvish (ed.), the use of psychological test for treatment Planning and out come assessment. Hillsdale: LEA.
- Steelman,V. M. 1990. Intraoperative music therapy effect on anxiety blood pressure. AORN Journal 52 (5): 1026-1034.
- Synter, M. 1992. Independent nursing intervention. 2nd ed. U.S.A.: Delmar publishers Inc.
- Terrel, B. R. 1995. The impact of pain in quality of life. Nursing Clinics of North America. 30(4): 609-617.
- Walding , M. F. 1991. Pain anxiety and powerlessness. Journal of Advanced Nursing 16, 388-397.
- Watkin,G. R. 1997. Music Therapy : Physiological mechanisms and clinical implications. Clinical Nursing Specialist 11(2):43-50.
- Watt-Watson et al. 2001. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management Outcomes for post-operative cardiac patients. Journal of Advanced Nursing 36, 535-545.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและดนตรี

นายแพทย์วีระ ปรีชา

หัวหน้าแผนกออร์ปิดิกส์

โรงพยาบาลราชวิถี

แพทย์หญิงเพ็ญรัตน์ คำทิพย์

วิสัญญีแพทย์

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรณู ออจสาลี

อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี อัครวิเศษ

อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ

อาจารย์ภาควิชาพยาบาลอายุรศาสตร์และ

ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

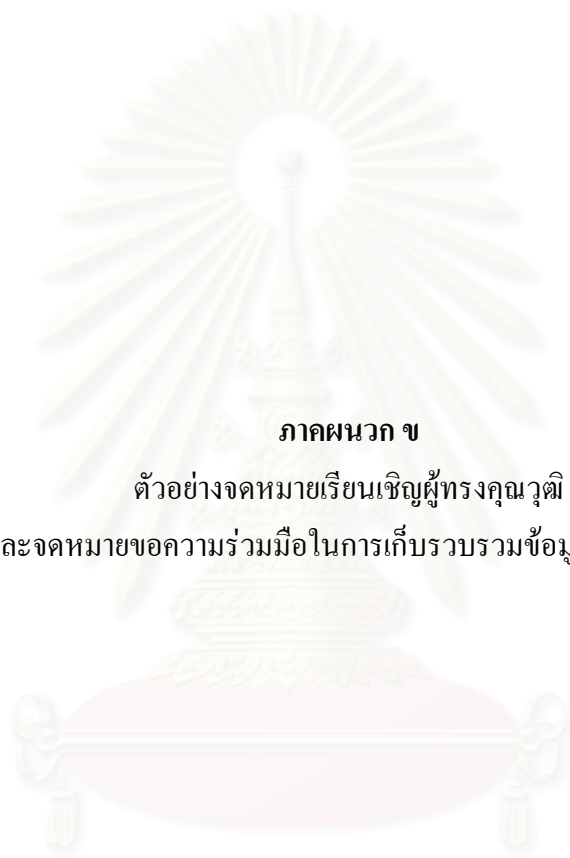
มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กมลันต์ วงศ์วรรณ

อาจารย์คณะศิลปศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/2094

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

16 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางนพวรรณ กฤตยภษิตพจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี ในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ วีระ ปรีชา หัวหน้าแผนกออร์โธปิดิกส์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ วีระ ปรีชางานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9824ชื่อนิสิต นางนพวรรณ กฤตยภษิตพจน์ โทร. 0-6509-1744

ที่ ศธ0512.11/2188

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. แบบประเมินคุณภาพเครื่องมือ 1 ชุด

3. CD-ROM 5 แผ่น

เนื่องด้วย นางนพวรรณ กฤตยภูมิตพจน์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรี ในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาทางช่องน้ำไขสันหลังต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คมสันต์ วงศ์วรรณ อาจารย์ภาควิชาสารัตถศึกษา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบลักษณะองค์ประกอบของดนตรี เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบลักษณะองค์ประกอบของดนตรีของการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คมสันต์ วงศ์วรรณ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9824

ชื่อนิสิต

นางนพวรรณ กฤตยภูมิตพจน์ โทร. 0-6509-1744

ที่ ศธ0512.11/2188

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

26 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางนพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์ นิติชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ ผลของการใช้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกระดูกขาหักที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยจำนวน 30 คนและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวและความชื่นชอบดนตรีของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกขาหักแบบสอบถามวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญแบบสอบถามวัดความวิตกกังวลแฝงและมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดตัวเลข ทั้งนี้นิติศาสตร์จะประสานงาน เรื่องวันและเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางนพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร.02-218-9824

ชื่อนิติ

นางนพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์ โทร. 0-6509-1744



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
ใบยินยอมของประชาชนตัวอย่าง
ใบพิจารณาจริยธรรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient participant information Sheet)

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับคนตรี ในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังต่อความวิตกกังวลขณะผ่าตัดและความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด

ชื่อผู้วิจัย นางนพวรรณ เอี่ยมทา นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน ห้องผ่าตัด พยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โทรศัพท์ที่ทำงาน 077-272231 ต่อ 2408, 2409, 2410

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06-5091744

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับคนตรีในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง ต่อความวิตกกังวลขณะผ่าตัดและความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด

2. มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับคนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 2) เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับคนตรีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการให้ความรู้ร่วมกับการให้ผู้ป่วยได้ฟังคนตรีที่ตนเองชื่นชอบ ผู้วิจัยคาดว่าคงไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลในการวิจัยที่ระบุถึงผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะถูกถอดเป็นรหัส ผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม จะไม่มีชื่อและที่อยู่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้นี้ยกเว้นได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยจึงจะเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนได้

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จะได้รับการปฏิบัติในการวิจัยนี้ ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังเข้ารับรักษาในตึกผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย ศัลยกรรมกระดูกหญิง ตึกทำไม้ ตึกประจักษ์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างจะเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติแล้ว ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและไม่ได้ฟังคนตรี 20 ราย และกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูล

ก่อนผ่าตัดร่วมกับฟังดนตรี 20 ราย ผู้วิจัยใช้วิธีจับคู่ (Matched pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด

5. ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจและประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องได้รับโทษหรือสูญเสียประโยชน์ซึ่งพึงได้รับ

6. ไม่มีค่าตอบแทน ให้แก่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7. เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นหรือเหตุผลที่ต้องยกเลิกการเข้าร่วมใน โครงการวิจัยของ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือผู้ป่วยไม่สามารถฟังเพลงจนครบ 30 นาทีตามที่กำหนดไว้ ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตาม

9. ระยะเวลาที่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับงานวิจัย 45 วัน 7 ครั้ง 1) โดยในวันแรกก่อนผ่าตัดประชากรกลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปพร้อมกับความชื่นชอบดนตรี และทำแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง 2) ในวันผ่าตัดขณะรอหน้าห้องผ่าตัดให้ประชากรกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ 3) ขณะได้รับการผ่าตัดให้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มทดลองฟังดนตรี 4) เมื่อผ่าตัดเสร็จให้ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองได้ฟังดนตรีอีกครั้งที่ห้องพักฟื้นนาน 30 นาที 5) เมื่อประชากรกลุ่มตัวอย่างกลับไปที่พักและพักอยู่จนครบ 6 ชั่วโมง ให้ทำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญและให้กากบาทลงบนตัวเลขมาตรวัดความเจ็บปวด 6) หลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดให้กลุ่มตัวอย่างกากบาทลงบนตัวเลขมาตรวัดความเจ็บปวด 7) หลังผ่าตัดเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดให้กลุ่มตัวอย่างกากบาทลงบนตัวเลขมาตรวัดความเจ็บปวด

10. ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับงานวิจัยมี 40 คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ร่วมกับคนตรีในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง ต่อความวิตกกังวลขณะผ่าตัดและความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังเข้ารักษาในตึกผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกชาย ศัลยกรรมกระดูกหญิง ตึกทำไม้ และตึกประจักษ์

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัยชื่อ คุณนพวรรณ เอี่ยมทา พักอยู่บ้านเลขที่ 6/33 หมู่ 3 ซอยสุขลดาบดมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ถึงวัตถุประสงค์ของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ร่วมกับคนตรีในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง ต่อความวิตกกังวลขณะผ่าตัดและความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วมศึกษาเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการและเมื่อข้าพเจ้ายินยอมเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการ ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้

.....
 สถานที่/วันที่ (.....)

.....
 ผู้เข้าร่วมวิจัยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

.....
 สถานที่/วันที่ (.....)
 ผู้วิจัยหลัก

.....
 สถานที่/วันที่ (.....)
 พยาน



เลขที่ใบรับรอง 030/2549

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- โครงการวิจัย** : ผลของการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด
- EFFECTS OF GIVING PRE-OPERATIVE INFORMATION AND LISTENING MUSIC ON PAIN AND ANXIETY IN PATIENTS WITH LOWER LIMB FRACTURES DURING SPINAL ANESTHESIA
- ผู้วิจัยหลัก** : นางนพวรรณ เอี่ยมทา
- หน่วยงาน** : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

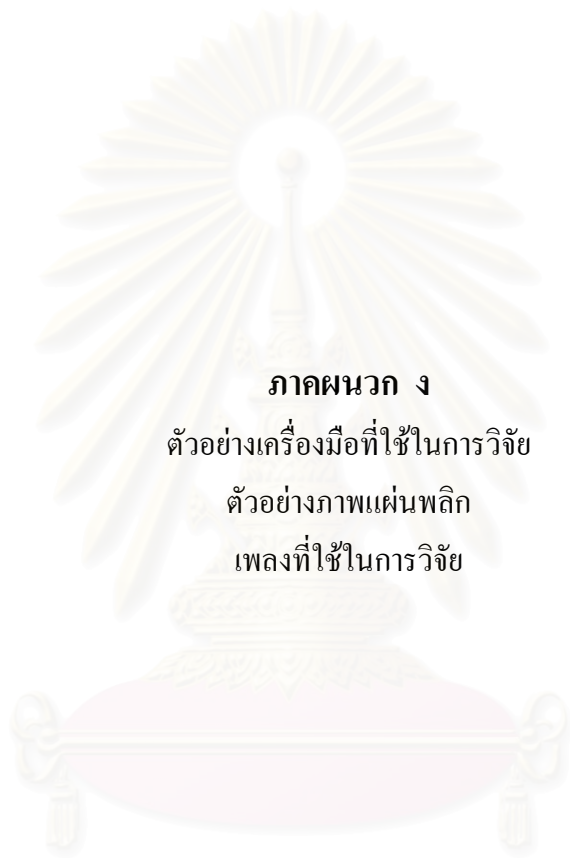
๒๖/๓

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริศา ทิสนประคิมฐ์)

.....เลขานุการ
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล)

รับรองวันที่ 30 มีนาคม 2549

วันหมดอายุ 30 ตุลาคม 2549



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างภาพแผ่นพลิก

เพลงที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวและความชื่นชอบดนตรีของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกขาหัก

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด

กลุ่ม () ควบคุม () ทดลอง

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

รับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่ติดผู้ป่วย.....

การวินิจฉัย.....

ชนิดการหักของกระดูก.....

ชนิดของการผ่าตัด.....

วันที่ทำผ่าตัด.....เริ่มผ่าตัดเวลา.....สิ้นสุดเวลา.....

ศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด.....

สาเหตุที่ทำให้กระดูกหัก

() อุบัติเหตุจราจร

() อื่นๆ ระบุ.....

ประสบการณ์ในการผ่าตัด () ไม่เคยได้รับการผ่าตัด

() เคยได้รับการผ่าตัด

ประสบการณ์ในการได้รับยาเสพติด () ไม่เคยได้รับยาเสพติด

() เคยได้รับยาเสพติด

เพศ () ชาย () หญิง

รายได้ () ต่ำกว่า 4,000 บาท/เดือน

() 4,001-6000 บาท/เดือน

() 6,000-8,000 บาท/เดือน

() มากกว่า 8,000บาท/เดือน

อาชีพ () งานบ้าน () ทำนา/ทำไร่

() รับจ้าง () รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

() ค้าขาย () อื่นๆระบุ.....

แบบสัมภาษณ์ความชื่นชอบเกี่ยวกับดนตรี

1. ตามปกติ ท่านชอบฟังดนตรีหรือไม่
 - () ชอบ
 - () ไม่ชอบ (ถ้าเลือกคำตอบนี้ไม่ต้องทำข้อต่อไป)
2. ถ้าชอบฟังดนตรี ท่านชอบฟังดนตรีประเภทไหน
 - () เพลงพื้นบ้าน () เพลงไทยสากล
 - () เพลงไทยลูกทุ่ง () เพลงสากล
 - () ดนตรีบรรเลง
3. ดนตรีที่ท่านชอบ
 - () เพลงบรรเลง
 - () เพลงมีเนื้อร้อง
 - () ชอบทั้งแบบเพลงบรรเลงและมีเสียงร้อง
4. เพลงประเภทใดที่ท่านฟังแล้วมีความสุข
 - () เพลงพื้นบ้าน () เพลงไทยสากล
 - () เพลงไทยลูกทุ่ง () เพลงสากล
 - () ดนตรีบรรเลง
5. เมื่อใดที่ท่านต้องการฟังเพลง (เลือกได้มากกว่า1ข้อพร้อมทั้งเรียงลำดับ1, 2, 3)
 - () ขณะที่มีความรู้สึกเครียด () ขณะประกอบกิจวัตรประจำวัน
 - () ขณะพักผ่อน (นอนเล่น, อ่านหนังสือ)
 - () อื่นๆ ระบุ.....
6. ปกติท่านมีโอกาสฟังเพลงบ่อยเพียงใดใน1 วัน
 - () ไม่ค่อยมีโอกาสฟัง นานๆครั้งระบุ.....ครั้ง/สัปดาห์/เดือน
 - () น้อยกว่า 1 ชั่วโมง () 1-3 ชั่วโมง
 - () 4-6 ชั่วโมง () 7-9 ชั่วโมง
 - () มากกว่า 10 ชั่วโมง
7. ท่านคิดว่าดนตรีหรือเพลงประเภทต่างๆมีความสำคัญในชีวิตของท่านหรือไม่ อย่างไร
 - () ไม่สำคัญ เพราะ.....
 -
 - () สำคัญ () มาก () ปานกลาง () น้อย
 - เพราะ.....
 -

8. ถ้าท่านได้ฟังเพลงหรือดนตรีขณะผ่าตัดท่านอยากฟังเพลงประเภทใด

- () เพลงพื้นบ้าน () เพลงไทยสากล
 () เพลงไทยลูกทุ่ง () เพลงสากล
 () ดนตรีบรรเลง

9. ถ้าท่านได้ฟังเพลงหรือดนตรีหลังผ่าตัดท่านอยากฟังเพลงประเภทใด

- () เพลงพื้นบ้าน () เพลงไทยสากล
 () เพลงไทยลูกทุ่ง () เพลงสากล
 () ดนตรีบรรเลง

10. ท่านคิดว่าถ้าท่าน ได้ฟังเพลงหรือดนตรีขณะผ่าตัดความวิตกกังวลของท่านจะเป็นอย่างไร

- () ความวิตกกังวลลดลง
 () ความวิตกกังวลเท่าเดิม
 () ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

11. ท่านคิดว่าถ้าท่าน ได้ฟังเพลงหรือดนตรีขณะผ่าตัดความรู้สึกปวดแผลผ่าตัดของท่านจะเป็นอย่างไร

- () ความปวดลดลง
 () ความปวดเท่าเดิม
 () ความปวดเพิ่มขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลแฝง

ชื่อ.....นามสกุล.....วันที่.....

กลุ่ม () ทดลอง () ควบคุม

ใช้สำหรับสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะที่อยู่ที่ตึก

คำชี้แจง : ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความซึ่งท่านจะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือที่ท่านพิจารณาว่าเป็นข้อความที่ตรงกับความรู้สึกต่างๆ ไปของท่านมากที่สุด ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ท่านจึงไม่ควรใช้เวลาอันเกินควรในการพิจารณาคำตอบในข้อหนึ่งข้อใดแต่จงเลือก คำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด

ไม่มีเลย	หมายถึง	ไม่ตรงกับความรู้สึกขณะนั้นของผู้ตอบ
มีบ้าง	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกขณะนั้นของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนั้นค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนั้นมากที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	ไม่มีเลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1.ข้าพเจ้ารู้สึกแจ่มใส				
2.ข้าพเจ้ารู้สึกเมื่อหน้าง่าย				
3.ข้าพเจ้ารู้สึกอยากร้องไห้				
4.ข้าพเจ้ารู้สึกมีความสุขเหมือนคนอื่น				
5.ข้าพเจ้ารู้สึกมักพลาดโอกาสเพราะ ตัดสินใจช้าเกิน				
6.ข้าพเจ้ารู้สึกว่า ได้พักผ่อน				
7.ข้าพเจ้ารู้สึกสุขมรอบคอบ				
8.ข้าพเจ้ารู้สึกมีอุปสรรคมากมายทำให้ ท้อใจ				
9.ข้าพเจ้ามักกังวลเกินกว่าเหตุ				
10.ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นสุข				
11.ข้าพเจ้ามักถือทุกสิ่งเป็นเรื่องจริงจัง				
12.ข้าพเจ้าขาดความมั่นใจในตัวเอง				
13.ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงในชีวิต				
14.ข้าพเจ้าพยายามหลีกเลี่ยงการ เผชิญหน้าความยุ่งยาก				
15.ข้าพเจ้ารู้สึกหม่นหมอง				
16.ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ				
17.ข้าพเจ้าถูกรบกวนโดยความคิดที่ไร้ สาระ				
18.ข้าพเจ้ามักฝงใจกับความผิดหวัง				
19.ข้าพเจ้าเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
20.ข้าพเจ้ามักมีความวุ่นวายใจและตั้ง เครียดเมื่อนึกถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องและสนใจ อยู่				
รวม				

แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ชื่อ..... วันที่.....

กลุ่ม () ทดลอง () ควบคุม

() ใช้สอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด

() ใช้สอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

คำชี้แจง: ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ท่านจึงไม่ควรใช้เวลาอันเกินควรในการพิจารณาคำตอบในข้อหนึ่งข้อใด แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ชัดเจนที่สุด

ไม่มีเลย	หมายถึง	ไม่ตรงกับความรู้สึกขณะนั้นของผู้ตอบ
มีบ้าง	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกขณะนั้นของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนั้นค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะนั้นมากที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	ไม่มีเลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1.ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2.ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นใจ				
3.ข้าพเจ้ารู้สึกดีใจ				
4.ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจ				
5.ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ				
6.ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด				
7.ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลกับเหตุร้ายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น				
8.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้พักผ่อน				
9.ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวล				
10.ข้าพเจ้ารู้สึกสะดวกสบาย				
11.ข้าพเจ้ารู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12.ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้นง่าย				
13.ข้าพเจ้ารู้สึกกระตือรือร้น				
14.ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดใจ				
15.ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย				
16.ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ				
17.ข้าพเจ้ารู้สึกกำลังกังวลใจ				
18.ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นตระหนก				
19.ข้าพเจ้ารู้สึกเร่าร้อนเบื่อกับงาน				
20.ข้าพเจ้ารู้สึกแจ่มใส				
รวม				

มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดตัวเลข

ชื่อ.....นามสกุล.....วันที่.....

กลุ่ม () ทดลอง () ควบคุม

() หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง

() หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

() หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง

คำชี้แจง

มาตรวัดนี้ เป็นมาตรวัดความปวดตามความรู้สึกของท่านในขณะนี้ เริ่มตั้งแต่หมายเลข 0 หมายถึง **ไม่มีความรู้สึกปวด** จนกระทั่งถึงหมายเลข 10 หมายถึง **มีความปวดมากที่สุด**

โปรดกาเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ใดก็ได้ตั้งแต่ 0-10 ซึ่งท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกปวดของท่านในขณะนี้มากที่สุด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างภาพพลิก



งดน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด



ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



บุคลากรในห้องผ่าตัด
พยาบาลห้องผ่าตัด
พยาบาลวิสัญญี
ผู้ช่วยพยาบาล



รอกก่อนเข้าห้องผ่าตัด



พบพยาบาล
ซักประวัติ
ทำความเข้าใจ

ห้องผ่าตัด



โคมไฟผ่าตัด

เครื่องช่วยพุงขา



การให้ยาชา
ทางช่องน้ำเลี้ยงไขสันหลัง
ในท่านั่ง



ขณะผ่าตัด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เพลงที่ใช้ในการทำวิจัย

เพลงพื้นเมือง ภาคใต้

คำร้อง-ทำนอง: พื้นเมืองใต้

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. รำโนราห์ (ร้อง) | 2. รำโนราห์ |
| 3. ระบายบ้องคัน | 4. ระบายประมง |
| 5. ระบายรองเงง | 6. ระบายฟ้าเต๊ะ |
| 7. ระบายชักพระ | 8. ระบายตารีก็ปิด |

เพลงลูกทุ่ง

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| 1. คนใกล้เมื่อไกลบ้าน | 2. ตัวให้คิดฮอด |
| 3. อยู่ในใจเสมอ | 4. ใจอ่อน |
| 5. อยากมีใครให้คิดถึง | 6. กรุณาอย่าเปลวใจ |
| 7. ขาดเขาเราอยู่ | 8. คนที่รอคอย |
| 9. ใจสารภาพ | 10. คนในหางตา |
| 11. เพียงเราฮักกัน | 12. อยากให้เธอเข้าใจ |
| 13. เคาใจฟ้า | 14. ออกหักเพราะฮักอ้าย |
| 15. สายเกินไป | 16. ขอจองในใจ |
| 17. เขียนด้วยใจลบด้วยน้ำตา | 18. ขอใช้สิทธิ์ |
| 19. ร่องอ้อ | 20. วินาศกรรมหัวใจ |

เพลงลูกกรุง

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1. น้ำตาแสงใต้ | 2. เรือนแพ |
| 3. หัวใจมีปีก | 4. ขาดฉันแล้วเธอจะรู้สึก |
| 5. สนามอารมณ์ | 6. ครวญ |
| 7. เพื่อ | 8. สักวันหนึ่ง |
| 9. โปรดเถิดดวงใจ | 10. ม่วยจำ |
| 11. เพียงคำเดียว | 12. หยาดน้ำฝนหยดน้ำตา |
| 13. จำเลยรัก | 14. เชื่อมซีเซียงรัก |
| 15. โปรดเถิดดวงใจ | 16. ความในใจ |
| 17. สักคืนกับชายก | 18. คนจะรักกัน |
| 19. คื่นทรมาน | |

ดนตรีบรรเลง

ประพันธ์เพลงเรียบเรียง จำรัส เสวตาภรณ์

- | | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| 1. สายน้ำนรินทร์ | 2. กวีบทสุดท้าย ณ ลำน้ำนรินทร์กาล |
| 3. เมื่อสายลมพัดผ่าน | 4. นทีธารสู่นิมานรดี |
| 5. สองฝากฝั่งน้ำ | 6. ไม่ไกลเกินฝัน |
| 7. กลับสู่ความหมายนิรันดร | 8. สายน้ำไม่ไหลกลับ |
| 9. สะพานข้ามปลาสนาคารนที | 10. อุปรากรแห่งสายน้ำ |

LOVE SONGE

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. LOVE ME LOVE MY DOG | 2. HANDY MAN |
| 3. THE ONE YOU LOVE | 4. RIGHT HERE WAITING |
| 5. BECAUSE I LOVE YOU | 6. GIRLYOU ARE MY LOVE |
| 7. VIN CENT | 8. YESTERDAY ONCE MORE |
| 9. WITH OUT YOU | |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

การให้ข้อมูลผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน

เรื่อง

การให้ข้อมูลผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง

สถานที่สอน	ข้างเตียงผู้ป่วย
ผู้สอน	นางนพวรรณ กฤตยภูมิตพจน์
ผู้เรียน	ผู้ป่วยกระดูกขาหัก
เวลาที่สอน	30-45 นาที
อุปกรณ์/สื่อประกอบการสอน	แผ่นภาพพลิก แผ่นพับ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อลดความวิตกกังวลขณะผ่าตัดและความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้เรื่องกระดูกขาหักและการผ่าตัด
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนให้ถูกต้องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ทำวิจัยและผู้ป่วย</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องกระดูกขาหัก</p>	<p>สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำอยู่ที่ห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลแห่งนี้ วันนี้จะมาคุยกันเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดผู้ป่วยที่มีกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังเพื่อลดความวิตกกังวลหรือ ไม่สบายใจของผู้ป่วยที่มีกระดูกขาหัก ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะรับการผ่าตัดและหลังผ่าตัดตลอดจนความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัดพร้อมทั้งนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางให้การดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต</p> <p>ความหมายของกระดูกหัก หมายถึง การที่ส่วนประกอบของกระดูกหัก โดยที่กระดูกอาจเคลื่อนจากกันหรืออาจจะยังคงอยู่ในรูปเดิม อาจมีบาดแผลหรือไม่มีบาดแผลมักเกิดร่วมกับอันตรายต่อเนื้อเยื่อใกล้เคียงเส้นเลือด เส้นประสาท เอ็น และอวัยวะภายในอื่น ๆ ด้วย</p>	<p>สร้างสัมพันธภาพในตอนบ่ายเวลาประมาณ 14.00 น. ของวันก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล แนะนำตนเอง ด้วยท่าที่เป็นมิตร บอกชื่อสกุล การศึกษาและสถาบันการศึกษา ให้ความจริงใจ และความสนใจในตัวผู้ป่วย</p> <p>บรรยายร่วมกับการสนทนาซักถาม</p>	<p>สื่อการสอน</p> <p>ภาพพลิก</p>	<p>ท่าที่ที่แสดงถึงความสนใจของผู้ป่วย</p> <p>ผู้ป่วยสามารถบอกตำแหน่งการหักของกระดูกได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการรักษากระดูกขาหัก(โดยเน้นผู้ป่วยเป็นรายบุคคล)</p>	<p>กระดูกขาประกอบด้วย กระดูกต้นขา กระดูกปลายขา กระดูกต้นขา เป็นกระดูกที่มีลักษณะเป็นท่อนยาวและจัดเป็นกระดูกที่ใหญ่ที่สุดและยาวที่สุด แข็งแรงที่สุดในร่างกาย (ไพรัช ประสงค์จีน,2541) เมื่อกระดูกต้นขาหักจะพบว่าขาข้างที่หักมักสั้นขึ้นไปมาก เนื่องจากการหดรั้งของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ จึงทำให้กระดูกมีการเกาะกันได้ง่าย โดยอาจเกาะกันได้ถึง 4-5 นิ้ว</p> <p>กระดูกปลายขา ประกอบด้วย กระดูก 2 ชิ้นคือ กระดูกทibia และกระดูก fibula กระดูกทibia พบว่าหักบ่อยเพราะอยู่ใกล้ผิวหนัง และไม่มีกล้ามเนื้อรองรับแรงกระแทกและเมื่อหักปลายกระดูกอาจทะลุออกมาภายนอก</p> <p>กระดูกทibia มักติดกันช้ามาก เนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงกระดูกน้อย</p> <p>การรักษาเบื้องต้นควรจัดกระดูกให้อยู่หนึ่ง ๆ ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก จะใช้การตรึงภายนอกโดยวิธีการดิ่งถ่วง ซึ่งมี 2 วิธี คือการดิ่งถ่วงผ่านผิวหนัง ใช้น้ำหนักถ่วงเพียงเบา ๆ ประมาณ 5 ปอนด์ และการดิ่งถ่วงผ่านกระดูก ซึ่งใช้ เหล็กเจาะผ่านกระดูกเพื่อดิ่งด้วยน้ำหนัก 15-20 ปอนด์ (เจริญ โชติกวณิชย์,2539) ส่วนในกระดูกขาส่วนปลาย ส่วนมากจะรองไว้ด้วยเฟือก</p>	<p>บรรยายประกอบภาพพลิก</p>	<p>ภาพพลิก</p>	<p>ผู้ป่วยให้ความสนใจเป็นอย่างดี</p>

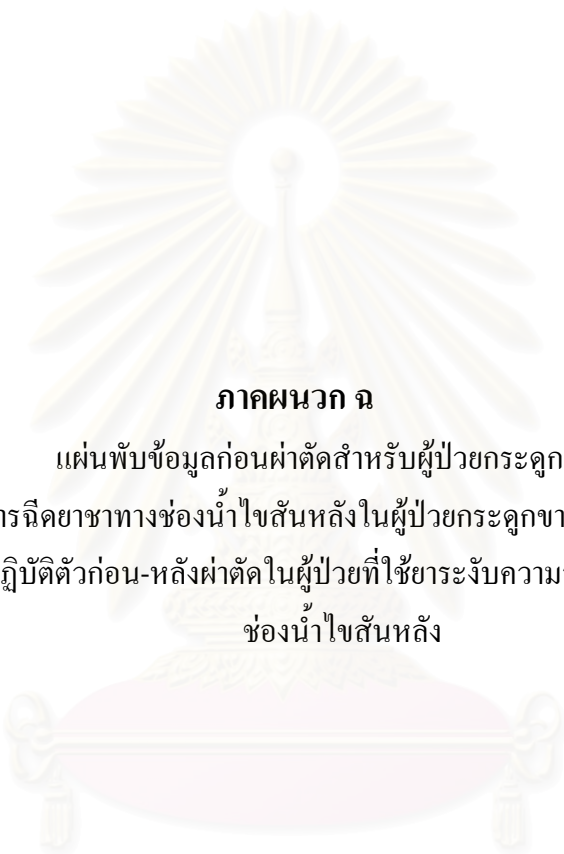
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดได้ ถูกต้องลดความวิตกกังวล</p>	<p>หลักการรักษา 3 ประการคือ 1) เพื่อให้กระดูกติดในเวลาอันควร 2) เพื่อให้กระดูกเข้าที่เหมือนกับลักษณะทางกายวิภาคปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติ 3) เพื่อให้ส่วนที่ได้รับบาดเจ็บทำหน้าที่ได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติในเวลาอันรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (เจริญ โชติกวนิชย์ , 2539 : 17-19) โดยวิธีการผ่าตัด มี 2 วิธี ดังนี้</p> <p>1.การผ่าตัดยึดตรึงด้วยแกนโลหะ</p> <p>เป็นการรักษากระดูกหักการจัดเรียงกระดูกให้เข้าที่โดยการดึงภายใต้ การควบคุมของเครื่องถ่ายภาพชนิดมีจอภาพ และชนิดที่เปิดเข้าบริเวณที่กระดูกหัก เป็นการใส่แกนโลหะจากการใส่แกนโลหะจากรอยกระดูกหักโดยตรง</p> <p>2. การผ่าตัดยึดตรึงด้วยแผ่นโลหะและหมุดเกลียวโลหะ</p> <p>เป็นการรักษากระดูกหัก กรณีที่มีกระดูกหักหลาย ๆ ที่ หรือกระดูกหักใน ส่วนบน หรือส่วนอื่นที่ตรึงด้วยแกนโลหะแล้วไม่มั่นคงพอ</p> <p>การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมีขั้นตอนดังนี้</p> <p>1.การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดทั่วไป เช่น</p> <p>1.1 การงดน้ำ งดอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัด1วัน หรือการงดน้ำ งดอาหารก่อนผ่าตัดเป็นเวลา8ชั่วโมง เป็นการป้องกันการสำลักอาหารเข้าสู่ หลอดลม</p>	<p>บรรยาย</p>	<p>ภาพพลิกและแผ่นพับ</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพต่างๆไปของห้องผ่าตัด</p>	<p>1.2 การทำความสะอาดร่างกายและทำความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่</p> <p>1.3 การเจาะเลือด เพื่อการตรวจหมู่เลือด การหาปริมาณความหนาแน่นของเม็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด ปริมาณเกลือแร่ และน้ำ</p> <p>1.4 แจ้งให้ทราบว่าฟิล์มกระดูกขาที่หักจะถูกนำไปห้องผ่าตัดพร้อมกับผู้ป่วย</p> <p>2. สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในวันผ่าตัด</p> <p>2.1 การแต่งกายของบุคลากรในห้องผ่าตัด คือ บุคลากรจะสวมชุดสีเขียวทั้งหมด จะสวมหมวก ผูกผ้าปิดปากและจมูก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคขณะผ่าตัด</p> <p>2.2 สถานที่สำหรับให้ผู้ป่วยนอนรอก่อนผ่าตัด อาจเป็นห้องรอก่อนผ่าตัด หรือหน้าห้องผ่าตัด เมื่อทีมผ่าตัดพร้อมเจ้าหน้าที่จะย้ายเข้าห้องผ่าตัด ขณะที่นอนรอก่อนผ่าตัดผู้ป่วยสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในห้องผ่าตัดได้ตลอดเวลา เมื่อต้องการความช่วยเหลือ</p> <p>2.3 สภาพภายในห้องผ่าตัดที่ประกอบด้วยเตียงผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ใช้ในการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก อุณหภูมิในห้องผ่าตัดซึ่งจะต่ำกว่าปรกติผู้ป่วยจะรู้สึกหนาวเย็น</p>	<p>บรรยายประกอบภาพพลิก</p>	<p>ภาพพลิก สภาพห้อง ผ่าตัดและ บุคลากร</p>	<p>-ผู้ป่วยมีสีหน้าดีขึ้น -รู้สึกไว้วางใจมากขึ้นจากการที่กล้าพูด กล้าซักถาม</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>เพื่อสร้างเสริมประสบการณ์ในการรับรู้เรื่องการใช้ยาทางช่องน้ำไขสันหลัง ตลอดจนข้อมูลการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ</p>	<p>3. สิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบในระหว่างผ่าตัด</p> <p>3.1 การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) ผู้ป่วยต้องนอนตะแคงงอเข้าชิดอกให้มากที่สุด หรือนั่งก้มหน้าโค้งหลังเต็มที่เพื่อให้วิสัญญีแพทย์จะฉีดยาเข้าไประหว่างช่องกระดูกสันหลังได้สะดวก ขณะฉีดยาผู้ป่วยต้องนอนนิ่งๆ ภายหลังให้ยาชาผู้ป่วยจะชาบริเวณที่ต่ำกว่าระดับที่ฉีดยาถึงปลายเท้าสองข้าง ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลา แต่จะไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดขณะผ่าตัด ยาชาจะค่อยๆ หมดฤทธิ์ไปเองหลังผ่าตัดประมาณ 3-5 ชั่วโมง</p> <p>3.2 ท่าที่ใช้ในการผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น อาจนอนหงายหรือนอนตะแคงกึ่งคว่ำ</p> <p>3.3 ขั้นตอนการทำผ่าตัด และระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ควรให้ข้อมูลคร่าวๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย</p>	<p>บรรยายประกอบภาพพลิกพร้อมซักถาม</p>	<p>ภาพพลิกทำสำหรับการให้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังพร้อมแผ่นพับ</p>	<p>ผู้ป่วยเข้าใจเป็นอย่างดีสามารถบอกทำที่ตนเองจะต้องทำขณะให้ยาชาทางช่องไขสันหลังและสามารถบอกทำที่ตนใช้ในการผ่าตัดได้</p>
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้สภาพของตนเองหลังผ่าตัดพร้อมการดูแลตนเองเพื่อลดความเจ็บปวด</p>	<p>4. สภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด</p> <p>4.1 ตำแหน่งของแผลผ่าตัด จะมีสายยางระบายต่อออกจากแผลผ่าตัดหรือบริเวณใกล้เคียง เพื่อระบายเลือดหรือน้ำเหลืองที่ค้างอยู่ในแผลผ่าตัดห้ามผู้ป่วยดึงสายยางออก</p> <p>4.2 การอยู่ในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดจะมีพยาบาลให้การช่วยเหลืออย่าง</p>	<p>บรรยายประกอบภาพพลิก</p>	<p>ภาพพลิก</p>	<p>ผู้ป่วยเข้าใจสภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี และสามารถบรรเทาอาการ</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ของการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก</p>	<p>ใกล้ชิดตลอด เวลาจนกว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยและสามารถเคลื่อนไหวขาและเท้าได้ โดยทั่วไปจะอยู่ในห้องพักฟื้นประมาณ 0.5-1 ชั่วโมง ในขณะที่อยู่ในห้องนี้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือสิ่งใดให้แจ้งกับพยาบาลประจำห้องได้ตลอดเวลา</p> <p>4.3 อาการปวดแผลหลังผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัดให้แจ้งกับพยาบาลเพื่อขอาระงับปวดได้ทั้งในขณะที่อยู่ในห้องพักฟื้นและที่ตึกผู้ป่วย นอกจากการให้ยาาระงับปวดแล้วยังมีวิธีการบรรเทาปวดได้ เช่น การจัดทำนอน การทำจิตใจให้สงบการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการอ่านหนังสือตลกคลายเครียด การฟังเพลง การฝึกสมาธิหรือการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนข้างเตียง</p> <p>ประโยชน์ของการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวไว้นาน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคแทรกซ้อน 2. จัดกระดูกเข้าที่ได้สนิท 3. ข้อเคลื่อนไหวได้เร็ว 4. ในรายที่นำกระดูกมาใส่เสริมบริเวณที่หักทำให้ชิ้นกระดูกไม่เคลื่อนไหวและกระดูกติดเร็วขึ้น <p>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวกระดูกอาจแทงถูกเส้นเลือด</p>	<p>บรรยาย พร้อมซักถาม</p>		<p>ปวดได้</p> <p>ผู้ป่วยสามารถบอกประโยชน์ของการใส่เหล็กตามกระดูกได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>6. ให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น ช่วงเวลาอยู่โรงพยาบาลต้น ระยะพักฟื้นสั้น</p> <p>สรุป</p> <p>การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดเป็นการเตรียมตัวของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจให้พร้อมในการที่จะเผชิญกับสิ่งคุกคามนั้นคือการผ่าตัด การมี ประสบการณ์จากการเรียนรู้มาก่อนจะช่วยลดความวิตกกังวลและความ เจ็บปวดของผู้ป่วยได้</p>			<p>ผู้ป่วยรับทราบ ข้อมูลและยินดี ให้ความร่วมมือ ในการทดลอง ครั้งนี้</p>



ภาคผนวก ฉ

แผ่นพับข้อมูลก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหัก

แผ่นพับการนิยชาทางช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่เข้ารับการผ่าตัด

แผ่นพับการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ใช้ยาระงับความรู้สึกด้วยการนิยชาทาง
ช่องน้ำไขสันหลัง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลก่อนผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยกระดูกขาหัก



นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์
พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

กระดูกขาหักหมายถึงอะไร?
กระดูกขาหักหมายถึง การที่ส่วนประกอบ
ของกระดูกต้นขาหรือกระดูกปลายขาหัก โดยที่
กระดูกอาจเคลื่อนจากกันหรืออาจจะยังคงอยู่ในรูป
เดิม อาจมีบาดแผลหรือไม่ก็ได้



วิธีการรักษา มี 2 วิธี

1. การเข้าเฝือก
2. การทำผ่าตัด



การเตรียมตัวทั่วไปก่อนผ่าตัด

1. การงดน้ำและอาหารทุกชนิดก่อนผ่าตัดเป็นเวลา 8 ชั่วโมง
2. ทำความสะอาดร่างกายและผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด
3. เจาะเลือดเพื่อหาหมู่เลือด
4. นำฟิล์มกระดูกขาที่หักไปห้องผ่าตัด
5. ถ้ามีฟันปลอมควรถอดเก็บไว้
6. ไม่ควรนำของมีค่าติดตัวมาห้องผ่าตัด

สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะพบในวันผ่าตัด



1. การแต่งกายของเจ้าหน้าที่



2. ระหว่างรอผ่าตัด



3. สภาพภายในห้องและอุปกรณ์ต่างๆ



4. สภาพอากาศในห้องจะมีอุณหภูมิประมาณ 20 องศา

สิ่งที่ผู้ป่วยจะพบในระหว่างผ่าตัด

1. การให้ยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง



2. ท่าที่ใช้ในการผ่าตัดเช่นนอนหงายหรือนอนตะแคง



3. ก่อนทำผ่าตัด แพทย์ใช้เครื่องมือห้ามเลือดรัดบริเวณต้นขาและทดสอบการออกฤทธิ์ของยาชา



ขณะทำผ่าตัด



ภาพถ่ายรังสีหลังผ่าตัด

4. การได้ฟังดนตรีที่ผู้ป่วยชอบขณะผ่าตัด



สภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. ตำแหน่งของแผล จะมีสายระบายต่อจากแผลผ่าตัดหรือบริเวณใกล้เคียง



2. นอนราบหนุนหมอนได้
3. ขาที่ทำผ่าตัดยกสูงมีหมอนรอง

4. อยู่ในห้องพักฟื้นประมาณ 1/2 ถึง 1 ชั่วโมงเพื่อสังเกตอาการทั่วไป



5. อาการปวดแผลหลังผ่าตัด



การฉีดยาชาทาง ช่องน้ำไขสันหลัง ในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ เข้ารับการผ่าตัด



นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์
นิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การฉีดยาชาทางช่องน้ำไขสันหลังคืออะไร

คือการทำให้อาการปวดท่อนล่างชาหมดความรู้สึกชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง เมื่อยาชาหมดฤทธิ์ก็จะกลับสู่ปกติ ซึ่งการฉีดยาชาเฉพาะที่เข้าช่องไขสันหลังนั้นผู้ป่วยจะไม่เจ็บปวดขณะได้รับการผ่าตัด นอกจากนี้ยาชายังทำให้ร่างกายท่อนล่างเคลื่อนไหวไม่ได้ซึ่งทำให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดได้สะดวกขึ้นโดยตลอดเวลาที่ผ่าตัดผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัว และพูดคุยกับศัลยแพทย์ได้หรือในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมาก วิสัญญีแพทย์ก็สามารถฉีดยานอนหลับได้หลังจากที่ผู้ป่วยชาดีแล้ว



วิธีนี้ใช้กับผู้ป่วยทุกคนได้หรือไม่?

ส่วนใหญ่จะใช้กับผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดตั้งแต่เอวลงมา ยกเว้นผู้ป่วยบางกลุ่มที่ต้องหลีกเลี่ยง เช่น ที่หลังผู้ป่วยมีแผลตรงตำแหน่งฉีดยาชา มีปัญหาเลือดออกไม่หยุด มีความผิดปกติของกระดูกสันหลัง เป็นโรคระบบประสาทบางชนิด มีภาวะขาดน้ำหรือเสียเลือดมาก และผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

ผู้ป่วยจะต้องเตรียมตัวอย่างไร?

ต้องงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ถ้ายับสสาวะและอุจจาระก่อนไปห้องผ่าตัด บางครั้งอาจได้รับการสวนอุจจาระก่อน

ณ.ห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับ การปฏิบัติดูแลอย่างไร?

เมื่อถึงห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์จะให้น้ำเกลือ วัดความดันโลหิต และชีพจร

หลังจากนั้น จะให้ผู้ป่วยนอนตะแคง
โค้งหลังโดยงอเข่าทั้งสองข้าง ดึง
ขึ้นมาชิดหน้าอกมากที่สุด กัมศีระษะ
คางชิดอก เพื่อให้ช่องระหว่างกระดูก
สันหลังกว้างมากขึ้น จะได้ฉีดยาได้
สะดวกและง่ายขึ้น ขณะฉีดยาชา
ผู้ป่วยต้องนอนนิ่งๆ เพื่อไม่ให้เข้มน
เลื่อน



ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถนอนตะแคง
ได้ วิสัญญีแพทย์จะฉีดยาชาเข้าทาง
ช่องไขสันหลังในที่นี้ โดยผู้ป่วยต้อง
กัมศีระษะลงให้มากที่สุด



หลังฉีดยาชาแล้วรู้สึก อย่างไร?

เมื่อยาชาออกฤทธิ์ ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึก
ขาจากปลายเท้าขึ้นมาเรื่อยๆจนถึง
บริเวณหน้าท้อง และไม่สามารถขยับ
ร่างกายท่อนล่างได้ ในระยะนี้ถ้ามี
อาการคลื่นไส้ อาเจียน แน่นอึดอัด
หายใจไม่คล่อง หรือมีความผิดปกติ
อื่นๆ ให้แจ้งวิสัญญีแพทย์ หรือผู้ดูแล
ทันที



ยาชาจะหมดฤทธิ์เมื่อไร?

ผู้ป่วยจะเริ่มขยับขาได้และความรู้สึก
ต่างๆจะกลับคืนมาภายใน 2-5 ชั่วโมง
(ขึ้นกับชนิดของยาชาที่ได้รับ) และ
อาจเริ่มมีความรู้สึกปวดแผลผ่าตัด
ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวดเพื่อบรรเทา
อาการปวดต่อไป



หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะปฏิบัติตัวอย่างไร?
ควรนอนราบอย่างน้อย 12 ชั่วโมง
เมื่อแพทย์อนุญาตให้ดื่มน้ำได้ ควรดื่มน
น้ำมากๆและไม่ควรวางกระเป๋าน้ำร้อน
บนบริเวณที่ขายังชาอยู่

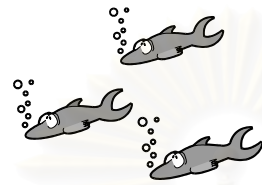


เนื้อเรื่องของเอกสารฉบับนี้มาจาก
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา
คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การปฏิบัติตัวก่อน-
หลังผ่าตัด
ในผู้ป่วยที่ใช้ยา
ระงับความรู้สึก
ด้วยการฉีดยาชา



นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์
พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด



การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

- ☺ งดน้ำงดอาหาร 6 – 8 ชั่วโมง
- ☺ เตรียมความสะอาดบริเวณผ่าตัด
อาบน้ำสระผม ตัดเล็บให้สะอาด ☺
ฝึกบริหารการหายใจ โดยหายใจเข้า-
ออกลึก ๆ ช่วยให้ปอดได้รับออกซิเจนได้
เต็มที่
- ☺ ถอดของมีค่าโลหะ (แวนดา แหวน
ต่างหู) เพื่อป้องกันการสูญหาย และ
ป้องกันผิวหนังไหม้จากการใช้จี้ไฟฟ้า
- ☺ ถอดฟันปลอม เพื่อความปลอดภัย



ในการให้ยาระงับความรู้สึก

- ☺ ไม่ควรทาเล็บ ทาปาก เพื่อสะดวก
ในการตรวจอาการขาดออกซิเจนขณะ
ผ่าตัด
- ☺ เซนไบนินย้อมก่อนผ่าตัด

สิ่งต่างๆ ที่ท่านจะต้องพบในห้องผ่าตัด

ผู้ป่วยจะนอนรอหน้าห้องผ่าตัด เมื่อทีม
ผ่าตัดพร้อม จึงจะย้ายเข้าห้องผ่าตัด



หมอและพยาบาลสวมชุดสีเขียว สวม
หมวกมีผ้าปิดปาก-จมูก (ป้องกันการ
แพร่กระจายของเชื้อโรคสู่แผลผ่าตัด)



ในห้องผ่าตัดจะมีเตียงผ่าตัด โคมไฟผ่าตัด อุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึก



ญาติรอผู้ป่วยบริเวณหน้าห้องผ่าตัด และสามารถติดต่อกับประชาสัมพันธ์ห้องผ่าตัดได้



วิสัญญีแพทย์จะให้ยาระงับความรู้สึกโดยฉีดยาเข้าไขสันหลัง

☼ ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด อาจมีสายยางออกจากแผลเพื่อระบายเลือดที่ค้างอยู่



☼ ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดจนกว่าอาการชาที่ขาหายไปหรือสามารถขยับขาได้จึงส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย



☼ ผู้ป่วยที่ฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง ความรู้สึกจะกลับคืนมาภายใน 2-5 ชั่วโมง

☼ ถ้าปวดแผลผ่าตัด ให้แจ้งพยาบาลเพื่อขอยาระงับปวด

การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

- + ผู้ป่วยที่ฉีดยาเข้าไขสันหลัง จะต้องนอนราบไม่หนุนหมอน 8-12 ชั่วโมง
- + ดื่มน้ำมาก ๆ เมื่อแพทย์อนุญาต
- + ไม่ควรวางกระเป๋าน้ำร้อนบริเวณขาที่ขาอยู่
- + ควรเคลื่อนไหวเท้าหรือขาเพื่อให้เกิดการไหลเวียนของเลือดดีขึ้นและลดการปวดบวมของขาและเท้า



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางนพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์

วัน เดือน ปี เกิด 13 เดือนมกราคม พ.ศ. 2507

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7

สถานที่ทำงาน ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สำเร็จการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพในปีการศึกษา 2529

สำเร็จปริญญาตรีสาขาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชในปีการศึกษา 2531

ประสบการณ์การทำงาน พยาบาลประจำการห้องผ่าตัด ตั้งแต่ปี 2529-ปัจจุบัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย