

ผลของการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

นางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ

ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF USING INFORMATION COMBINED WITH GUIDED IMAGERY
ON COMFORT AMONG POST ABDOMINAL SURGICAL PATIENTS



Miss Boonyarat Sungsuwan

ศูนย์วิทยุทันตกรรม
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความ
สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

โดย

นางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ

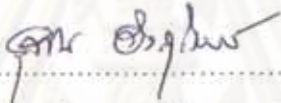
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

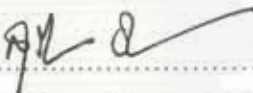
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภางรีย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภางรีย์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลสิทธิ์)

ศูนย์วิจัยสหเวชศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ : ผลของการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (THE EFFECT OF USING INFORMATION COMBINED WITH GUIDED IMAGERY ON COMFORT AMONG POST ABDOMINAL SURGICAL PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์, 133 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต จำนวน 40 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จับคู่โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ และชนิดของการผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ เป็นระยะเวลา 3 วัน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือโปรแกรมการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ และแบบสัมภาษณ์ความสบาย ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคที่ยอมรับได้เท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที ซึ่งมีผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพมีความสบายสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (\bar{X} = 2.34, SD = .11 and \bar{X} = 2.74, SD = .12, t = -11.30, p < .05)



ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ลายมือชื่อนิสิต บุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ
ปีการศึกษา2552.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก โสภากาจารย์

5077578636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: USING INFORMATION/ GUIDED IMAGERY/ COMFORT/ ABDOMINAL SURGERY

BOONYARAT SUNGSUWAN: THE EFFECTS OF USING INFORMATION COMBINED WITH GUIDED IMAGERY ON COMFORT AMONG POST ABDOMINAL SURGICAL PATIENTS. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CHOMPUNUT SOPAJAREE, Ph.D., RNC. 133 pp.

This purpose of this quasi experimental study was to examine the effect of using information combined with guided imagery on comfort among post abdominal surgical patients. Forty subjects who met the inclusion criteria and were admitted for surgery at Vachira Phuket Hospital were included in the study. Twenty subjects each were in an experimental group or a control group. The subjects in each group were matched by gender and type of operation. The control group received conventional nursing care while the experimental group received information and guided imagery for three consecutive days. The research tools consisted of Information Combined with Guided Imagery Program and the Comfort scale. The reliability of the Comfort scale was acceptable, with a Cronbach's alpha of .82. T-test was used for analysis. The findings revealed higher comfort among post abdominal surgical patients in the experimental group than that of the control group (\bar{X} = 2.34, SD= .11 and \bar{X} = 2.74, SD= .12, t= -11.30, p<.05).



Field of study: Nursing Science Student's signature: *[Signature]*
Academic Year:.....2009 Advisor's signature: *[Signature]*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็น ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้จุดประกายความคิด และปลูกฝังจิตสำนึกการเป็นพยาบาลที่ดี ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนอุดหนุนการศึกษาสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์ในการวิจัย ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างสูงสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ และเพื่อนนิสิตปริญญาโททุกท่านที่คอยให้กำลังใจ มีไมตรีจิต และช่วยเหลือสนับสนุน ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาล วชิระภูเก็ต ที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และบุคคลที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ สมาชิกในครอบครัวผู้ให้ปัจจัยทุก ด้านอันก่อให้เกิดชีวิตที่ใฝ่การเรียนรู้มุ่งมั่นทำคุณประโยชน์ต่อสังคม ขอขอบคุณบุคคลที่เป็นที่รักของผู้วิจัยทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจในการศึกษา คุณประโยชน์อันก่อเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบให้กับทุกท่านที่ผู้วิจัยได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
คำถามการวิจัย	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
การผ่าตัดช่องท้อง.....	12
ความสุขสบายในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง.....	16
ทฤษฎีความสุขสบาย.....	26
การปฏิบัติการพยาบาลต่อความสุขสบาย.....	34
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีความสุขสบาย	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	53
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การดำเนินการทดลอง.....	60
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	64

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	70
สรุปผลการวิจัย.....	73
การอภิปรายผลการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย.....	78
รายการอ้างอิง.....	79
ภาคผนวก.....	93
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	94
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล.....	96
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	104
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	110
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	133

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญัตินำ

ตาราง	หน้า
1	ข้อคำถามของแบบสอบถามความทุกข์สบายทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับ มิติความทุกข์สบายทั้ง 2 มิติในข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ..... 25
2	ข้อคำถามของแบบสอบถามความทุกข์สบายทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับ มิติความทุกข์สบายทั้ง 2 มิติในข้อคำถามที่เหลือ 32 ข้อ..... 26
3	ความสัมพันธ์ของมิติความทุกข์สบาย..... 29
4	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 66
5	ข้อมูลการผ่าตัด และกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง..... 67
6	เปรียบเทียบความทุกข์สบายรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพกับกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ..... 68
7	เปรียบเทียบความทุกข์สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องหลังการทดลอง ทั้งรายด้านและโดยรวมในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... 69

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1	กรอบแนวคิดของทฤษฎีความสุขสบาย.....	44
---	------------------------------------	----



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรมที่พบบ่อย ซึ่งจากสถิติของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องสูงถึงร้อยละ 62.7 ของผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวชกรรมทั้งหมด (หน่วยเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต, 2551) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสุขสบายลดลง (พรณี ไพศาลทักษิณ, 2540) ปัจจัยที่ส่งผลให้มีความสุขสบายลดลงภายหลังการผ่าตัดช่องท้องในด้านต่าง ๆ พบว่าด้านร่างกายมีปัจจัยรบกวน ได้แก่ การปวดแผลผ่าตัด ที่พบมากถึงร้อยละ 80 โดยระบุว่าผู้ป่วยมีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง (ปิลันธน์ ลิขิตกำจร, 2546; Ashburn & Ready, 2001; Coda & Bonica, 2001; Rahman & Beattie, 2005) ซึ่งส่งผลต่อความสุขสบายมากที่สุด (พรณี ไพศาลทักษิณ, 2540) ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Barth & Jensen, 2006) ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการผ่าตัด ส่วนด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ นั้นปัจจัยที่รบกวนความสุขสบายได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัวหลังผ่าตัดและความรู้สึกสูญเสียในคุณค่าของตนเอง ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นทันทีและจะยังคงอยู่เรื่อย ๆ ไปจนถึงระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด (Lemaitre & Finnegan, 1980; Wiens, 1998) ซึ่งจะเกิดกับผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดทุกชนิด (Allen, Brockbank, Carr, & Strick, 2006) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วย ต้องพึ่งพาและการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่าปกติ ถูกแยกจากครอบครัวและสังคม สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Good, 1999; Kitcatt, 2000; Topf, Bookman, & Arand, 1996; Marin et al., 1999) จัดเป็นปัจจัยรบกวนความสุขสบายด้านสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรณี ไพศาลทักษิณ (2540) และปิลันธน์ ลิขิตกำจร สุนุดตรา ตะบูนพงศ์และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2546) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องใน 3 วันแรกมีความสุขสบายอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่กล่าวมาแต่ละด้านนั้นล้วนเป็นสิ่งคุกคามต่อภาวะสุขภาพของบุคคล การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้การดูแลความสุขสบายอย่างมีคุณภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองของความ ต้องการ 4 ด้าน ให้เกิดการบรรเทา มีความสบายและหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานซึ่งจะนำไปสู่ความสุขสบายทั้งองค์รวม

เมื่อพิจารณาความหมายของความสุขสบายในมุมมองของความ ต้องการของผู้รับบริการ แล้วพบว่าความสุขสบายทั้งองค์รวม (Holistic comfort) เป็นภาวะที่พึงประสงค์ของมนุษย์ทั้งในภาวะปกติ

และเจ็บป่วย เป็นผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพ เป็นภาวะที่บุคคลมีความเข้มแข็ง สามารถรับรู้ได้ทันที จากการได้รับการตอบสนองของความต้องการโดยได้รับการบรรเทา มีความสบายและหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ประกอบด้วยความสุขสบายด้านร่างกาย ความสุขสบายด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ความสุขสบายด้านสังคม-วัฒนธรรม และความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (Kolcaba, 1994, 2003; Kolcaba, Tilton & Drouin, 2006) ความสุขสบายดังกล่าวเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคเร็วขึ้น และมีระยะเวลาที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง (Kolcaba, 1994) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งองค์รวมจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล และอยู่ในขอบเขตของการปฏิบัติบทบาทอิสระตั้งแต่กระบวนการประเมินจนถึงการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล

การศึกษาเกี่ยวกับความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของพรอณี ไพศาลทักษิณ (2540) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในระยะหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง มีความสุขสบายโดยรวมต่ำสุด ซึ่งหลังผ่าตัดแต่ละระยะนั้นระดับความสุขสบายมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกัน จำแนกตามรายด้านโดยพบว่า ในระยะหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมงผู้ป่วยมีความสุขสบายด้านร่างกาย อยู่ในระดับน้อยมาก เนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิลันธน์ ลิขิตกำจร (2546) Ashburn และ Ready (2001) Coda และ Bonica (2001) และ Rahman และ Beattie (2005) ที่พบว่าอาการปวดแผลจัดเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยต้องเผชิญในระยะหลังผ่าตัด และส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียน ระบบทางเดินอาหาร นอกจากนี้ผลการวิจัยดังกล่าวยังพบว่า การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายมากที่สุดในชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยตามมาส่งผลกระทบต่อจิตใจรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นหรือคุณค่าในตนเอง มีผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด (Barth & Jenson, 2006; Dunwoody et al., 2008) ซึ่งจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ขัดขวางกระบวนการใช้สติปัญญาการตัดสินใจ และการเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ชัดเจนต่อการผ่าตัด การทำหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ลดลง ก่อให้เกิดความสุขสบายด้านจิตใจ- จิตวิญญาณ ลดลง ส่วนความสุขสบายด้านสังคม-วัฒนธรรมนั้นพบว่ามีความสุขสบายอยู่ในระดับน้อย จากสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากความต้องการของผู้ป่วยที่จะรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะเกิดจนถึงระยะหลังผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมง ส่วนในระยะหลังผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมง จนถึงระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบระดับความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากห้องมักมีเสียงรบกวน รู้สึกขาดความเป็นส่วนตัวอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Dunwoody et al., 2008) และเมื่อความ

ต้องการความสุขสบายไม่ได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยจะเกิดความไม่พึงพอใจ ส่งผลให้พฤติกรรมแสวงหาสุขภาพของผู้ป่วย ลดลงหรือไม่มีเลย (Kolcaba, 1995) ผลกระทบของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้นทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดไม่ดีและผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ (Avidan, Harvey, Ponte, Wendon & Ginsburg, 2003)

การทบทวนวรรณกรรมในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาพบว่ายังมีความจำกัดใน การศึกษาถึงรูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง นอกจากนี้การพิจารณา งานวิจัยที่มีอยู่เพียงจำกัดนี้ ยังพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นเฉพาะการส่งเสริมความสุขสบายด้านใด ด้านหนึ่งเท่านั้น เช่น การศึกษาของปริดา บุญญสุวรรณ (2547) ขวัญจิต ไชยชุม (2549) จวง เผือกคง (2550) และ Lin และ Wang (2005) ที่ศึกษาวิถีจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อให้เกิดความสุขสบายด้านร่างกาย ด้านการศึกษาของปริญญา สนิกะวาที (2542) และนพวรรณ กฤตยภูษิต พจน์ (2548) ก็สะท้อนเพียงวิธีการเพื่อตอบสนองความสุขสบายด้านจิต -วิญญาณ นอกจากนี้ การศึกษาของรุ่งนภา ชัยรัตน์ (2545) และ การศึกษาของกัลยา สรรพอุดม (2546) ก็ยังคงจำกัดเพียง การจัดการกับปัจจัยด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมเท่านั้น ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายครอบคลุมทุกด้านจึงมีความจำเป็น

การศึกษา เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดความสุขสบาย ได้มีการนำทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba (2003) มาประยุกต์ใช้โดย Wilson และ Kolcaba (2004) ต่อมาคือ Kolcaba และ DiMarco (2005) นำทฤษฎีความสุขสบายมาประยุกต์โดยกล่าวว่าการส่งเสริมความสุขสบายมี 3 ส่วน ซึ่งจะร่วมกันนำไปสู่ความสุขสบายทั้งองค์รวมซึ่ง เป็นการรับรู้โดยผู้ป่วย การส่งเสริมความสุขสบาย 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมความสุขสบายพื้นฐาน (Standard comfort intervention) เป็นรูปแบบการรักษาภาวะสมดุลของร่างกายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นการตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น 2) การส่งเสริมความสุขสบายด้วยการสอนแนะ (Coaching) เป็นกลยุทธ์ทางการพยาบาล ที่ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้ความรู้และการรับฟัง เป็นต้น การส่งเสริมความสุขสบายด้วยการสอนแนะ สามารถบรรเทาความวิตกกังวล และเสริมสร้างความมั่นใจแก่ ผู้ป่วยได้ 3) การสนับสนุนความสุขสบายด้านจิต -วิญญาณ (Comfort food for the soul) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกระทำขึ้น ด้วยความตั้งใจ ที่จะส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยหรือครอบครัวเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคามได้อย่างเหมาะสมซึ่งมีทั้ง การผ่อนคลาย การสัมผัส การสร้างจินตภาพ เป็นต้น Kolcaba (1992) กล่าวว่าปัจจุบันพยาบาลไม่มีเวลาในการส่งเสริมความสุขสบายด้านจิต วิญญาณได้เท่าที่ควร เนื่องจากถูกจำกัดด้วยเวลาจึงทำให้พยาบาลส่วนใหญ่ละเลยในกิจกรรมนี้ จึงแนะนำวิธีการฝึกการ

ผ่านคลายโดยนำการสร้างจินตภาพมาใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อให้เกิดความผ่อนคลายทั้งองค์รวม การสร้างจินตภาพจะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองให้มีการใช้ความคิดเห็นภาพ และสถานที่ที่พึงพอใจช่วยให้เกิดความสุขสบายได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำการสร้างจินตภาพมาเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติพยาบาลเพื่อเพิ่มความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องซึ่งจะนำไปสู่ความสบายอย่างเป็นองค์รวมซึ่งการพยาบาลตามปกติในระยะนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะประกอบด้วยการประเมินข้อมูลการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับชนิดของยาระงับความรู้สึก อาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการได้รับยาระงับความรู้สึก สัญญาณชีพและอาการของผู้ป่วย การเฝ้าระวังความเปลี่ยนแปลงและการให้การพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดและในระยะต่อมาเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือสามารถประเมินอาการผิดปกติได้ทันที เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

การดูแลเพื่อความสุขสบาย เป็นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล โดยให้การประเมินความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม และให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการความสุขสบาย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลโดยการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพเพื่อ ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ว่ามีการเปลี่ยนแปลงของความสุขสบายจากการพยาบาลตามปกติอย่างไร เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวมที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งองค์รวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

ความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลโดยการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรมที่พบบ่อย ซึ่งส่งผลให้มีความสุขสบาย ในระยะหลังการผ่าตัดลดลง พยาบาล มีบทบาทในการ ค้นหารูปแบบการดูแลเพื่อจัดการกับปัญหาที่

เกิดขึ้นหรือตอบสนองความต้องการ เพื่อนำไปสู่ความสบาย การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีความสบาย เป็นอีกทางเลือกของกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดให้กับผู้ป่วยตามความต้องการด้าน ความสบาย (Comfort Need) ของผู้ป่วยหรือครอบครัวซึ่งไม่ได้รับการตอบสนองจากระบบ สนับสนุนที่มีอยู่โดยให้การดูแล (Interventions) ที่ตอบสนองความจำเป็นเหล่านั้น ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ จัดโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพโดยประยุกต์รูปแบบการพยาบาลของ Wilson และ Kolcaba (2004) ที่พัฒนาจากทฤษฎีความสบาย (Theory of Comfort) ของ Kolcaba (2003) โดย จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การส่งเสริมความสบายพื้นฐาน 2) การสอนแนะ 3) การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณ เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และจะ ส่งผลให้มีความสบาย (Enhance Comfort) โดยทันที ซึ่งการดูแลความสบาย (Comfort care) ที่ จัดให้กับผู้ป่วยนั้น ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการดูแลในรูปแบบและเวลาที่เหมาะสม ใช้วิธีการที่สื่อให้เห็นถึง การเอาใจใส่และความเห็นอกเห็นใจเพื่อเป้าหมายคือให้เกิดความสบาย จากนั้นประเมินความสบาย จากแบบวัดความสบาย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความสบายของ Kolcaba (1992) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การส่งเสริมความสบายพื้นฐาน (Standard comfort intervention) เป็นขั้นตอน การรวบรวมข้อมูลทั่วไป โดยมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและ ผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ ระบายความรู้สึก ได้ซักถาม พร้อมทั้งประเมินปัญหาและความต้องการร่วมกันกับ ผู้วิจัย รวมถึงการ พยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและร่วมมือในการทดลอง

ขั้นที่ 2 การให้ข้อมูลโดยการสอนแนะ (Coaching) เป็นรูปแบบการบรรเทาความวิตกกังวล การให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดเพราะการที่ ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องนั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจและเห็นคุณค่า ในสิ่งที่จะต้องปฏิบัติ ซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตัว (Pasero & Belden, 2006; Shuldham, 1999) จะส่งผลดีที่สุดในระยะหลังผ่าตัด กล่าวคือ ระดับของความวิตกกังวลลดลง เกิดความพึงพอใจ มีความสามารถในการควบคุมอาการปวดและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลัง ผ่าตัดสั้นลง (Fitzpatrick & Hyde, 2005) นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาว่าคำแนะนำที่ให้ผู้ป่วยนั้นตรงกับ ความต้องการของผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อการเผชิญกับโรคและการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญอันดับต้น คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และวิธีการ ตลอดจนกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะ ต้องเผชิญ ความรู้สึกหรือความไม่สบายที่จะเกิดจากการผ่าตัด การดูแลด้านจิตสังคม บทบาทของผู้ป่วย และพบว่าบางครั้งข้อมูลที่ให้ไม่ตรงกับความต้องการและไม่

เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถเผชิญกับการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Suhonen & Leino-Kilpi, 2005)

ขั้นที่ 3 การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณ (Comfort food for the soul) เป็นขั้นตอนของกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกทำขึ้นด้วยความตั้งใจ ที่จะส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยหรือครอบครัว เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคามได้แก่ด้านร่างกาย (Physical) จิตใจ-จิตวิญญาณ (Psychospiritual) สังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural) และสิ่งแวดล้อม (Environmental) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติต่อจากขั้นที่ 2 ผู้วิจัยได้เลือกใช้การสร้างจินตภาพ โดยผู้วิจัยใช้ แนวคิดการสร้างจินตภาพของ Horowitz (1978 อ้างถึงใน Stephen, 1993) ซึ่งรูปแบบความคิด 3 ลักษณะที่จะทำงานสัมพันธ์กันขณะสร้างจินตภาพโดยการสร้างจินตภาพจะกระตุ้นสมองซีกขวาให้เกิดความคิดให้เห็นภาพและขณะที่ใช้ความคิดให้เห็นภาพนั้น จะเกิดการกระตุ้นสมองส่วนลิมบิก ซึ่งจะเป็นสมองส่วนที่ควบคุมภาวะอารมณ์ก่อให้เกิดอารมณ์ด้านบวก รู้สึกสบายผ่อนคลาย และเพลิดเพลิน ขณะเดียวกันสมองซีกซ้ายก็จะได้รับการกระตุ้นเมื่อได้รับข้อมูลตามเนื้อหาการสร้างจินตภาพก่อให้เกิดความคิดเชิงเปรียบเทียบวิเคราะห์วิจารณ์ ความคิดเชิงเหตุผลทำให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบและเนื้อหาความคิด จากความคิดด้านลบเป็นความคิดดี ด้านบวก ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และจะเห็นได้ว่ามีงานวิจัยที่ใช้การสร้างจินตภาพในผู้ป่วยศัลยกรรมที่นำมารักษาการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ศึกษาโดย Kolcaba & Fox (1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรังสีรักษามีความสุขสบายทั้งองค์รวมสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอื่น ๆ ที่นำการสร้างจินตภาพมาใช้เช่น บำเพ็ญจิต แสงชาติและคณะ Patterson & Ptacek (1997) นำมาใช้ในการ ลดความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ใช้ลดความเจ็บปวดจากแผลใหม่ ตามลำดับ ปริญญา สนิกะวาที (2542) บุษบา สมใจวงษ์ (2544) ใช้การสร้างจินตภาพช่วยลดความวิตกกังวล ลดอาการคลื่นไส้ ขยับอนและอาเจียน ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด ตามลำดับที่จะช่วยเพิ่มความสุขสบายลดอาการที่รบกวนความสุขสบายแก่ผู้ป่วยได้ หากแต่การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาการสร้างจินตภาพต่อความสุขสบายในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการสร้างจินตภาพมาส่งเสริมความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งเป็นวิธีสร้างภาพจากความคิดให้บุคคลมองเห็นภาพ บรรยากาศ ที่สร้างความพึงพอใจให้มีความสุขสบายและมีความสุข เกิดจากความดีของตนเองตามสิ่งที่รับรู้จาก ซีดีการส่งเสริมการสร้างจินตภาพ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการนำเข้าสู่การผ่อนคลาย โดยเริ่มจากเพลงบรรเลงที่มีจังหวะสม่ำเสมอ โทนเสียงค่อนข้างต่ำ นุ่มนวล ไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป ตามด้วยการบรรยายชักนำให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วน และการหายใจอย่างช้า ๆ และสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายและสามารถสร้างจินตภาพได้ง่ายขึ้น ส่วนที่ 2 เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้คำ

บรรยายชักนำให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงภาพบรรยากาศภูเขา ลำธาร กลิ่นต้นไม้ และดอกไม้ การสัมผัสกับหญ้าอ่อนนุ่มประกอบกับเสียงธรรมชาติ คือ เสียงนกร้อง เสียงน้ำไหล ซึ่งเป็นคำบรรยายพื้นฐานสำหรับทุกคนที่ต้องได้รับ เพื่อให้สามารถสร้างจินตภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยายามให้ใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การสัมผัส และจับลงด้วยเพลงบรรเลงที่ค่อย ๆ แผ่วเบาลง จนเงียบในที่สุด เป็นการพยาบาลที่ช่วยลดความเจ็บปวด ดของแผลผ่าตัด ช่วยลดความวิตกกังวลจากการรักษาที่ได้รับ ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งรบกวนภายในของผู้ป่วย และช่วยให้เกิดความสุขสบายใช้เวลาประมาณ 15 นาที ประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพโดยให้ผู้ป่วยอธิบายความรู้สึกขณะฝึกการสร้างจินตภาพ ชักถามเกี่ยวกับความชัดเจนในการมองเห็นภาพบรรยากาศ กลิ่น แสง สี เสียง รส ใช้เป็นกิจกรรมเสริมในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมด้วย และประเมินผลการใช้จินตภาพโดยแบบกำกับการทดลองโดยใช้การสร้างจินตภาพ

ซึ่งขั้นตอนทั้ง 3 ประเภทนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดขึ้นตามความต้องการเพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายเพิ่มมากขึ้นจนเป็นที่พึงพอใจ มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ซึ่งการพยาบาลโดยการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ จะมีประสิทธิภาพนั้นก็ขึ้นอยู่กับความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยยึดหลักว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญที่สุด และก็จะช่วยส่งเสริมความสุขสบายได้

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพมีความสุขสบายสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัตหลังการทดลอง (Posttest control group design) โดยประชากรในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ ผู้ป่วย ้วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องชนิดไม่รีบด่วนในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ การให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพและการพยาบาลตามปกติ

2.2 ตัวแปรตาม คือ ความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความสุขสบาย ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หมายถึง ภาวะที่ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองโดยได้รับการบรรเทา มีความสบาย และหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ทางด้านร่างกาย (Physical Comfort) เป็นความรู้สึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด ทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) เป็นการตระหนักถึงตนรวมไปถึงความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความคิดและสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ตลอดจนความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งที่เหนือกว่า ทางด้าน สังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural Comfort) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลครอบครัว และสังคม ทางด้าน สิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort) เป็นปัจจัยภายนอกทั้งสิ่งที่เป็นธรรมชาติและสิ่งที่สร้างขึ้นมา เช่น ลักษณะสถานที่ เสียง แสงสว่าง อุณหภูมิ และกลิ่น เป็นต้น ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความสุขสบายทั่วไปที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถามความสุขสบายของ Kolcaba (1992)

การใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ วิจัยจัดให้กับผู้ป่วยตามความต้องการด้านความสุขสบาย (Comfort Need) ของผู้ป่วยหรือครอบครัวซึ่งไม่ได้รับการตอบสนองจากระบบสนับสนุนที่มีอยู่โดยให้การดูแล (Interventions) ที่ตอบสนองความจำเป็นเหล่านั้น ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบการพยาบาลของ Wilson และ Kolcaba (2004) ที่พัฒนาจากทฤษฎีความสุขสบาย (Theory of Comfort) ของ Kolcaba (2003) จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การส่งเสริมความสุขสบายพื้นฐาน 2) การให้ข้อมูลโดยการสอนแนะ 3) การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณ เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และจะส่งผลให้มีความสุขสบาย (Enhance Comfort) โดยทันที ซึ่งการดูแลความสุขสบาย (Comfort care) ที่จัดให้กับผู้ป่วยนั้น ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการดูแลในรูปแบบและเวลาที่เหมาะสม ใช้วิธีการที่สื่อให้เห็นถึงการเอาใจใส่และความเห็นอกเห็นใจเพื่อเป้าหมายคือให้เกิด ความสุขสบาย ประเมินความสุขสบายจากแบบวัดความสุขสบาย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความสุขสบายของ Kolcaba (1992) มีดังนี้

ขั้นที่ 1 การส่งเสริมความสุขสบายพื้นฐาน เป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลทั่วไปโดยมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกได้ซัก กถามพร้อมทั้ง ประเมินปัญหาและความต้องการร่วมกันกับผู้ วิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและร่วมมือในการทดลอง จากนั้นอธิบายขั้นตอนวัตถุประสงค์และประโยชน์ของโปรแกรมและให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล

ขั้นที่ 2 การให้ข้อมูลโดยการสอน **นะ** เป็นรูปแบบการดูแลเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล การให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและการให้ข้อมูล การให้ความหวังซึ่งต้องใช้คำพูดที่มีลักษณะทางบวก การรับฟังผู้ป่วยรวมทั้งการช่วยเหลือในการวางแผนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ เป็นขั้นตอนที่เป็นหัวใจสำคัญของการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย วยในระยะก่อนผ่าตัดการสอนและการแนะนำการปฏิบัติตัวการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตัวหากผู้ป่วยได้รับการสอนและการแนะนำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและเห็นคุณค่าในสิ่งที่จะต้องปฏิบัติ ผู้วิจัย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และวิธีการ ตลอดจนกิจกรรมที่ผู้ป่วยเผชิญ ความรู้สึกหรือความไม่สุขสบายที่เกิดจากการผ่าตัด การดูแลด้านจิตสังคม บทบาทของผู้ป่วย กฎระเบียบและการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับรักษาตัวที่หอผู้ป่วย โดยพบว่าข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญอันดับต้น รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างจินตภาพและผลจากการสร้างจินตภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการให้ข้อมูลสนับสนุน (Supportive information) ในช่วงเย็น แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลก่อนผ่าตัด โดยใช้แผนการสอน สรุปผลการสอน ประเมินการรับรู้ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับโดยใช้แบบกำกับการรับรู้ข้อมูล ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ผู้วิจัยแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสุขสบายทั้งองค์รวมให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ในการทบทวนความรู้และสามารถนำมาปฏิบัติภายหลังได้ด้วยตนเองเมื่อเผชิญกับภาวะคุกคาม ทั้งด้านร่างกาย (Physical) จิตใจ-จิตวิญญาณ (Psychospiritual) สังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural) และสิ่งแวดล้อม (Environmental) พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ผู้ป่วยยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยผู้วิจัยตอบข้อซักถามตามความต้องการของผู้ป่วย

ขั้นที่ 3 การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณ เป็นขั้นตอน ของกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกทำขึ้นด้วยความตั้งใจส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยหรือครอบครัวเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคามได้แก่ด้านร่างกาย (Physical) จิตใจ-จิตวิญญาณ (Psychospiritual) สังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural) และสิ่งแวดล้อม (Environmental) ซึ่งให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติต่อจากขั้นที่ 2 โดยผู้วิจัยใช้ แนวคิดการสร้างจินตภาพของ Horowitz (1978) อ้างถึงใน Stephen, 1993) ให้ผู้ป่วยฟังซีดีการสร้างจินตภาพใช้เวลาติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 15 นาที ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพโดยให้ผู้ป่วยอธิบายความรู้สึกขณะฝึกการสร้างจินตภาพ ซักถามเกี่ยวกับความชัดเจนในการมองเห็นภาพบรรยากาศ กลิ่น แสง สี เสียง รส โดยให้ผู้ป่วย ตอบแบบกำกับการทดลองในการได้ฟังซีดีสร้างจินตภาพแต่ละครั้งหลังผ่าตัด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้เป็นประจำของหอผู้ป่วย โดยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วยการเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ

ก่อนผ่าตัด การให้การพยาบาลในระยะนี้ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การสอนโดยการให้ข้อมูลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน พร้อมทั้งแจกแผ่นพับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดซึ่งต้องให้กับผู้ป่วย การเตรียมผิวหนังที่จะผ่าตัดและการซักถามข้อมูลต่าง ๆ เพื่อการผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด การพยาบาลระยะนี้ประกอบด้วย การประเมินข้อมูลการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ ชนิดของยาระงับความรู้สึก ความเปลี่ยนแปลงและการให้การพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและในระยะต่อมาเพื่อประเมินอาการผิดปกติได้ทันทีพร้อมกับการพยาบาลตามกิจวัตร ได้แก่การดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ และการดูแลแผลผ่าตัด ตลอดจนการประเมินสัญญาณชีพ การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด และแก้ปัญหามาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้รูปแบบพยาบาลที่มุ่งเน้น ให้ผู้ป่วยผ่าตัดต้องเกิดความสบายส่งผลให้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดเร็วขึ้นและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล
2. สามารถนำเอาผลการวิจัยเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในคลินิก รวมทั้งนักศึกษาพยาบาลให้สามารถให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสบายแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด
3. เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า พัฒนาการวิจัยเพื่อค้นหารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลอื่น ๆ ในการนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความทุกข์สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสารและงานวิจัยต่างๆ และได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอเนื้อหาเป็นลำดับ ดังนี้

1. การผ่าตัดช่องท้อง

- 1.1 ความหมายของการผ่าตัดช่องท้อง
- 1.2 ชนิดของการผ่าตัดช่องท้อง
- 1.3 การผ่าตัดช่องท้องแบ่งตามภาวะของโรค
- 1.4 ผลกระทบของการผ่าตัดช่องท้อง
- 1.5 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้อง

2. ความทุกข์สบายในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง

- 2.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความทุกข์สบายหลังผ่าตัด
- 2.2 ผลกระทบต่อความทุกข์สบาย
- 2.3 การวัดและการประเมินความทุกข์สบาย

3. ทฤษฎีความทุกข์สบาย

- 3.1 ความหมายของความทุกข์สบาย
- 3.2 มโนทัศน์ความทุกข์สบาย
- 3.3 มิติของความทุกข์สบาย (Taxonomic structure of comfort)
- 3.4 ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีความทุกข์สบาย
- 3.5 การดูแลเพื่อความทุกข์สบาย (Comfort Care)
- 3.6 การบำบัดทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine-CAM)
- 3.7 การนำทฤษฎีความทุกข์สบายมาประยุกต์ใช้
- 3.8 เป้าหมายของทฤษฎีความทุกข์สบาย

4. การส่งเสริมความทุกข์สบาย

- 4.1 ข้อมูลในการให้ความรู้ผู้ป่วยคัดยกรรม
- 4.2 การสนับสนุนด้านข้อมูล

- 4.3 วิธีการสนับสนุนข้อมูล
- 4.4 ข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง
- 4.5 แนวคิดการสร้างจินตภาพ
- 4.6 ผลของการสร้างจินตภาพต่อความทุกข์สบาย
5. การพัฒนาการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพเพื่อส่งเสริมความทุกข์สบาย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาโรคทางการแพทย์ ที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากโดยมีการตัดส่วนซึ่งเป็นโรคออกหรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ เพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ดังเดิมและผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติให้ได้มากที่สุด (Potter & Perry, 2007)

1.1 ความหมายของการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal surgery, Laparotomy, Exploratory Laparotomy) เป็นการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้อง (กระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ ถุงน้ำดี ตับอ่อน ม้าม มดลูก รังไข่) เพื่อการตรวจวินิจฉัย และรักษาพยาธิสภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแล้วทำการเย็บปิด (Fairchild, 1996; World Health Organization, 2003)

1.2 ชนิดของการผ่าตัดช่องท้อง การผ่าตัดช่องท้องแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด (Nachlas et al., 1972 อ้างถึงใน พรรณี ไพศาลทักษิณ, 2540)

1.2.1 การผ่าตัดนอกเยื่อช่องท้อง (Extraperitoneal operation) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง และกล้ามเนื้อหน้าท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่นอกเยื่อช่องท้อง เช่น ผ่าตัดเอามดลูกออก (Hysterectomy)

1.2.2 การผ่าตัดในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้ (Intraperitoneal and intrainestinal operation) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่ในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้

1.2.3 การผ่าตัดในเยื่อช่องท้องที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ (Intraperitoneal and extraintestinal operation) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่ในเยื่อช่องท้องที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ เช่น ผ่าตัดถุงน้ำดี (Cholecystectomy)

1.3 การผ่าตัดช่องท้องแบ่งตามภาวะของโรค ได้เป็น 2 ชนิด (บรรจบ อินทรสุขศรี, 2542)

1.3.1 **ชนิดไม่รีบด่วน** ซึ่งสามารถรอได้ตามแผนการรักษา หรือได้รับการนัดหมายไว้ล่วงหน้า ซึ่งจะเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคที่ต้องรักษาทางศัลยกรรม เป็นการผ่าตัดที่สามารถรอได้ทำให้มีเวลาในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่พร้อมต่อการผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน

1.3.2 **ชนิดรีบด่วนหรือฉุกเฉิน** ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉิน ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน เป็นการผ่าตัดที่ต้องรีบทำทันทีที่วินิจฉัยโรคได้

1.4 ผลกระทบของการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายซึ่งต้องเผชิญกับปัจจัยที่ส่งผลให้ความสุขสบายลดลง ตั้งแต่เมื่อรับรู้ว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นทันทีและจะยังคงอยู่เรื่อย ๆ ไปจนถึงระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด (Lemaitre & Finnegan, 1980) ซึ่งจะเกิดกับผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดทุกชนิด (Carr, Brockbank, Allen, & Strick, 2006)

ด้านร่างกายของผู้ป่วยจะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย คือความเจ็บปวดแผลผ่าตัดเป็นอย่างมากส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (นนทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Barth & Jenson, 2006) และส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยมีการเกร็งกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับอาการปวดแผลหลังผ่าตัด ทำให้มีปัญหาการหายใจเข้าออกเล็ก ๆ ไม่สามารถเอาเสมหะออกได้ด้วยการไอเกิดภาวะถุงลมปอดแฟบ (atelectasis) และปอดบวมเฉพาะที่ (hypostatic pneumonia) จากการนอนท่าเดียวนาน ๆ และเคลื่อนไหวตัวได้น้อย (Smith, 2004; Barth & Jenson, 2006; Hahler, 2006; Potter & Perry, 2007)

สำหรับระบบไหลเวียน ความเจ็บปวดจะกระตุ้นระบบประสาทที่เรียกว่าซิมพาธิติก ทำให้หัวใจเต้นเร็วเสี่ยงต่อการที่หัวใจเต้นผิดจังหวะ และการที่ผู้ป่วยไม่ขยับตัวนาน ๆ อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขาได้ (Kitcatt, 2000; Smith, 2004; Barth & Jenson, 2006) นอกจากนี้ภายหลังผ่าตัดระบบกล้ามเนื้อจะเกิดการหดเกร็งทำให้เกิดความเจ็บปวด ส่งผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ความสามารถในการนำออกซิเจนมายังกล้ามเนื้อลดลง ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง (Coda & Bonica, 2001; Patton, 2006)

ด้านระบบทางเดินอาหาร กล้ามเนื้อหูรูดจะเกิดการหดตัว ทางเดินอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลงมีการค้างคั่งของน้ำย่อย กระเพาะอาหารและลำไส้ยืดขยายตลอดจนหยุดการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืดจากแก๊ส (Kitcatt, 2000; Doughty, 2005; Grindel & Grindel,

2006; Potter & Perry, 2007) ส่วนระบบทางเดินปัสสาวะ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิติกทำให้กล้ามเนื้อเรียบบริเวณหลอดกระเพาะปัสสาวะหดเกร็งมากขึ้นร่วมกับผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกายจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ทำให้การระบายของปัสสาวะไม่สะดวกและเกิดการคั่งค้างของปัสสาวะขึ้นเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย (Smith, 2004; Potter & Perry, 2007) ระบบต่อมไร้ท่อ ระดับฮอร์โมนของร่างกายเปลี่ยนแปลงผิดปกติ มีการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก (antidiuretic hormone) และอัลโดสเตอโรน (aldosterone) จนมีการดูดซึมของเกลือโซเดียมและน้ำเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) และอีพิเนฟริน (epinephrine) มากขึ้น ในขณะที่มีการหลั่งอินซูลิน (insulin) ลดลง ทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงได้กดการทำงานของภูมิคุ้มกัน อาจทำให้เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดและทำให้แผลหายช้าลง (Smith, 2004; Dunwoody et al., 2008; Mertin et al., 2007)

ด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยมักเกิดความวิตกกังวล ความกลัวต่อสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ผลการรักษาและภาพลักษณ์ที่เกิดจากแผลผ่าตัด (Karanci & Dirik, 2003; Grindel & Grindel, 2006; Potter & Perry, 2007; Dunwoody et al., 2008) และจะเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกไม่แน่นอนเสมอ (Dean & Degner, 1998) ส่งผลกระทบต่อจิตใจรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นหรือคุณค่าในตนเอง มีผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด (Barth & Jenson, 2006; Dunwoody et al., 2008) ซึ่งจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ขัดขวางกระบวนการใช้สติปัญญาการตัดสินใจ และการเกิดความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนต่อการผ่าตัด การทำหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์ต่าง ๆ ลดลง ผลต่อการรับรู้ถึงอาการปวดแผลหลังผ่าตัดมีความรุนแรงทำให้เพิ่มระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและใช้ยาระงับปวดจำนวนมากขึ้น (Ozalp, Sarioglu, Tuncel, Aslan & Kadiogullari, 2003) การตอบสนองต่อการบาดเจ็บจากการผ่าตัดดังกล่าวอาจพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้แก่ การทำหน้าที่ระบบทางเดินหายใจ การรบกวนระบบทางเดินอาหารและลำไส้ ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่มีความรุนแรงและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด (Shuldam, 1999) ระยะเวลาในการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดก็ล่าช้าเพิ่มขึ้น (ลักษณะ ชาญเวช, 2546; Davey, 1994; Torrance & Serginson, 1997; Marek & Boehnlein, 1999) ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขัดขวางการมีกิจกรรมและการเคลื่อนไหวลดลง เกิดอาการอึดแน่นท้องตามมา (Zeitz, McCutcheon & Albrecht, 2002) หากการฟื้นตัวกลับเข้าสู่ภาวะปกติช้า ส่งผลทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Ersek & Poe, 2004) รายได้ประจำขาดหายไปอาจมีผลทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาตามมา (Tannhauser, 1994 อ้างถึงใน พรณี ไพศาลทักษิณ, 2540)

ด้านสังคม-วัฒนธรรม จากสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่กล่าวมาแล้วนั้น การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น นอกจากนี้การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยต้องพวกรจากครอบครัวเกิดความคับข้องใจที่ไม่สามารถพบปะพูดคุยกับญาติได้ตามเวลาที่ตนเองต้องการ (Graham & Conley, 1971 อ้างถึงใน นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์, 2548) ซึ่งมีภาวะเบียบในการเยี่ยม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะแรกไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาคูคณอื่นมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวก็จะเกิดความรู้สึกผิดละอายใจ รู้สึกตนเองไร้คุณค่าไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวตามบทบาทเดิมอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความขัดแย้งในครอบครัวได้

ด้านสภาพแวดล้อมและสภาพภายในหอผู้ป่วยที่ไม่สงบ เช่น มีเสียงดังรบกวนจากการปฏิบัติงาน การพูดคุยของบุคลากร การส่งเสียงร้องของผู้ป่วยอื่น แสงไฟสว่าง ถูกรบกวนจากกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ตามกิจวัตรและกรณีฉุกเฉิน (Griffin, 1992) อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Dunwoody et al., 2008) และเมื่อความต้องการความสบายไม่ได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยจะเกิดความไม่พึงพอใจ ส่งผลให้พฤติกรรมแสวงหาสุขภาพของผู้ป่วยลดลงหรือไม่มีเลย (Kolcaba, 1995) ผลกระทบของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้นทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดไม่ดีและผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ (Avidan, Harvey, Ponte, Wendon & Ginsburg, 2003) ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง นอกจากเน้นการรักษาโรคโดยตรงแล้วยังต้องเน้นเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้มาตรฐานจะช่วยส่งเสริมความสบายและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีสำหรับผู้ป่วย

1.5 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้อง

โดยทั่วไปการดูแลรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด (Smith, Duell & Martin, 2000; Timby & Smith, 2003) ดังนี้

1.5.1 ระยะก่อนผ่าตัด คือ เวลาตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดและรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล เข้าสู่หอผู้ป่วยจนกระทั่งส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดซึ่งเป็นช่วงเวลาของการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้การพยาบาลในระยะนี้จึงประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การสอนก่อนผ่าตัด การเตรียมผิวหนังที่จะผ่าตัดและการซักถามข้อมูลต่าง ๆ เพื่อการผ่าตัด การส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดและการพยาบาลผู้ป่วยในห้องรอผ่าตัดเป็นต้น

1.5.2 ระยะผ่าตัด คือ ช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดสู่เตียงผ่าตัดจนกระทั่งการผ่าตัดเสร็จและถูกนำมาสังเกตอาการในห้องพักฟื้น การพยาบาลในระยะผ่าตัดนี้พยาบาลต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย การจัดทำผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัดและ

ได้รับการระงับความรู้สึก จึงต้องมีการแก้ไขและติดตามประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ ระบบหัวใจ และหลอดเลือดอย่างใกล้ชิด ขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น

1.5.3 ระยะเวลาหลังผ่าตัด คือ ช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถูกกลับสู่หอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย การพยาบาลในระยะนี้ประกอบด้วย การประเมินข้อมูลการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับชนิดของยาระงับความรู้สึก อาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการได้รับยาระงับความรู้สึก สัญญาณชีพและอาการของผู้ป่วย การเฝ้าระวังความเปลี่ยนแปลงและการให้การพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดและในระยะต่อมาเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือสามารถประเมินอาการผิดปกติได้ทันที เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการฟื้นสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2. ความสุขสบายในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง

ความสุขสบายในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแต่ละระยะนั้นมีการเปลี่ยนแปลงระดับความสุขสบายแตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยจะมีความสุขสบายโดยรวมจากต่ำสุดจนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (พรรณี ไพศาลทักษิณ, 2540) จำแนกตามรายด้านพบว่าความสุขสบายด้านร่างกาย ด้านจิต-วิญญาณ ในระยะหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมงผู้ป่วยมีระดับความสุขสบายอยู่ในระดับน้อยมาก จากอาการปวดแผลผ่าตัด จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายมากที่สุดในชีวิต ตามลำดับ ด้านสังคมระดับความสุขสบายอยู่ในระดับน้อย จากความต้องการของผู้ป่วยที่จะรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากกว่านี้ ซึ่งจะเกิดจนถึงระยะหลังผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมง ส่วนในระยะหลังผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมง จนถึงระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระดับความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับน้อย จากห้องนอนมีเสียงรบกวน รู้สึกขาดความเป็นส่วนตัว ทั้งนี้ถ้าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้รับการพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมโดยคำนึงถึงช่วงเวลาให้การพยาบาลด้วยนั้นจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายได้มากขึ้น จากผลของการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องได้ครอบคลุมแต่ละระยะของการพยาบาลหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมก่อให้เกิดความพึงพอใจและเกิดความสุขสบายในที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นเฉพาะการจัดการกับปัจจัยด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้นเช่น การศึกษาของขวัญจิต โอซุม (2549) จวง เฟือกคอง (2550) และ Lin และ Wang (2005) ที่ศึกษาวิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องกับปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขสบายหลังผ่าตัดและด้านการศึกษาของปริญญา สนิกะวาที (2542) และ นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์ (2548) เพื่อตอบสนองความสุขสบายด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ส่วน

การศึกษาของรุ่งนภา ชัยรัตน์ (2545) และกัลยา สรรพอุดม (2546) ก็ยังคงจำกัดเพียงการจัดการกับปัจจัยด้านสังคม-วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเท่านั้น แต่สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยกับเข้าสู่ภาวะปกติและส่งเสริมความสุขสบายในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแต่ละระยะของการพยาบาลหลังผ่าตัดได้ครอบคลุม แต่ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องบางประการที่ทำให้แต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกันในแต่ละด้านของความสุขสบาย

2.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขสบายหลังผ่าตัด

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยตรง ผู้วิจัยได้ศึกษาจากงานวิจัยและเอกสารเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ ทั้งนี้การผ่าตัดช่องท้องถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่กระทำต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้

2.1.1 อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีมีการปรับตัวในการจัดการและทนกับความเจ็บปวดมากกว่าคนหนุ่มสาว (Gagliese & Katz, 2003)

2.1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่แสดงความแตกต่างทางด้านสรีระของบุคคล เป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในสังคม เพศหญิงมีระดับความเจ็บปวดมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายได้รับการยกย่องจากสังคมว่าเป็นเพศที่มีความแข็งแรง ส่วนเพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอทำให้เพศหญิงมีความรู้สึกกระทบกระเทือนจากความเจ็บปวดหลังผ่าตัดสูงกว่าเพศชาย (Kopp et al., 2003)

2.1.3 ชนิดและตำแหน่งของการผ่าตัด พบว่าการผ่าตัดแต่ละชนิดจะมีการทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทแตกต่างกัน ทำให้เกิดความไวและความรุนแรงของความเจ็บปวดแตกต่างกันตำแหน่งและชนิดของการผ่าตัดเป็นตัวที่บ่งชี้ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดได้ดีที่สุด (Smeltzer & Bare, 2004) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณทรวงอกและท้องส่วนบนจะทำให้เกิดความเจ็บปวดที่รุนแรงมาก เนื่องจากเป็นส่วนที่มีการยับเคลื่อนไหวจากการหายใจอยู่ตลอดเวลาและเป็นการผ่าตัดที่ใกล้กับกระบังลม จึงส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจตื่นและเร็ว การแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลงส่งผลทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำตามมา และการผ่าตัดตามแนวเฉียงหรือแนวตั้งจะมีความเจ็บปวดแผลมากกว่าการผ่าตัดตามแนวขวางของลำตัว เนื่องจากเป็นแผลที่มีกล้ามเนื้อและเส้นประสาททอดผ่านจำนวนมาก (Ignatavicius & Workman, 2002)

2.1.4 ประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีตเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เคยประสบกับความเจ็บปวด และมีอิทธิพลต่อการตอบสนองกับความเจ็บปวดของแต่ละบุคคล บุคคลที่เคย

ประสบกับความเจ็บปวดและได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่ดีจะเรียนรู้วิธีการจัดการความเจ็บปวดได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่เคยมีประสบการณ์ความเจ็บปวดมาก่อน (Potter & Perry, 2001) อย่างไรก็ตามมิได้หมายความว่าบุคคลที่เคยประสบความเจ็บปวดมาก่อนจะมีความทนต่อความเจ็บปวดมากกว่าผู้ที่ไม่เคยประสบความเจ็บปวด เนื่องจากความกลัวความเจ็บปวดและการจัดการควบคุมความเจ็บปวดได้เพียงพอ แต่ถ้าบุคคลที่เคยประสบความเจ็บปวดมาก่อนมีการจัดการและควบคุมความเจ็บปวดได้เพียงพอ ความทนต่อความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้นในครั้งต่อไปหรือไม่มีความกลัว (Smeltzer & Bare, 2004)

2.1.5 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของบุคคล ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้และมีความเข้าใจในเรื่องภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี (Potter & Perry, 2001)

2.1.6 ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้บุคคลมีโอกาสเลือกสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างการเจ็บป่วยได้ โดยไม่ต้องกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาทางเศรษฐกิจ สามารถรักษาได้อย่างต่อเนื่องแต่ในผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย เมื่อเจ็บป่วยและต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือแม้ในระยะพักฟื้นที่บ้าน จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระให้กับครอบครัวที่จะต้องหารายได้เพิ่มขึ้นทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Beare & Myers, 1994; Smeltzer & Bare, 2000)

ผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขสบายคือ 1) ปัจจัยด้านตัวบุคคล คือ เพศ ความแตกต่างทางเพศนอกจากรูปร่างทางด้านร่างกายที่แตกต่างกันยังมีด้านสังคม วัฒนธรรมรวมถึงความสามารถในการปรับตัวระหว่างเพศหญิงและเพศชายแตกต่างกัน ทั้งด้านความอ่อนไหวทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อกระบวนการเผชิญปัญหาเพศหญิงจะมีความเครียดจะเห็นว่าเพศหญิงการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดจะช้ากว่าเพศชาย 2) ปัจจัยด้านการรักษา คือ ชนิดของการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่มักใช้ระยะเวลาอันยาวนานมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะทั่วร่างกาย อัตราการฟื้นฟูสภาพจะช้ากว่าผ่าตัดเล็ก และการผ่าตัดกรณีฉุกเฉินนั้นการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่สมบูรณ์ตามหลักการ จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมผ่าตัดก่อนล่วงหน้า ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาวิธีการจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่รบกวนความสุขสบายดังที่กล่าวมาข้างต้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทา ได้รับความสุขและอยู่เหนือความทุกข์ทรมานจากผลกระทบที่ส่งผลต่อความสุขสบาย

2.2 ผลกระทบต่อความสบาย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะมีการเปลี่ยนแปลงความสบายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เกิดความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้ง 4 ด้าน แต่จะเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ จึงมีการเปลี่ยนแปลงความสบายซึ่งผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เกิดความสงบสุข หรือต้องการได้รับการตอบสนองความต้องการเพื่อให้บรรเทาจากความไม่สบายที่เกิดขึ้นเท่านั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าความสบายของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปมากหรือน้อยที่จะส่งผลต่อความสบายทั้ง 4 ด้าน ซึ่งรายละเอียดของผลกระทบต่อความสบายแต่ละด้านมีดังนี้

2.2.1 ด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บปวด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องต้องเผชิญกับความเจ็บปวดซึ่งอาจเกิดขึ้นจากกิจกรรมการรักษายาบาลที่ได้รับ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสอดใส่สายยางหรือท่อระบายต่าง ๆ เข้าไปในร่างกาย (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2542) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงมากในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด (สุติภรณ์ ณะชัย, 2547; อรพรรณ ไชยชาติ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียรและศศิธร พุ่มดวง, 2549; Ashburn et al., 2001; McDonald, 2006; Sloman et al., 2006; Ene et al., 2008) ทั้งนี้ความรุนแรง ปริมาณความเจ็บปวด และระยะเวลาของความเจ็บปวดจะขึ้นอยู่กับการทำผ่าตัดแต่ละชนิด การผ่าตัดที่ใช้เวลานานจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดในระยะสั้น นอกจากนั้นความยาวของแผลผ่าตัดยังมีส่วนสัมพันธ์กับการหลังสารเร่งความเจ็บปวดของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายด้วย และลักษณะแผลผ่าตัดยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดด้วยเช่นกัน แผลผ่าตัดตามแนวขวางของลำตัวจะมีความเจ็บปวดน้อยกว่าแผลตามแนวเฉียงหรือแนวตั้ง เนื่องจากมีกล้ามเนื้อและเส้นประสาททอดผ่านจำนวนมาก (Jurf & Nirschl, 1993 อ้างถึงใน Roykulcharoen & Good, 2004) เมื่อเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง จึงทำให้กระทบกระเทือนและปวดแผลผ่าตัดมากยิ่งขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและไม่สบาย (เอมอร อุดุลโศคาร, 2543) หลังจากนั้นความเจ็บปวดจะทุเลาความรุนแรงลงในวันที่ 3 หลังผ่าตัดเนื่องจากเริ่มมีการหายของแผลเกิดขึ้น ระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มช่วยเหลือตนเอง สามารถลุกเดินและทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองได้มากขึ้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ของระบบทางเดินอาหาร ภายหลังจากการผ่าตัดช่องท้องจะมีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย และมีผลรบกวนความสบายของผู้ป่วย คือ

อาการท้องอืด (Postoperative ileus) เกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น จากยาระงับปวด ยาคลายกล้ามเนื้อจากฤทธิ์ของยาจะลดการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้มีสารคัดหลั่งค้างอยู่ในกระเพาะอาหาร การขาดการออกกำลังกายจะทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวได้น้อยลงเกิดอาการท้องอืด

ได้ และผลจากการใช้ยาระงับปวดประเภทนาร์โคติค ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้สูญเสียการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด ของกระเพาะอาหารลดลงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง สำหรับลำไส้ใหญ่ด้านขวาจะหดตัวตามปกติภายใน 40-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทั้งนี้มีผลให้เกิดอาการท้องอืดและปวดแน่นท้องซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยใน 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 2-3 วันหลังผ่าตัด (Litwack, 2000) จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพลดลงจากภาวะปกติหรือมีความไม่สุขสบายเกิดขึ้นและได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการเหล่านี้ (Gan, 2002)

อาการคลื่นไส้อาเจียน หลังผ่าตัดอาจเกิดขึ้นประมาณ ร้อยละ 8-92 สามารถเกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีสาเหตุเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเป็นผลจากความวิตกกังวล ความกลัวการผ่าตัดผลของยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย(Burden, 2000) การได้รับยาระงับปวดประเภทนาร์โคติคชนิดหรือตำแหน่งของการผ่าตัดโดยเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Koivuranta, Laara, Snare & Alahuhta, 1997; Apfel, Kranke & Eberhart, 2004) และการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะผ่าตัด (Jones, 1992; Muro et al., 1995) อาการคลื่นไส้อาเจียนในระยะหลังผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น เกิดความไม่สุขสบายมากขึ้น (Rowlan, 1990; Gundzik, 2008)

อาการสะอึก เกิดจากการโป่งพองของทางเดินอาหารและการใส่คาสายยางในกระเพาะอาหารทำให้เกิดการระคายเคืองต่อ phrenic nerve ซึ่งส่งกระแสประสาทไปเลี้ยงกล้ามเนื้อกระบังลมทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อกระบังลมเป็นพัก ๆ ทำให้เกิดเสียงสะอึกเมื่อระบบทางเดินอาหารเริ่มทำงานภายหลังการผ่าตัด 48-72 ชั่วโมง การย่อยและการดูดซึมสารอาหารเป็นปกติ อาการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงจะทุเลาลง

นอกจากนี้กิจกรรมการรักษายาบาลที่ได้รับ ได้แก่ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการสอดใส่สายยางหรือท่อต่าง ๆ เข้าไปในตัวผู้ป่วย ทั้งนี้การคาสายยางหรือท่อต่าง ๆ ไว้ในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยรำคาญและมีความรู้สึกว่าคุณภาพการไว้ด้วยอุปกรณ์ต่าง ๆ จำกัดการเคลื่อนไหวจนเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจะมีการใส่คาสายยางในกระเพาะอาหารเข้าทางจมูก เพื่อดูดเอาแก๊สหรือสารคัดหลั่งในกระเพาะอาหารนานประมาณ 2 – 3 วัน หรือจนกว่าลำไส้จะมีการเคลื่อนไหวเป็นปกติ (Way, 1985 อ้างถึงใน พรธณี ไพศาลทักษิณ, 2540) และต้องงดน้ำและอาหารทางปากขณะที่คาสายยางอยู่ มีผลให้ผู้ป่วยหิวและกระหายน้ำ มีอาการปากและคอแห้งจนทำให้รู้สึกไม่สุขสบายได้ (Ellis & Nowlis, 1994) ภายหลังการผ่าตัด 72 ชั่วโมงเมื่อกระเพาะอาหารและลำไส้ทำงานเป็นปกติ แพทย์จะพิจารณาเอาสายยางในกระเพาะอาหาร หรือท่อระบายหรือสายอื่น ๆ ออกและมีแผนการรักษาให้เริ่มจิบน้ำได้ ต่อไปจึงเริ่มอาหารเหลว อาหารอ่อน ถ้า

ไม่มีอาการช็อคห้องสามารถรับประทานอาหารได้ ก็จะต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วย ระยะนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณภาพไม่สบายทางกายเริ่มลดลง (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2539)

ภาวะมีไข้ เป็นปัญหาสำคัญหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งอุณหภูมิของร่างกายอาจสูงขึ้นถึง 38 °C เนื่องจากร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบ จากการที่เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2537) เมื่อเกิน 24-48 ชั่วโมง แล้วยังมีไข้สูงอาจมีสาเหตุที่พบบ่อยเกิดเนื่องจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจและหลอดเลือดดำอักเสบ (Litwack, 1996) หากพบภาวะไข้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด 5-7 วันขึ้นไปได้แก่การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ของแผลผ่าตัดแผลแยกมักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย จะมีไข้ในตอนบ่ายหรือเย็นและอุณหภูมิจะลดลงจนใกล้เคียงปกติในตอนเช้า

2.2.2 ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมักจะเกิดความกลัวและวิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การรักษาพยาบาลที่ได้รับ ผลการรักษา ความไม่แน่นอนที่จะเกิดขึ้น และการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่เกิดจากแผลผ่าตัด (Kurth, 1991) โดยเฉพาะความเจ็บปวดแผลผ่าตัดภายหลังการผ่าตัดในระยะแรก ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงมาก ถึงแม้ว่าจะได้รับการยาระงับปวดอยู่ก็ตาม ยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้นจนมีผลกระทบต่อจิตใจ รู้สึกว่าสูญเสียความเชื่อมั่นหรือคุณค่าในตนเอง รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจจากการที่ไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้น (Walding, 1991; Ross, 1995) และถ้าความกลัวและวิตกกังวลที่เกิดขึ้นรุนแรงจนผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความต้องการทางด้านจิต-วิญญาณซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานที่สำคัญของมนุษย์ ที่พัฒนาขึ้นบนความต้องการพื้นฐานของจิต และจะเห็นได้ชัดเจนเมื่อบุคคลอยู่ในอันตรายหรืออ่อนแอ (ละออ หุตางกูร, 2534) โดยจิต-วิญญาณจะหมายถึงแรงขับที่ทำให้ชีวิตมีความหมายในแต่ละบุคคลสร้างสรรค์ค่านิยม และความเชื่อซึ่งสามารถชักนำแนวทางในการดำเนินชีวิต และเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ความเจ็บป่วยเฉพาะของแต่ละบุคคลหายเร็วขึ้น (Oldnall, 1996) การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิต-วิญญาณ เป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องประเมินผู้ป่วยก่อนว่ามีความต้องการทางด้านจิต-วิญญาณหรือไม่ จึงจะให้การช่วยเหลือ โดยการสังเกตและซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ แหล่งความหวังและกำลังใจ ศาสนาและกิจกรรมทางศาสนา ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางจิต-วิญญาณและภาวะสุขภาพ ซึ่งการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิต-วิญญาณและภาวะสุขภาพ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายได้ (Stoll, 1979 อ้างถึงใน พรธณี ไพศาลทักษิณ, 2540) พยาบาลจะเอื้ออำนวยแก่ความต้องการทางด้านจิต-วิญญาณได้

โดยการดูแลช่วยเหลือด้วยความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นและไว้วางใจในตัวพยาบาล จะมีผลตอบสนองต่อความต้องการทางจิต-วิญญาณโดยตรงได้ (ละออ หุตางกูร, 2534)

2.2.3 ด้านสังคม-วัฒนธรรม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะต้องพักรักษาตัวต่อที่ตึกศัลยกรรมอย่างน้อย 3 – 7 วัน (เวชระเบียนผู้ป่วยศัลยกรรม, 2551) ซึ่งมีภาวะเจ็บในการเย็บทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัว (Blanchard, 1995) ได้กล่าวว่า การมีภาวะเจ็บในการเย็บของหอผู้ป่วยมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจที่ไม่สามารถพบปะพูดคุยกับญาติได้ตามเวลาที่ตนเองต้องการ และจากการศึกษาของ Hamilton (1989) พบว่า ความสัมพันธ์หรือการต้องพบปะกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลซึ่งส่วนมากจะเป็นพยาบาล จะมีผลกระทบต่อระดับความสุขสบายที่เกิดขึ้น ทั้งนี้พบว่าถ้าพยาบาลที่ให้การดูแล มีความเห็นอกเห็นใจ มีความเป็นมิตร ให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ตนเองจะต้องได้รับ ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายได้ และจากการศึกษาของ นิโบล กนกสุนทรรัตน์ (2535) เกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่า การมาเยี่ยมของญาติหรือเพื่อนฝูงไม่ช่วยให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นหรือลดลงแต่ช่วยให้สบายใจและมีกำลังใจขึ้น นอกจากนี้ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะภายหลังการผ่าตัดระยะแรก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ จึงจำเป็นต้องพึ่งพามุบุคคลอื่นมากขึ้น อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และถ้าผู้ป่วยไม่เคยพึ่งพาใครในชีวิต ก็ค่อนข้างยากที่จะยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลที่ไม่คุ้นเคย (Chandler & Drake, 1991; Tannhauser, 1994) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรอรับการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดพักงาน ขาดรายได้ประจำและยังต้องมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา (Tannhauser, 1994) ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว รู้สึกตนเองไร้คุณค่าที่ไม่สามารถรับผิดชอบครอบครัวตามบทบาทเดิม อาจเกิดความเครียดและความขัดแย้งในครอบครัวได้ และเมื่อเข้าสู่ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยปกติจะประมาณ 5 – 7 วันหลังผ่าตัด (Barrette, 1993) ผู้ป่วยจะมีความต้องการมากในเรื่องของข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งความต้องการเหล่านี้ถ้าไม่ได้รับการตอบสนอง ก็จะมีผลกระทบต่อความสุขสบายของผู้ป่วยได้เช่นกัน

2.2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมและสภาพภายในห้องผู้ป่วยที่ไม่เหมือนบ้าน มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตสังคม และวิญญาณจนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความสุขสบายของผู้ป่วยเกิดขึ้น ได้แก่

2.2.4.1 ลักษณะสถานที่ การที่ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในห้องโล่ง ๆ โดยที่ตำแหน่งหรือทิศทางของหัวเตียงไปจากสภาพที่เคยชิน ต้องนอนอยู่ภายในห้องเดียวกับผู้ป่วยอื่น ๆ ที่

ไม่เคยรู้สึกคุ้นเคยมาก่อน และยังคงนอนอยู่บนเตียงที่แข็งและหุ้มด้วยพลาสติก ทำให้รู้สึกร้อนและเหงื่อออกมาก ทั้งเตียงนอนยังมีความสูง ความยาว และความกว้างต่างไปจากที่บ้าน ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวว่าจะตกเตียงได้ รวมถึงการที่จะต้องอยู่ในที่ซึ่งขาดความเป็นส่วนตัว ย่อมจะรบกวนความสุขสบายของผู้ป่วยได้ (Kreigh & Perko, 1988 อ้างถึงใน อมรรัตน์ ภาวระราช, 2549)

2.2.4.2 เสียงรบกวน ระดับเสียงที่ถือว่าเป็นเสียงรบกวนในโรงพยาบาลตามข้อกำหนดขององค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมแห่งสหรัฐอเมริกาคือระดับเสียงที่ดังกว่า 40 เดซิเบล (dB) ในเวลากลางวัน และดังกว่า 35 เดซิเบล (dB) ในเวลากลางคืน (Hilton, 1986) ซึ่งระดับเสียงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจะดังกว่าระดับมาตรฐาน และเป็นเสียงที่เกิดจากการพูดคุยกันของพยาบาล เสียงจากผู้ป่วยข้างเตียง รวมถึงเสียงที่เกิดขึ้นขณะมีเหตุการณ์ฉุกเฉินในเวลากลางคืน

2.2.4.3 แสงสว่าง เป็นปัจจัยหนึ่งในสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับตามปกติ ทั้งการมีแสงไฟมากเกินไป และการขาดการกระตุ้นให้รับรู้ความแตกต่างระหว่างกลางวันและกลางคืน เนื่องจากแสงไฟที่เปิดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนหลับได้ดีในที่ที่มีแสงไฟสลัว (Kemp & Heri, 1984) และการช่วยเหลือของพยาบาลในเรื่องของแสงสว่างโดยการปิดหรือเปิดไฟภายในหอผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายและพักผ่อนได้ (ดาร์สนี โภธารส, 2538)

2.2.4.4 อุณหภูมิ ในหอผู้ป่วยมักจะมีอากาศร้อนอบอ้าว อุณหภูมิสูงกว่าที่ผู้ป่วยเคยชินและจะรู้สึกร้อนมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของดาร์สนี โภธารส (2538) พบว่า สิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ อุณหภูมิที่ไม่คงที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าอากาศร้อนในตอนค่ำและเริ่มเย็นลงในตอนกลางคืนหรือตอนเช้า บางคนไม่ชอบอากาศเย็นหรือร้อน หอผู้ป่วยบางแห่งมีจำนวนพัดลมไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยบางแห่งตั้งอยู่ในด้านที่อับลม อากาศถ่ายเทไม่สะดวก พยาบาลมักจะช่วยเปิดพัดลมเมื่ออากาศร้อนและปิดหน้าต่างเมื่ออากาศเย็น ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการแก้ปัญหาหรือมีการช่วยเหลือไม่ครบถ้วนตามความต้องการของผู้ป่วยจนทำให้รู้สึกไม่สุขสบายได้

2.2.4.5 กลิ่น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไวต่อการรับกลิ่นมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อยู่แล้ว เมื่อถูกรบกวนจากกลิ่นน้ำหอม กลิ่นเหม็นที่เกิดจากน้ำยาทำความสะอาดพื้น และสิ่งคัดหลั่งจากแผล ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายมากขึ้นได้ (Davey, 1994; David, 1995)

จากปัจจัยรบกวนที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้นมีผลต่อผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องในทุกระยะของการผ่าตัด ซึ่งความสุขสบายแต่ละด้านที่ผู้ป่วยต้องการได้รับการตอบสนองต่อความสุขสบายจะเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาจนเข้าสู่ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งถ้าการเปลี่ยนแปลงความสุขสบายที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะหลังผ่าตัดช่องท้องไม่ได้รับการตอบสนองความ

ต้องการ ผู้ป่วยจะเกิดความไม่พึงพอใจจนทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และทำให้พฤติกรรมนำไปสู่การมีสุขภาพดี (Health seeking behaviour) ของผู้ป่วยลดลงหรือไม่มีเลย ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดลดลง (Kolcaba, 1995) ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังผ่าตัด การปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความสุขสบายแต่ละด้านในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่มีประสิทธิผลจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ช่วยส่งเสริมความสุขสบายให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองของความต้องการ 4 ด้าน ให้เกิดการบรรเทา มีความสบายและหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งจะนำไปสู่ความสุขสบายทั้งองค์รวม วิธีการจัดการเพื่อให้เกิดความสุขสบายโดยการประยุกต์รูปแบบการพยาบาลของ Wilson และ Kolcaba (2004) โดยใช้ทฤษฎีความสุขสบายมาประยุกต์ ซึ่งกล่าวถึงการจัดการส่งเสริมความสุขสบาย 3 ประการ ซึ่งจะนำไปสู่ความสุขสบายทั้งองค์รวม ได้แก่ 1) การส่งเสริมความสุขสบายพื้นฐาน (Standard comfort intervention) 2) การให้ข้อมูลโดยการสอนแนะ (Coaching) 3) การสนับสนุนความสุขสบายด้านจิตวิญญาณ (Comfort food for the soul) ซึ่งการดูแลเพื่อความสุขสบายนั้นเป็นการดูแลแบบองค์รวมเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล โดยใช้การประเมินความต้องการความสุขสบายอย่างเป็นองค์รวม

2.3 การวัดและประเมินความสุขสบาย

ความสุขสบายเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและสามารถประเมินได้หลายวิธีดังนี้

2.3.1 ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการประเมินความสุขสบายจากการแสดงออกของบุคคล ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย ร้องไห้ ถอนหายใจ การแสดงสีหน้า ดีใจ เสียใจหรือเกิดความเจ็บปวด ซึ่งอาจใช้ร่วมกับวิธีสอบถามจากการรับรู้ของบุคคลนั้นโดยตรงร่วมกับการซักถามจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย การประเมินโดยวิธีนี้จำเป็นในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ (Hurley et al., 1992)

2.3.2 การรายงานโดยผู้ป่วยเอง เป็นการประเมินความสุขสบายซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบประเมินให้ตอบตามความรู้สึกของตนเอง แบบประเมินความสุขสบายนี้สามารถสรุปได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามความสุขสบายทั่วไปของ Kolcaba (1992) ซึ่งมี 48 ข้อคำถาม ได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) พบว่า สามารถแยกความสุขสบายในผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยอายุรกรรมศัลยกรรม 2) ผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจ และผู้ที่อยู่ในชุมชน ซึ่งมีระดับคะแนนความสุขสบายโดยรวมในแต่ละกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

(Cronbach's alpha = 0.88) แยกเป็นรายด้านแต่ละด้านได้ดังนี้ ด้านร่างกาย (12 ข้อ) ด้านจิต-วิญญาณ (13 ข้อ) ด้านสังคม (10 ข้อ) ด้านสิ่งแวดล้อม (13 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 4 (เห็นด้วยมาก) แปลผลคะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึง มีความสุขสบายมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความสุขสบายน้อย ถ้าคะแนนความสุขสบายเพิ่มขึ้นก็แสดงว่าผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับมิติของความสุขสบายทั้ง 2 มิติ ดังนี้

	Relief	Ease	Transcendence
Physical	14 19	1 36	15 29
	48 25	20 28	5 6
Psychospiritual	44 46	2 7 31	9 17
	22 40	38 24	41 45
Environmental	3 27	11 47	30 33
	12 34	32 42	18 21 35
Sociocultural	37 8	4 23	10 16
	13 26	43 39	

ตารางที่ 1 แสดงข้อคำถามของแบบสอบถามความสุขสบายทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับมิติความสุขสบายทั้ง 2 มิติ

แบบสอบถามความสุขสบายในขณะที่ได้รับการผ่าตัด (Peri-Operative Comfort Questionnaire) (Kolcaba, 2003) ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ เกี่ยวกับการประเมินความสุขสบายทั่วไป ตามการรับรู้ความสุขสบายของผู้ป่วยเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง มีความสุขสบายมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความสุขสบายน้อย

มาตรวัด ได้แก่ มาตรวัดความสุขสบายของ Kolcaba (1996 อ้างถึงใน Kolcaba, 2003) มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร โดยปลายเส้นตรงด้านซ้ายกำกับด้วยคำว่า ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนปลายด้านขวากำกับด้วยคำว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 7 ข้อ คือ ด้านร่างกาย 3 ข้อ ด้านจิต-วิญญาณ 2 ข้อ ด้านสังคม 1 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม 1 ข้อ ซึ่งขาดรายละเอียดไม่ครอบคลุมความสุขสบายด้านต่าง ๆ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความสุขสบายของ Kolcaba (1992) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม แต่ผู้วิจัยได้เลือกข้อคำถามมาเพียง 32 ข้อ ซึ่งข้อคำถามที่เลือกมีเกี่ยวข้องกับความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และมีความสัมพันธ์กับมิติความสุขสบายทั้ง 2 มิติดังนี้

	Relief	Ease	Transcendence
Physical	14 19	1 36 20 28	15 29 6
Psychospiritual	44 22 40	7 31 24	9 17 45
Environmental	3 27 12	11 32	30 21 35
Sociocultural	8 26	4 43 39	16

ตารางที่ 2 แสดงข้อคำถามของแบบสอบถามความสุขสบายทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับมิติความสุขสบายทั้ง 2 มิติ ที่ตัดข้อคำถามออกเหลือ 32 ข้อ

3. ทฤษฎีความสุขสบาย (Comfort Theory)

3.1 ความหมายของความสุขสบาย

Kemp และ Heri (1984) กล่าวว่า ความสุขสบายเป็นภาวะที่บุคคลมีความเป็นอยู่ที่ดีปราศจากความเจ็บปวดหรือสิ่งที่มีมารบกวน

Chandler และ Drake (1991) กล่าวว่า ความสุขสบายเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกพึงพอใจทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การมีสุขอนามัย อุณหภูมิ การเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การป้องกันอันตราย ความปลอดภัย ตลอดจนการได้รับความรักและการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Kolcaba (1992) กล่าวว่า ความสุขสบาย หมายถึง ภาวะที่ความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความสุขความพึงพอใจ

Morse, Bortorff และ Hutchinson (1995) กล่าวว่า ความสุขสบายหมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกบรรเทาจากความไม่สุขสบาย ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ

Morse (1992 อ้างถึงใน Hawley, 2000) กล่าวว่า ความสุขสบาย หมายถึง ลักษณะที่แสดงถึงผลลัพธ์จากการบำบัดทางการพยาบาล เป็นภาวะของความผาสุกที่เกิดขึ้นขณะที่มีภาวะเจ็บป่วย

Kolcaba (2003) กล่าวว่า ความสุขสบายเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการตอบสนองความต้องการใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อมในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของความสุสบายตามแนวคิดของ Kolcaba เนื่องจากความสุขสบายทั้ง 4 ด้านครอบคลุมความต้องการพื้นฐานของบุคคล ซึ่ง Kolcaba มองบุคคลว่า เป็นองค์รวม (Whole person) ประกอบด้วย ร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถวิเคราะห์แยกออกเป็นส่วน ๆ ได้ของการมีชีวิต โดยมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในฐานะองค์รวมพัฒนาการของบุคคล จะต้องมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา โดยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อมซึ่งเกิดความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานเช่นกัน

Kolcaba (2004) กล่าวว่า ความสุขสบาย หมายถึง ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีที่ทำให้บุคคลเกิดความต้องการ (Need) ที่เกิดขึ้นระหว่างการช่วยเหลือบรรเทา (Relief) การทำให้มีความสบาย (Ease) และการทำให้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน (Transcendence) ในบริบทของความสุสบายด้านร่างกาย (Physical Comfort) ความสุขสบายด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) ความสุขสบายด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural Comfort) ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort) ซึ่งเป็นความสุขสบายอย่างเป็นองค์รวม (Holistic Comfort)

ความหมายของความสุสบายทั้งองค์รวม (Holistic comfort) Kolcaba (1992) กล่าวว่า เป็นภาวะที่บุคคลมีความเข้มแข็ง สามารถรับรู้ได้ทันทีจากการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยได้รับการบรรเทา (Relief) มีความสบาย (Ease) และหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน (Transcendence) ในบริบทของมนุษย์ซึ่งประกอบด้วย

ความสุขสบายด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับการบรรเทา มีความสบาย และหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานทางร่างกาย

ความสุขสบายด้านจิตใจ จิตวิญญาณ หมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับการบรรเทา มีความสบาย และหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานด้านจิต-วิญญาณ

ความสุขสบายด้านสังคม-วัฒนธรรม หมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับการบรรเทา มีความสบาย และหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานทางสังคม

ความสบายด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับการบรรเทา มีความสบาย และหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานด้านสิ่งแวดล้อม

ซึ่งการพยาบาลในทฤษฎีความสบายของ (Kolcaba, 1994, 2003; Kolcaba, Tilton & Drouin, 2006) นั้นเป็นการแสดงถึงความเกี่ยวข้องกันอย่างเป็นองค์รวมทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาลผู้ให้การดูแล

3.2 มโนทัศน์ความสบาย

Kolcaba (2004 อ้างถึงใน กัลยกร ฉัตรแก้ว, 2551) ระบุมโนทัศน์สำคัญที่ใช้เป็นหลักในทฤษฎีความสบาย คือ ความจำเป็นด้านความสบาย (Comfort Needs/ Health Care Needs) การปฏิบัติการพยาบาลดูแลความสบาย (Nursing Interventions/ Comfort Measures) และการส่งเสริมความสบาย (Enhance Comfort/ Comfort Care) โดยให้ความหมายมโนทัศน์ทั้งหมดไว้ดังนี้

3.2.1 ความต้องการด้านความสบาย (Comfort Needs/ Health Care Needs)

หมายถึงความปรารถนาหรือความพร้อมด้านความสบายของผู้ป่วยและครอบครัว ที่เกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือบรรเทา (Relief) มีความสบาย (Ease) และหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน (Transcendence) ในบริบทของมนุษย์คนหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยความสบายด้านร่างกาย (Physical Comfort) ประกอบด้วยความรู้ทางด้านร่างกาย (Bodily Sensations) และกลไกรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย (Homeostatic Mechanisms) ความสบายด้านจิตใจ จิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) ประกอบด้วยการตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเองภายใน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความหมายของชีวิต เพศ ความสบายด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural Comfort) ประกอบด้วยครอบครัวและวัฒนธรรม ความสบายด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort) ประกอบด้วยธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น แสง เสียง สีส อุณหภูมิ เป็นต้น โดยทั้งหมดนี้เป็นคุณลักษณะของความสบาย (Attributes of Comfort) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันระหว่างชนิดของความสบายทั้ง 3 ชนิด และบริบทความสบายทั้ง 4 แบบ ซึ่ง Kolcaba (2003) แสดงความสัมพันธ์ในรูปแบบของตารางดังตารางที่ 1 โดยเรียกว่า Taxonomic Structure of Comfort

	RELIEF	EASE	TRANSCENDENCE
PHYSICAL			
PSYCHOSPIRITUAL			
ENVIRONMENTAL			
SOCIOCULTURAL			

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของมิติของความสุขสบาย (ที่มา Kolcaba (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer Publishing Co.)

จากตารางอธิบายได้ว่า ความสุขสบายเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีที่ทำให้บุคคลเกิดความเข้มแข็งตามความจำเป็น (Need) ที่เกิดขึ้นระหว่างการช่วยเหลือบรรเทา (Relief) มีความสุขสบาย (Ease) และหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน (Transcendence) ในบริบทของความสุขสบายด้านร่างกาย (Physical Comfort) ความสุขสบายด้านจิตใจ จิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) ความสุขสบาย ด้านสังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural Comfort) ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort) ซึ่งเป็นความสุขสบายอย่างเป็นองค์รวม (Holistic Comfort) Taxonomic Structure of Comfort มีประโยชน์สำหรับประเมินความต้องการด้านความสุขสบาย (Comfort Needs) การวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการ (Needs) การประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลที่ส่งเสริมความสุขสบาย (Enhance Comfort) การวัดความสุขสบายของผู้ป่วย (Measuring Patient's Comfort) สำหรับการวิจัยและการปฏิบัติ

3.2.2 การปฏิบัติการพยาบาลดูแลความสุขสบาย (Nursing Intervention/ Comfort Measures) เป็นกิจกรรมการพยาบาลและทีมสุขภาพที่ถูกทำขึ้นด้วยความตั้งใจที่จะส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัว มีการดูแลที่หลากหลายเปิดกว้างสามารถหาวิธีการดูแลที่เหมาะสมและช่วยตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยได้เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการมากที่สุด

3.2.3 การปฏิบัติด้วยปัจจัยที่หลากหลาย (Intervening Variables) คือเหตุปัจจัยทั้งด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งอยู่นอกเหนือการควบคุมของผู้ให้การพยาบาลหรือองค์กรแต่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของแผนงานและการศึกษาด้านการดูแลเพื่อความสบาย เช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีโรคทางกายหรือใจที่พบร่วม

3.2.4 การส่งเสริมความสบาย (Enhance Comfort/ Comfort Care) เป็นปรัชญาการดูแลสุขภาพที่เน้นถึงความจำเป็นด้านการส่งเสริมความสบายของผู้ป่วยพื้นฐาน 3 ประการ คือ การบรรเทา (Relief) มีความสบาย (Ease) และหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน (Transcendence) ร่วมกับทั้งมิติทางร่างกาย (Physical Comfort) ซึ่งรวมถึงการปรับสมดุลร่างกาย และการสัมผัสจิตใจ จิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) สังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural Comfort) และสิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีที่ทำให้บุคคลเกิดความต้องการซึ่ง Hawley (2000 อ้างถึงใน กัลยกร ชัตรแก้ว, 2551) ได้กล่าวถึงกลยุทธ์การส่งเสริมความสบายว่าเป็นวิธีการที่จัดกระทำโดยพยาบาลที่นำมาปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลใจหรือความไม่สบาย ซึ่งพยาบาลสามารถจัดกระทำได้ในรูปแบบของการแสดงพฤติกรรมหรือการใช้คำพูดรวมทั้งการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สบายซึ่งพยาบาลต้องมีการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดความไม่สบายและมีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อบรรเทาความไม่สบายดังกล่าว เช่น พยาบาลต้องจัดการกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายในทันทีและมีการประเมินประสิทธิผลตลอดเวลา รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทนกับระดับความสบายที่เผชิญอยู่ กระบวนการส่งเสริมความสบายนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่เกิดจากการตัดสินใจของพยาบาล กลยุทธ์การส่งเสริมความสบายสามารถกระทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งทางตรงได้แก่ การสัมผัสร่างกายของผู้ป่วย การพูดคุย การรับฟัง ส่วนทางอ้อมได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ Morse (1995) ได้แบ่งกลยุทธ์ส่งเสริมความสบายออกเป็น 8 ลักษณะ ได้แก่ 1) การดูแลร่างกายให้ได้รับความอบอุ่น 2) การประเมินสภาพผู้ป่วย 3) การเฝ้าดูแล 4) การเฝ้าระวังสังเกตอาการผู้ป่วย 5) การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสบายในระดับที่ต้องการ 6) การพูดคุย 7) การสัมผัสร่างกายผู้ป่วย และ 8) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

3.3 มิติของความสบาย (Taxonomic structure of comfort)

Kolcaba (2003) ได้อธิบายโครงสร้างของความสบายไว้ว่าประกอบไปด้วย ลักษณะของความสบายใน 2 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 กล่าวถึง ชนิดของความสุขสบาย (Types of comfort) ประกอบด้วยความรู้สึก (Sense) 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การได้รับการบรรเทา (Relief) คือ ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อความต้องการที่เฉพาะเจาะจง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการกลับคืนสู่ภาวะปกติ เมื่อความไม่สุขสบายได้รับการบรรเทาจะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพเป็นปกติ

ระดับที่ 2 มีความสบาย (Ease) คือ สภาวะของความสงบหรือการมีความสุข ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของร่างกาย

ระดับที่ 3 การหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน (Transcendence) คือ สภาวะที่บุคคลสามารถหาวิธีการต่าง ๆ จากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เพื่อช่วยให้ตนเองอยู่เหนือความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นระดับสูงสุด

มิติที่ 2 กล่าวถึง บริบทของความสุขสบาย (Contexts in which comfort is experienced) ประกอบด้วย 4 บริบท ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical Comfort) เป็นความรู้สึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด

2. ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) เป็นการตระหนักถึงตนรวมไปถึงความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความคิดและสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ตลอดจนความสัมพันธ์ของบุคคลต่อสิ่งที่เหนือกว่า

3. ด้านสังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural Comfort) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลครอบครัว และสังคม

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort) เป็นปัจจัยภายนอกทั้งสิ่งที่เป็นธรรมชาติและสิ่งที่สร้างขึ้นมา เช่น ลักษณะสถานที่ เสียง แสงสว่าง อุณหภูมิ และกลิ่น เป็นต้น

มิติดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อกัน โดยในมิติที่ 1 เป็นระดับของความต้องการความสุขสบายที่ได้รับและไม่ได้รับการตอบสนอง โดยมีระดับต่ำสุดจนถึงระดับสูงสุดตามลำดับดังนี้คือ การได้รับการบรรเทา (Relief) มีความสบาย (Ease) และการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน (Transcendence) และมีความสัมพันธ์กับบริบทในแต่ละด้านของความสุขสบายหรือความต้องการความสุขสบายทั้งภายในและภายนอกร่างกายดังนี้คือ ด้านร่างกาย (Physical) จิตใจ จิตวิญญาณ (Psychospiritual) สังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural) และสิ่งแวดล้อม (Environment) หากบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงความสุขสบายเพียงเล็กน้อยและสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เอง ก็จะเกิดการบรรเทาส่งผลให้ได้รับความสุข แต่ถ้าการเปลี่ยนแปลงความสุขสบายที่เกิดขึ้นนั้นรุนแรงและใช้เวลานาน

บุคคลจะพัฒนาตนเองจากสภาพที่เกิดขึ้น โดยการค้นหาวิธีการต่าง ๆ จากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เพื่อช่วยให้ตนเองอยู่เหนือความทุกข์ทรมานที่คุกคาม เกิดการหลุดพ้นทำให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

3.4 ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีความสุขสบาย

Kolcaba (2003) อธิบายหลักการสำคัญและข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีความสุขสบายดังนี้

3.4.1 พยาบาลต้องสามารถบ่งชี้ความต้องการความสุขสบายที่ผู้ป่วยต้องการได้

3.4.2 พยาบาลและทีมสุขภาพร่วมกันค้นหารูปแบบการดูแลเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นหรือตอบสนองความต้องการความสุขสบาย

3.4.3 ต้องมีการจัดการกับตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อความสุขสบาย

3.4.4 หากการบำบัดทางการพยาบาลที่จัดให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์อย่างทันทีทันใดคือ ผู้ป่วยมีระดับความสุขสบายเพิ่มมากขึ้น

3.4.5 หากพยาบาลและผู้ป่วยมีความเห็นพ้องต้องกันเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วย ก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมวิธีสุขภาพดี (Health Seeking Behaviors)

3.4.6 หากผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากขึ้นจนเป็นที่พึงพอใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหามากขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมวิธีสุขภาพดีในอนาคตด้วย

ทฤษฎีความสุขสบายสามารถประยุกต์ใช้กับประชากรได้ทุกกลุ่ม ในสถานการณ์ที่หลากหลายทั้งผู้ป่วย-ครอบครัว และพยาบาลที่ดูแล โดยผสมลักษณะความสุขสบาย ทั้ง 3 ชนิด คือ การบรรเทา (Relief) มีความสบาย (Ease) และการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน (Transcendence) ร่วมกับบริบทที่เกิดขึ้น คือความสุขสบายด้านร่างกาย (Physical Comfort) ความสุขสบายด้าน จิตใจ จิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) ความสุขสบายด้านสังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural Comfort) ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Comfort) เป็นความสุขสบายที่จะเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย-ครอบครัวและพยาบาลที่ดูแลทุกคน

3.5 การดูแลเพื่อความสบาย (Comfort Care) การดูแลเพื่อความสบายที่ได้กล่าวไว้ในทฤษฎีความสุขสบายนั้น เป็นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาลโดยใช้การประเมินความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม และให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการความสุขสบาย โดยใช้หลักการพยาบาลพื้นฐานเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ร่วมกับการใช้การบำบัดทางเลือกเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย

3.6 การบำบัดทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine-CAM) บนพื้นฐาน ของแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic philosophy) และความเป็นมนุษย์เน้นการฟื้นฟู (Healing) มากกว่าการเยียวยารักษา (Curing) เพื่อคงความสมดุลระหว่างร่างกาย-จิต-วิญญาณ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการเยียวยาตนเองเสริมพลังอำนาจ ควบคุมอาการ/ ลดผลข้างเคียงของการรักษา ลดความกลัว ความวิตกกังวล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดความเจ็บป่วย ส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิต

3.7 การนำทฤษฎีความสุขสบายมาประยุกต์ใช้ จากกรอบแนวคิดของทฤษฎีความสุขสบาย Kolcaba และ Wilson (2004) ได้สรุปขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายไว้ 3 ขั้นตอนคือ 1) การส่งเสริมความสุขสบายพื้นฐาน 2) การให้ข้อมูลโดยการสอนแนะ และ 3) การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณ

3.7.1 การส่งเสริมความสุขสบายพื้นฐาน (Technical comfort measures) ได้แก่ การดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายและการจัดการความปวด เช่น การติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการบริหารยาระงับปวด ซึ่งรูปแบบของการดูแลประกอบด้วย 1) การช่วยเหลือผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายหรือการฟื้นฟูสภาพ 2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3.7.2 การให้ข้อมูลโดยการสอนแนะ (Coaching) เป็นรูปแบบการดูแลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประเมินความวิตกกังวล ทำให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้ป่วยจากการได้รับข้อมูลรวมทั้งการช่วยเหลือจนทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังซึ่งเกี่ยวข้องกับการฟัง ความศรัทธา และมีการวางแผนเพื่อการฟื้นฟูสภาพและความต้องการของผู้ป่วยโดยต้องใช้คำพูดที่มีลักษณะทางบวกและพร้อมรับฟังผู้ป่วยเมื่อมีข้อข้องใจและแก้ไขปัญหาพร้อมกัน การสอนแนะจะมีประสิทธิผลนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยที่จะรับฟังความคิดใหม่ ๆ ว่ามีความพร้อมมากน้อยเพียงใดตามรายคน (Kolcaba และ Wilson, 2004) โดยแตกต่างจากการสอนแบบทั่วไปที่เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด จนไม่ได้คำนึงถึงความต้องการหรือความพร้อมในการรับข้อมูลมีทั้งการสอนแบบรายบุคคลและการสอนเป็นกลุ่มซึ่งข้อมูลที่ได้รับบางส่วนอาจไม่จำเป็นแก่ผู้ป่วยในสภานั้น ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำการให้ข้อมูลโดยการสอนแนะมาเป็นรูปแบบในการวางแผนการให้กิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับช่วงเวลา

3.7.3 การสนับสนุนจิตวิญญาณ (Comfort Food for the Soul) การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณนั้นมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความทรมาน (Transcendence) ซึ่งคอลคาบา

ได้แนะนำวิธีการส่งเสริมความสุขสบายในขั้นตอนนี้ว่าควรประกอบด้วย การนวด การจัดสิ่งแวดล้อม การสร้างจินตภาพ การฟังดนตรี และการสัมผัส

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการการตอบสนองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเกิดความสุขสบายในทันที และมีความพึงพอใจ

3.8 เป้าหมายของทฤษฎีความสุขสบาย มีดังนี้

3.8.1 ความสุขสบาย คือ ผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพที่มีความสำคัญที่มีเป้าหมายที่ผู้ป่วยเป็นหลัก

3.8.2 ความสุขสบาย มีความเป็นองค์รวม มีความซับซ้อน และเป็นที่ยากที่จะสามารถรับรู้ได้ทันที

3.8.3 ลักษณะความสุขสบายแต่ละช่องซึ่งมีความสัมพันธ์กันระหว่างชนิดของความสุขสบายทั้ง 3 ชนิดและบริบทความสุขสบายทั้ง 4 แบบโดย Kolcaba (2003) ได้แสดงความสัมพันธ์ในรูปแบบตาราง โดยเรียกว่า Taxonomic Structure of Comfort มีความสัมพันธ์ระหว่างกันมีเป้าหมาย และมีการวัดรูปแบบการดูแลขึ้นอยู่กับความต้องการด้านความสุขสบายของผู้ป่วย (Patient's Comfort Needs) ที่ถูกประเมินไว้

การดูแลความสุขสบาย เป็นพื้นฐานของการพยาบาล และเป็นหัวใจของวิชาชีพพยาบาลทฤษฎีความสุขสบายเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลต้องมีมุมมองของการประเมินความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคลอย่างเป็นองค์รวม สามารถประเมินความต้องการความสุขสบายและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวได้ มีการดูแลที่หลากหลายเปิดกว้างสามารถหาวิธีการดูแลที่เหมาะสมและช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้เพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการมากที่สุด

4. การปฏิบัติการพยาบาลต่อความสุขสบายในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง

ในผู้ป่วยศัลยกรรมซึ่งรวมถึงผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดช่องท้องนั้น การได้รับข้อมูลจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถที่จะดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการฟื้นฟูสภาพและกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วย ลดอัตราการตาย ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล และทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งของทีมสุขภาพที่จะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นการพิทักษ์สิทธิ

ของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีความรู้อย่างเพียงพอเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือความต้องการแก้ไขความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด (Rorden, 1987) จากการที่พยาบาลเป็นผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การวินิจฉัยโรคขั้นตอนการรักษาพยาบาล และสิ่ง que ผู้ป่วยจะต้องประสบภายหลังการรักษาพยาบาล อาจกล่าวได้ว่า พยาบาลเป็นแหล่งข้อมูล que ผู้ป่วยสามารถเข้าหาได้โดยตรงในทันที เป็นเสมือนผู้แปลความหมายของข้อมูลที่แพทย์ได้ให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้น สิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยคือ การให้ข้อมูล การสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

4.1 ข้อมูลในการให้ความรู้ผู้ป่วยศัลยกรรม

ข้อมูลในการให้ความรู้ผู้ป่วยศัลยกรรม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ตามหลักของ Lori Butcher (cited in McCloskey and Bulechek, 2000)

4.1.1 ข้อมูลด้านภาวะจิตใจ (Psychological component) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดที่เกิดขึ้น โดยค้นหาความคาดหวังในการผ่าตัดให้ตรงกับความเป็นจริง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค สิ่งที่ต้องเผชิญในระหว่างและหลังการผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องเผชิญในการผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ให้ความเวลาในการอธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยอยากรู้ ให้คำแนะนำในเทคนิคการปรับตัว

4.1.2 ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (Sensory Component) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจประสบ และความทุกข์ทรมานที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด โดยลักษณะข้อมูลจะเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาททั้งห้า ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็นภาพเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ของเหตุการณ์ และความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกเมื่อพ่นจากฤทธิ์ของยาสลบ ความรู้สึกเกี่ยวกับอาการปวดแผลผ่าตัด เป็นต้น การให้ข้อมูลชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจได้ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นสอดคล้องกับที่ได้คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะแปลความหมายของข้อมูลตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่อย่างถูกต้องชัดเจน สามารถเผชิญกับความรู้สึกเจ็บปวดและการผ่าตัดได้ดีขึ้น

4.1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา (Procedural component) เป็นข้อมูลที่อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงรายละเอียดขั้นตอนการตรวจรักษาหรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น วัตถุประสงค์และรายละเอียดของ การผ่าตัด การเตรียมร่างกายก่อนการผ่าตัดพร้อมทั้งเหตุผล การตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ การสอดใส่เครื่องมือต่างๆ ตลอดจนตารางเวลา และสถานที่ในการผ่าตัด รวมทั้งขั้นตอนการปฏิบัติหลังการผ่าตัด วิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งรวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ให้เครื่องมือต่าง ๆ ได้แก่ คำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารร่างกายใน ส่วนต่าง ๆ ที่ได้รับการผ่าตัด การหายใจ และการไอ อย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว วิธีการควบคุมอาการปวด สอนวิธีการนั่งการยืน และการลุกเดิน

4.2 การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านข้อมูล คือ การให้รายละเอียดต่าง ๆ คำแนะนำ ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาหรือเป็นข้อมูลย้อนกลับให้บุคคลรับรู้ถึงการกระทำของตน (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) และตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ จงแก, 2550) ให้ความหมายของการสนับสนุนด้านข้อมูลว่า เป็นการเสนอแนะ แนวทาง และให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการเผชิญปัญหาทั้งปัญหาส่วนตัว และปัญหาที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งการสนับสนุนข้อมูลตามทฤษฎีของ Mishel เป็นข้อมูลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย และการรักษา ผลที่จะเกิดขึ้นของอาการที่เป็นอยู่ ระบบการดูแล ภาวะเจ็บป่วย และขั้นตอนการรับบริการ (Mishel, 1988) พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุด (Mile et al., 1996) จึงควรเป็นผู้ที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลในการศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูงโดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพ และการใช้ยา (ชนิษฐา นาคะ, 2534; เสงี่ยม ช่วยนุ้ยและชวนพิศ มีสวัสดิ์, 2543) ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงต้องมีทักษะและกลวิธีในการสนับสนุนข้อมูลที่เหมาะสม

4.3 วิธีการสนับสนุนข้อมูล ในการสนับสนุนข้อมูลผู้สนับสนุนควรมีเทคนิคในการสนับสนุนที่เหมาะสมด้วย เพื่อให้ผู้รับข้อมูลเกิดการเรียนรู้อย่างรวดเร็วและสะดวกยิ่งขึ้น ซึ่งเทคนิคในการสนับสนุนข้อมูล ได้แก่

4.3.1 จัดเตรียมสถานที่ให้เป็นสัดส่วน เงียบ ปราศจากเสียงรบกวนซึ่งเป็นการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ ให้ผู้รับข้อมูลมีความตั้งใจ สนใจที่จะรับฟังข้อมูล (McGrath, 2003)

4.3.2 สร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้สนับสนุนข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อสร้างความไว้วางใจ โดยผู้สนับสนุนใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงกิริยาท่าทางที่เป็นมิตร ให้ความสนใจผู้รับข้อมูลโดยมุ่งประเด็นถึงข้อมูลที่ผู้รับข้อมูลต้องการมากที่สุด (Holden, Harrison, & Johnson, 2002)

4.3.3 ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมความสามารถที่จะรับข้อมูล และความรู้ของผู้รับข้อมูลพร้อมทั้งซักถามข้อมูลที่ต้องการทราบ ก่อนที่จะให้ข้อมูล (McGrath, 2003) ซึ่งการสนับสนุนข้อมูล ต้องให้การสนับสนุนตามความเหมาะสมของสภาพอาการ การเจ็บป่วย สถานการณ์

สภาวะอารมณ์ที่เป็นอยู่ขณะนั้น เพื่อช่วยให้ผู้รับข้อมูลเกิดการยอมรับและเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Williams, 2005)

4.3.4 การเรียนรู้ควรสัมพันธ์กับประสบการณ์ของผู้รับข้อมูลและเรียนรู้ตามระดับความสามารถของผู้รับข้อมูล ควรเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ยังไม่รู้ไปหาสิ่งที่รู้แล้ว (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2544)

4.3.5 ข้อมูลที่ให้ควรเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย มีความชัดเจนไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์เพราะจะทำให้ผู้รับข้อมูลไม่เข้าใจ และเพิ่มความวิตกกังวล (McGrath, 2003)

4.3.6 ผู้ให้ข้อมูลต้องมีความเป็นกันเองไม่ถือตัว จะทำให้ครอบครัวกล้าถามคำถาม (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2544)

4.3.7 เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้แสดงความรู้สึกและซักถาม ขณะให้ข้อมูล (Gaw-Ens, 1994)

4.3.8 การสนับสนุนข้อมูลต้องมีขั้นตอน ไม่สับสน พูดให้ช้าแต่ชัดเจน หากให้มากเกินไปอาจทำให้ผู้รับข้อมูลเกิดความสับสน ซึ่งบุคคลจะให้ความสนใจกับข้อมูลที่ให้ ในเวลาไม่เกิน 30 นาที (Apps, 1991 อ้างถึงใน จุฑารัตน์ จงแก, 2550)

4.3.9 สบตาผู้รับข้อมูลขณะให้การสนับสนุน มารดากับผู้ให้ข้อมูลควรอยู่ระหว่างกันพอสมควร เพื่อการมองเห็นและได้ยินกันชัดเจน ซึ่งการสนับสนุนข้อมูลโดยการเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้และผู้รับข้อมูลเป็นวิธีการที่ดี (Pacrry อ้างใน พรประภา โรจนวงศกร, 2541; Gaw-Ens, 1994)

4.3.10 วิธีการสนับสนุนข้อมูลควรมีหลายรูปแบบ นอกจากการสอน การดูรูปภาพ การให้คู่มือ แล้วควรมีคู่มือให้ผู้รับข้อมูลสามารถนำกลับไปอ่านทบทวนที่ห้องพักได้ทีหลัง (McGrath, 2003)

4.3.11 พยาบาลควรให้ข้อมูลความก้าวหน้าและสิ่งที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย บริเวณข้างเตียงอีกครั้ง หรือเมื่อครอบครัวกลับออกจากหอผู้ป่วย จากการศึกษาของ รัตนา อยู่เปลว (2543) พบว่า นอกจากให้การสนับสนุนข้อมูลโดย แจกเอกสารประกอบการให้ข้อมูลแล้ว การให้ข้อมูลความก้าวหน้าและสิ่งที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยข้างเตียงผู้ป่วยพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสนับสนุนด้วยโปรแกรมดังกล่าว

4.4 ข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องเพื่อรักษาโรคทางศัลยกรรมนั้น นอกจากจะมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังมีปัญหาด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากผู้ป่วยยังต้องการข้อมูลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินที่เผชิญขณะนั้นซึ่งจะส่งผลต่อความสบายทั้ง 4 ด้าน การสอนก่อนผ่าตัด เป็น

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการให้ข้อมูล เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด สภาพที่ผู้ป่วยต้องประสบ และวิธีปฏิบัติตัวในระยะก่อนและหลังผ่าตัด การให้ความกระจ่างและอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้นแก้ไขเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยทราบมาจากญาติ เพื่อน หรือทางสื่อต่าง ๆ ดังนั้นการให้ข้อมูลที่จำเป็นสามารถช่วยในการปรับตัวและสามารถนำมาจัดการกับที่ภาวะคุกคามความสบายได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด และช่วยให้อายุผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง โดยมีรายละเอียดการสอนก่อนผ่าตัดดังนี้

4.4.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเจ็บป่วย วิธีการและผลดีของการผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ วิธีและผลของการให้ยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ

4.4.2 การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด มีรายละเอียด คือการบำรุงร่างกายให้อยู่สภาพพร้อมที่จะทำผ่าตัด เตรียมผิวหนังบริเวณที่ทำผ่าตัด การเตรียมทั่วไป มีรายละเอียด คือ วันก่อนผ่าตัด ให้ผู้ป่วยอาบน้ำสะอาดให้สะอาด ตัดเล็บล้างสีทาเล็บออก (ถ้ามี) คืนวันก่อนผ่าตัด หลังเที่ยงคืนผู้ป่วยจะต้องงดน้ำและอาหารทางปาก ผู้ป่วยควรนอนหลับให้เต็มที่ เพื่อให้ร่างกายสดชื่น ถ้านอนไม่หลับก็จะรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้ยานอนหลับ เข้ามีตัวผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการสวนอุจจาระทางทวารหนักเพื่อป้องกันท้องอืดหลังผ่าตัด ก่อนไปห้องผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีฟันปลอมที่ถอดได้ต้องถอดเพื่อป้องกันการหลุดเข้าไปอุดกั้นทางเดินหายใจขณะได้รับยาระงับความรู้สึกและต้องถอดเครื่องประดับและของมีค่าฝากญาติไว้เพื่อป้องกันการสูญหาย ผู้ป่วยต้องถ่ายปัสสาวะ ก่อนไปห้องผ่าตัด

4.4.3 สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์ล่วงหน้าได้ถูกต้อง ทำให้คลายความวิตกกังวล (เนพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์, 2548) จัดการกับความเจ็บปวดได้ เช่น การศึกษาของปริดา บุญญสุวรรณ (2547) จวง เผือกคง (2550) และ Lin และ Wang (2005)

4.4.4 การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอดและระบบไหลเวียนโลหิต การฝึกให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดได้ถูกต้องจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ (Glodin, 1981) นอกจากนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ และการเข้าเยี่ยมของญาติ รวมถึงอธิบายให้ทราบถึงลักษณะสิ่งแวดล้อม การทำงานของเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญต่อภาวะคุกคามขณะนั้นได้อย่างเหมาะสม ช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลเสริมความสบายทั้งองค์รวมแก่ผู้ป่วย

ดังนั้น ผลของการให้ข้อมูลหลายชนิดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวมีปฏิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมในการเผชิญภาวะ ความเครียดในด้านต่าง ๆ ได้ดีกว่าการให้ข้อมูลเพียงชนิดใดชนิดหนึ่งอย่างเดียว และขึ้นอยู่กับคุณลักษณะ ของสถานการณ์ที่มาคุกคาม ข้อมูลบางชนิดใช้ได้กับผู้ป่วยในสถานการณ์หนึ่งแต่อาจใช้ไม่ได้ผลกับ ผู้ป่วยอีกสถานการณ์หนึ่ง พยาบาลจึงควรทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยและให้ข้อมูลที่จำเป็นและ ครอบคลุมกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเพื่อจัดการกับปัจจัยที่รบกวนความสุขสบายให้ผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดช่องท้องให้มากที่สุด

4.5 แนวคิดการสร้างจินตภาพ

4.5.1 การสร้างจินตภาพ หมายถึง วิธีการที่จะช่วยให้หายจากโรคซึ่งมีมาตั้งแต่สมัย โบราณโดยมีจุดประสงค์เพื่อใช้ความคิดในการสร้างภาพและหวังผลสำเร็จของการรักษาตาม เป้าหมายที่ตั้งไว้ การสร้างจินตภาพเป็นเครื่องมือบำบัดทางปัญญา (Cognitive tool) ซึ่งต้องมีการใช้ ระบบสัมผัสต่าง ๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การลิ้มรส ความรู้สึกเกี่ยวกับการ เคลื่อนไหวและการสัมผัส ซึ่งเป็นกลไกการสื่อสารระหว่างการรับรู้ของอารมณ์และการเปลี่ยนแปลง ของร่างกาย ซึ่งเปรียบเสมือนสะพานเชื่อมระหว่างร่างกายและจิตใจ (Ackerman & Turkoski, 2000) สำหรับการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ใช้ความหมายของการสร้างจินตภาพตามแนวคิดของ Horowitz (1967 อ้างถึงใน Stephens, 1993) ซึ่งสรุปได้ว่าการสร้างจินตภาพหมายถึง กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด อย่างเป็นขั้นตอนจากความคิดด้านลบที่มีต่อตนเองสิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตไปสู่ความคิดด้าน บวกโดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

4.5.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างจินตภาพ ทฤษฎีที่กล่าวถึงการสร้างจินต- ภาพนั้นมีหลากหลายทฤษฎีขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่จะนำไปใช้ ได้แก่ ทฤษฎีการตอบสนองของ (Response theory) ของ Lazarus (1984 อ้างถึงใน Health, 1992) ทฤษฎีการสร้างจินตภาพของ Dossey (1997) ทฤษฎีจิตสังเคราะห์ (Psychosynthesis) การบำบัดทางจิตด้วยความเป็นจริง (Eidetic psychotherapy) (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2546) และทฤษฎีการสร้างจินตภาพของ Horowitz (1967 อ้างถึงใน Stephens, 1993) ซึ่งสรุปได้ดังต่อไปนี้

4.5.2.1 ทฤษฎีการตอบสนอง (Response theory) ของ Lazarus (1984 อ้างถึง ใน Health, 1992) สำหรับทฤษฎีนี้ กล่าวว่า การสร้างจินตภาพหมายถึง การตอบสนองของจิตใจที่สามารถนำไปสู่การจินตนาการ หรือ การเกิด พฤติกรรมต่อสิ่งอื่นได้เนื่องจาก Lazarus เชื่อว่าการ ตอบสนองของสิ่งเร้าใด ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับการจินตนาการต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ทฤษฎีนี้ นำไปอธิบายได้ว่าบุคคล แต่ละคนมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าชนิดเดียวกันแตกต่างกันออกไป สิ่งเร้าที่กล่าวถึง เช่น ภาวะของโรค

การรักษาของแพทย์ การนอนอยู่ในเตียงผู้ป่วยหนัก เป็นต้น เมื่อใดก็ตามที่บุคคลถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า จะมีจินตนาการต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ แตกต่างกันไปทำให้การตอบสนองต่อสิ่งเร้าของแต่ละบุคคล แตกต่างกันไปด้วย ซึ่งสถานการณ์ในอดีตจะเป็นตัวส่งเสริมหรือกำหนดให้มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในปัจจุบันว่าควรจะเป็นแบบใด

4.5.2.2 ทฤษฎีการสร้างจินตภาพของ Dossey (1997) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าการสร้างจินตภาพมีพื้นฐานมาจากการเชื่อมต่อของช่องว่างระหว่างมิติของเวลาการสร้างจินตภาพเกิดขึ้นเพราะมีการทะลุเข้าไปในช่องว่างระหว่างมิติของเวลาทำให้จุดนั้นไม่มีอดีตปัจจุบันและอนาคตขณะเกิดการสร้างจินตภาพจะคงที่อยู่อย่างนั้น ดังนั้นทฤษฎีนี้จึงเป็นการนำภาพของตนเองในอดีตของที่เคยประสบมาจินตนาการเพื่อแก้ไขให้ดีขึ้น

4.5.2.3 ทฤษฎีจิตสังเคราะห์ (Psychosynthesis) เป็นทฤษฎีของ Assagioli (1971) รูปแบบของทฤษฎีประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนแรก คือ ระดับต่ำสุดของจิตใต้สำนึกเป็นความจำที่ลึ้ม ส่วนที่สอง คือ ระดับไม่รู้สึกรู้ตัวระดับปานกลาง เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นวันต่อวันในการติดต่อเกิดความมีเหตุมีผล ส่วนที่สาม คือ ระดับสูงสุดเป็นส่วนของปัญญา ความรัก ความคิดสร้างสรรค์นำไปสู่การปฏิบัติตนในแต่ละบุคคล การฝึกวิธีนี้จะใช้ในการบำบัดอาการต่าง ๆ เช่น ลดความวิตกกังวล โดยหลักการจิตภาพนั้น เมื่อมีการสร้างภาพขึ้นมาแล้วจะเป็นการทำงานของจิตใต้สำนึกก่อให้เกิดการสร้างภาพที่ชัดเจน (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2546)

4.5.2.4 การบำบัดรักษาทางจิตด้วยความเป็นจริง (Eidetic psychotherapy) เป็นของ Ahseen โดยกล่าวว่าร่างกายประกอบด้วยสามส่วนที่เป็นหนึ่งเดียวกัน จะเกิดปฏิกิริยาต่อกันในภาวะที่ไม่รู้สึกรู้ตัว ประกอบด้วย ภาพในใจ (Image) การตอบสนองทางด้านร่างกาย (Somatic) และความหมาย (Meaning) ภาพในใจจะกระตุ้นความรู้สึกก่อให้เกิดการตอบสนองความจริงภายนอกและรอบ ๆ ตัวบุคคล (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2546)

4.5.2.5 ทฤษฎีการสร้างจินตภาพของ Horowitz (1967 อ้างถึงใน Stephens, 1993) Horowitz ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสร้างจินตภาพและรูปแบบของความคิด 3 ลักษณะที่เชื่อมโยงกันได้แก่

4.5.2.5.1 ความคิดที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม (Enactive thought) เป็นความคิดที่จะทำให้เกิดการตอบสนองออกทางพฤติกรรม เช่น การคิดถึงการยกของหนัก ๆ จะกระตุ้นความคิดที่จะแสดงพฤติกรรม ทำให้กลุ่มของกล้ามเนื้อในส่วนของไหล่และแขนเริ่มจะเกร็งเพิ่มขึ้นเป็นต้นเช่นเดียวกัน เมื่อคิดถึงการฟานมะนาวผลสีเหลืองน้ำแล้วชิมรสเปรี้ยวของมะนาว กล้ามเนื้อหน้าและกล้ามเนื้อหน้าหูจะเกร็ง ความคิดที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมนี้ควบคุมโดย

สมองส่วน Limbic system ซึ่งสมองส่วนนี้จะควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลการสร้างจินตภาพสามารถนำมาใช้ควบคุมความคิดที่จะแสดงพฤติกรรมได้ เพราะการสร้างจินตภาพจะทำให้มีการเชื่อมต่อกับภาวะอารมณ์ทำให้กระตุ้นความคิดที่จะแสดงออกทางพฤติกรรมและนำไปสู่พฤติกรรมที่สังเกตได้ (Observable behavior)

4.5.2.5.2 ความคิดในเชิงเปรียบเทียบวิเคราะห์หิวจรรย์ (Lexical thought) เป็นความคิดที่ทำให้มีความชัดเจนในการสื่อสาร การวิเคราะห์ ความคิดที่เป็นนามธรรม การนับจำนวน การจดจำเวลา ความคิดเชิงเหตุผลซึ่งความคิดส่วนนี้จะถูกควบคุมโดยเปลือกสมองซีกซ้าย (Cerebral cortex of left hemisphere) ความคิดในส่วนนี้เกิดจากการเรียนรู้ตั้งแต่วัยเด็กแล้วเก็บสะสมไว้เป็นประสบการณ์ เมื่อบุคคลได้รับข่าวสารหรือสิ่งกระตุ้นใหม่ ๆ จะเก็บไว้คล้ายธนาคารความจำและเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารเข้ามาใหม่อีกครั้งบุคคลก็จะนำไปเปรียบเทียบกับความจำที่มีอยู่เดิมพิจารณาความเป็นเหตุเป็นผลตามความเป็นจริง และประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคคลขณะนั้นเกิดเป็นอารมณ์และพฤติกรรมแสดงออกมา

4.5.2.5.3 ความคิดให้เห็นภาพ (Imagic thought) เป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับการสร้างจินตนาการและการสร้างสรรค์ อยู่ในรูปของการฝัน การเพ้อฝัน และการเห็นภาพในใจ ความคิดส่วนนี้ถูกควบคุมโดยสมองซีกขวา (Cerebral cortex of right hemisphere) ที่เกี่ยวกับอารมณ์โดยเฉพาะอารมณ์ด้านบวก ซึ่งสามารถที่จะนำ ความรู้สึกในอดีตมาคิดเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง ความคิดให้เห็นภาพนี้จะมีการพัฒนาในช่วงก่อนที่เด็กจะเริ่มหัดพูด (Samueles & Samuels , 1984 อ้างถึงใน Stephens, 1993) หลังจากเด็กเริ่มพูดได้บอกความรู้สึกและความคิดออกมาทางคำพูดซึ่งภาษามีความสำคัญทำให้เกิดการพัฒนาความคิดให้เห็นภาพลดน้อยลง การเรียนในโรงเรียนจะทำให้เกิดการพัฒนากล้ามเนื้อซีกซ้ายในเรื่องของการเป็นเหตุเป็นผล การคิดคำนวณ ขณะเดียวกันสมองซีกขวาก็จะพัฒนาช้าลง คนทั่วไปส่วนใหญ่จะมีความคิดเชิงเปรียบเทียบวิเคราะห์หิวจรรย์เด่นกว่าส่วนของความคิดให้เห็นภาพ จิตใจของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงตามรูปแบบความคิดทั้ง 3 ลักษณะ เนื่องจากรูปแบบความคิดทั้ง 3 ลักษณะนี้มีความสำคัญต่อหน้าที่ของการรู้คิด (Cognitive functioning) บุคคลจะใช้รูปแบบความคิดที่ไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับโอกาสและวัตถุประสงค์ บุคคลจะมีความเด่นของรูปแบบความคิดที่แตกต่าง ๆ เช่น นักกีฬาจะมีรูปแบบความคิดที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม (Enactive thought) เด่น จิตรกรจะมีรูปแบบความคิดให้เกิดภาพเด่นและนายธนาคารหรือนักกฎหมายจะมีรูปแบบความคิดเชิงเปรียบเทียบวิเคราะห์หิวจรรย์ (lexical thought) เด่น เป็นต้น บุคคลมีความสามารถในการสร้างจินตภาพแตกต่างกัน บุคคลที่มีสมองซีกขวาเด่นจะสร้างจินตภาพได้ง่าย บุคคลที่มีสมองซีกซ้ายเด่นจะมีความขัดแย้งต่อการฝึกการสร้างจินตภาพเนื่องจากความคิดขึ้นอยู่กับการ

ความจริงความเป็นเหตุเป็นผล แต่ก็สามารถสร้างจินตภาพได้ถ้าทราบเหตุผลของการสร้างจินตภาพ และการฝึกต้องเริ่มจากระดับง่าย ๆ ค่อยเป็นค่อยไป อาจต้องทำหลาย ๆ ครั้ง หรือใช้ประสาทสัมผัสหลาย ๆ ด้านเป็นตัวกระตุ้นในการสร้างจินตภาพ

จะเห็นได้ว่ารูปแบบความคิดทั้ง 3 ลักษณะนี้จะทำงานสัมพันธ์กันขณะสร้างจินตภาพ โดยการสร้างจินตภาพจะกระตุ้นสมองซีกขวาให้เกิดความคิดให้เห็นภาพ ซึ่งจะเป็นภาพหรือสถานที่ที่พึงพอใจ สถานที่ที่รื่นรมย์ และขณะที่ใช้ความคิดให้เห็นภาพนั้น จะเกิดการกระตุ้นสมองส่วนลิมบิก ซึ่งจะเป็นสมองส่วนที่ควบคุมภาวะอารมณ์ก่อให้เกิดอารมณ์ด้านบวก รู้สึกสบายผ่อนคลาย และเพลิดเพลิน ขณะเดียวกันสมองซีกซ้ายก็จะได้รับการกระตุ้นเมื่อได้รับข้อมูลตามเนื้อหาการสร้างจินตภาพก่อให้เกิดความคิดเชิงเปรียบเทียบวิเคราะห์วิจารณ์ ความคิดเชิงเหตุผลทำให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบและเนื้อหาความคิดจากความคิดด้านลบเป็นความคิดด้านบวก ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างจินตภาพของ Horowitz เนื่องจากทฤษฎีนี้สามารถอธิบายกระบวนการสร้างจินตภาพได้อย่างครอบคลุม วิเคราะห์เหตุและผลของการสร้างจินตภาพได้อย่างชัดเจน

4.5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างจินตภาพ ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างจินตภาพ ดังนี้

4.5.3.1 สภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีเสียงอึกทึกพลุกพล่าน รบกวนขณะสร้างจินตภาพ อุณหภูมิขณะนั้นร้อนหรือเย็นเกินไป ซึ่งเป็นสิ่งรบกวนทำให้บุคคลอยู่ในภาวะไม่ผ่อนคลาย หรือไม่มีสมาธิในการฝึก จึงควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและมีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด (Ackerman & Turkoski, 2000) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยควบคุมโดยการฝึกการสร้างจินตภาพในห้องที่ไม่มีเสียงรบกวน ติดป้ายห้ามรบกวนขณะฝึกการสร้างจินตภาพ

4.5.3.2 ลักษณะของบุคคล บุคคลที่มีสมองซีกซ้ายเด่นจะมีความคิดด้านการจินตนาการความคิดสร้างภาพน้อยกว่าบุคคลที่มีสมองซีกขวาเด่น แต่สามารถฝึกการสร้างจินตภาพได้ เช่นเดียวกับบุคคลที่มีสมองซีกขวาเด่น โดยจะเริ่มฝึกในขั้นที่ง่าย ๆ ก่อนฝึกแบบค่อยเป็นค่อยไปฝึกทำบ่อย ๆ (Stephens, 1993) นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการฝึกการสร้างจินตภาพบุคคลที่จะฝึกการสร้างจินตภาพต้องมีความยินดีเข้าร่วมการฝึก ต้องมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ฝึก และมีความเชื่อต่อผลของการสร้างจินตภาพ จึงจะเกิดประโยชน์ (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2546)

4.5.3.3 ภาวะอารมณ์ของบุคคล ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะอารมณ์ที่มีความทุกข์ และทรมานจากการเจ็บปวดหรืออาการไม่สุขสบาย ก่อนการฝึกต้องควบคุมอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ให้อยู่ในอารมณ์ที่ผ่อนคลายและมีความพร้อมในการฝึก (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2546)

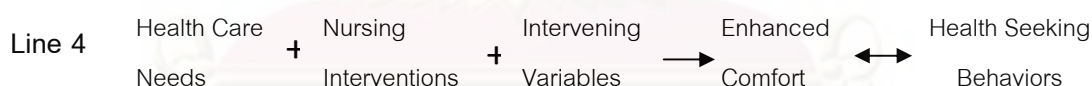
4.5.3.4 ความสามารถในการสร้างจินตภาพ บุคคลที่มีความสามารถในการสร้างจินตภาพสูง การฝึกจะมีผลดีมากกว่าบุคคลที่มีความสามารถในการสร้างจินตภาพต่ำ (Kwekkeboom, 2000) ดังนั้นต้องมีการประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพก่อนการฝึกการสร้างจินตภาพ (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2546) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพประเมินโดยการให้กลุ่มตัวอย่างจินตนาการถึงภาพผลมะนาวสีเหลืองฉ่ำ ภาพการจับผลมะนาวภาพการผ่านผลมะนาว แล้วนำมะนาวเข้าไปในปากเพื่อชิมรสเปรี้ยวของมะนาว และภาพการได้กลิ่นของมะนาว ขณะนั้นผู้วิจัยสังเกต สีหน้า การเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าหู การกลืนน้ำลาย ถ้ามีน้ำลายไหลออกมาในปาก แสดงว่าประสบผลสำเร็จในการสร้างจินตภาพ (McCaffery, 1979)

4.6 ผลของการสร้างจินตภาพต่อความสุขสบาย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับปัจจัยที่ส่งผลให้ความสุขสบายลดลง ตั้งแต่เมื่อรับรู้ว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นทันทีและจะยังคงอยู่เรื่อย ๆ ไปจนถึงระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด (Lemaitre & Finnegan, 1980) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานทำให้เกิดความกลัวต่อความเจ็บปวด รู้สึกถูกแยกจากครอบครัวสังคม สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การสร้างจินตภาพ จะเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจาก ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่ถูกคุกคามทั้งจากด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งกระบวนการทางปัญญาได้แก่ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง จะรับรู้สถานการณ์ที่เข้ามากระทบบุคคล และประเมินสถานการณ์นั้นว่า คุกคามตนเอง อาจทำให้เกิดอันตราย และหรือความไม่ปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยเกิดการประเมินสถานการณ์ด้วยกระบวนการทางปัญญานั้นจะเทียบเท่ากับการทำงานของเปลือกสมองซีกซ้ายที่ถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ที่คุกคามโดยกระตุ้นการสร้างความคิดในเชิงเปรียบเทียบวิเคราะห์วิจารณ์ (Lexical thought) ซึ่งจะมีผลกระตุ้นการทำงานของระบบลิมบิกในส่วนที่รับรู้อารมณ์ด้านลบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่ถูกคุกคาม การสร้างจินตภาพจะประกอบด้วยกระบวนการเบี่ยงเบนความสนใจร่วมกับการผ่อนคลาย จะเบี่ยงเบนความคิดจากปัจจัยรบกวนที่เกิดขึ้นไปยังภาพที่สร้างโดยความคิดขึ้นมาแทน โดยการสร้างจินตภาพจะกระตุ้นการทำงานที่เปลือกสมองซีกขวาให้มีการใช้ความคิดให้เห็นภาพ ซึ่งเป็นภาพบรรยายภาค หรือสถานที่ที่สร้างความพึงพอใจให้มีความสุขสบายภายหลังการผ่าตัดช่องท้องในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะเห็นได้จากงานวิจัยที่ใช้การสร้างจินตภาพในผู้ป่วยศัลยกรรมได้แก่ การนำมาใช้รักษาการจัดการอาการในผู้ป่วยศัลยกรรม (Cupal & Brewer, 2001; Dreher, 1998) และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับเคมีบำบัด (Kolcaba & Fox, 1999; Kwekkeboom, Kneip & Pearson, 2003) และยังพบว่ามีการนำมาใช้ในการลดความเจ็บปวดจากแผลใหม่ (Patterson & Ptacek, 1997)

นำการสร้างจินตภาพมาใช้ในสตรีที่ทุกข์ขมขื่นและถูกกระทำทางเพศอย่างรุนแรงเพื่อเบี่ยงเบนความคิดให้เกิดการเห็นภาพในสิ่งที่ดีที่ตรงตาม เนื่องจากสตรีเหล่านี้ส่วนใหญ่จะฝันร้ายเมื่อนอนหลับไป การสร้างจินตภาพได้ช่วยลดความถี่จากการฝันร้าย เกิดคุณภาพต่อการนอนหลับเพิ่มขึ้นและลดอาการความตึงเครียดได้ (Krakow et al., 2001)

5. การพัฒนาการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพเพื่อส่งเสริมความสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรมที่พบบ่อย ซึ่งส่งผลให้เกิดความสบายของแต่ละระยะหลังการผ่าตัดลดลง หากพยาบาลสามารถบ่งชี้ความต้องการความสบายที่ผู้ป่วยต้องการได้แล้ว พยาบาลและทีมสุขภาพร่วมกันค้นหารูปแบบการดูแลเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นหรือตอบสนองความต้องการความสบาย การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีความสบายจึงเป็นอีกทางเลือกของกิจกรรมการให้การพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดให้กับผู้ป่วยตามความต้องการด้านความสบาย กิจกรรมการให้การพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดให้กับผู้ป่วยตามความต้องการด้านความสบาย (Comfort Need) ของผู้ป่วยหรือครอบครัวซึ่งไม่ได้รับการตอบสนองจากระบบสนับสนุนที่มีอยู่โดยให้การดูแล (Interventions) ที่ตอบสนองความจำเป็นเหล่านั้น ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบการพยาบาลของ Wilson และ Kolcaba (2004) ที่พัฒนาจากทฤษฎีความสบาย (Theory of Comfort) ของ Kolcaba (2003) ตามแผนภาพดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของทฤษฎีความสบาย (Kolcaba, 2003)

และได้จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การส่งเสริมความสบายพื้นฐาน 2) การให้ข้อมูลโดยการสอนแนะ 3) การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณ เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และจะส่งผลให้มีความสบาย (Enhance Comfort) โดยทันที ซึ่งการดูแลความสบาย (Comfort care) ที่จัดให้กับผู้ป่วยนั้น ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการดูแลในรูปแบบและเวลาที่เหมาะสม ใช้วิธีการที่สื่อให้เห็นถึงการเอาใจใส่และความเห็นอกเห็นใจเพื่อเป้าหมายคือให้เกิดความสบาย ประเมินความสบายจากแบบวัดความสบาย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความสบายของ Kolcaba (1992) มีดังนี้

ขั้นที่ 1 การส่งเสริมความสุขสบายพื้นฐาน เป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลทั่วไป โดยมี การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ได้ซักถาม และการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ พร้อมทั้งประเมินปัญหาและความต้องการร่วมกันกับผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและร่วมมือในการทดลองและให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลพบผู้ป่วย 1 วันก่อนผ่าตัด

ขั้นที่ 2 การให้ข้อมูลโดยการสอนแนะ เป็นรูปแบบการดูแลเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล การให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและการให้ข้อมูล การให้ความหวังซึ่งต้องใช้คำพูดที่มีลักษณะทางบวก การรับฟังผู้ป่วยรวมทั้งการช่วยเหลือในการวางแผนเพื่อการฟื้นฟูสภาพเป็นขั้นตอนที่เป็นหัวใจสำคัญของการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดการสอนและการแนะนำการปฏิบัติตัว การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตัวหากผู้ป่วยได้รับการสอนและการแนะนำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและเห็นคุณค่าในสิ่งที่จะต้องปฏิบัติ ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และวิธีการ ตลอดจนกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ ความรู้สึกหรือความไม่สบายที่จะเกิดจากการผ่าตัด การดูแลด้านจิตสังคม บทบาทของผู้ป่วย กฎระเบียบและการปฏิบัติตัว เมื่อเข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วย โดยพบว่าข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญอันดับต้น รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างจินตภาพและผลจากการสร้างจินตภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการให้ข้อมูลสนับสนุน (Supportive information) ในช่วงเย็น แก่ผู้ป่วย 1 วัน ก่อนผ่าตัด โดยใช้แผนการสอน และคู่มือการสอน สรุปผลการสอน ประเมินการรับรู้ข้อมูลก่อนผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับโดยใช้แบบกำกับกับการรับรู้ข้อมูล ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 ติดตามการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อให้สามารถนำมาปฏิบัติได้ด้วยตนเองเมื่อเผชิญกับภาวะคุกคาม ทั้งด้านร่างกาย (Physical) จิตใจ จิตวิญญาณ (Psychospiritual) สังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural) และสิ่งแวดล้อม (Environmental) แต่ ละครั้งใช้เวลา 15 นาที และประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดโดยใช้แบบกำกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัด

ขั้นที่ 3 การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณ เป็นขั้นตอน ของกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกทำขึ้น ด้วยความตั้งใจ ที่จะส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยหรือครอบครัวเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคามได้แก่ด้านร่างกาย (Physical) จิตใจ จิตวิญญาณ (Psychospiritual) สังคม-วัฒนธรรม (Sociocultural) และสิ่งแวดล้อม (Environmental) ซึ่งจะให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติต่อ จากขั้นที่ 2 โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างจินตภาพของ Horowitz (1978 อ้างถึงใน Stephen, 1993) ในการศึกษาที่ใช้การสร้างจินตภาพของ Horowitz (1978 อ้างถึงใน Stephen, 1993) ประกอบด้วย 2

ขั้นตอน คือใช้การผ่อนคลายเป็นตัวนำ และการเบี่ยงเบนความสนใจออกจากภาวะคุกคามที่เผชิญ ขณะนั้นมาใช้ เมื่อเกิดการผ่อนคลายทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกลดลงมีผลต่อจิตใจ ซึ่งก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน และกระตุ้นสมองส่วนลิมบิกซึ่งเป็นส่วนประมวลอารมณ์และความพึงพอใจในส่วนอารมณ์ทางด้านบวก มีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกเป็นสุข เป็นการให้สิ่งแวดล้อมทางบวกเข้าไปในร่างกายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความสุขสบาย โดยองค์ประกอบต่าง ๆ จะมีการทำงานประสานกันอาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ แนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกันกับ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสบายหลังผ่าตัดช่องท้องจากด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคม และ สิ่งแวดล้อม (Kolcaba & Fox, 1999; ปรินญา สนิกะวาที, 2542; แสงหล้า พลนอก, 2542) สามารถเลือกวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างสอดคล้องกับเหตุการณ์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของบุคคลได้ เป็นการพยาบาลที่ช่วยลดความเจ็บปวดของแผลผ่าตัด ช่วยลดความวิตกกังวลจากการรักษาที่ได้รับ ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งรบกวนภายในของผู้ป่วย และช่วยให้เกิดความสบาย ในการสร้างพึงเพบการสร้างจินตภาพแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 15 นาทีติดต่อกัน ปฏิบัติได้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพโดยให้ผู้ป่วยอธิบายความรู้สึกขณะฝึกการสร้างจินตภาพ ซักถามเกี่ยวกับความชัดเจนในการมองเห็นภาพบรรยากาศ กลิ่น แสง สี เสียง รส โดยการตอบแบบกำกับกับการทดลองในการสร้างจินตภาพแต่ละครั้งหลังผ่าตัด

ผู้วิจัยจะประเมินความสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องว่าผู้ป่วยได้มีการใช้แนวทางการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีความสุขสบายตามกิจกรรมที่ได้ให้หรือไม่ โดยประเมินจากแบบประเมินที่ใช้ในการกำกับทดลองที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วันและหลังผ่าตัดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดวันละ 1 ครั้ง ในเวลา 18.30 น.

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีความสุขสบายเป็นพื้นฐาน

สิรินาด มีเจริญ (2541) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก ต่อความสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง เพื่อเปรียบเทียบความสบายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก เปรียบเทียบความสบายระหว่างกลุ่มที่ใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 คน จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน ทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายกันเรื่องเพศ ระดับความวิตกกังวล ระดับความรุนแรงของโรค กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลองใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากติดตามเย็บวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น นานครั้งละ 20 นาที ติดต่อกัน 6 วัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายหลังใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีความสุขสบายโดยรวมเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มที่ใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากมีความสุขสบายโดยรวมเพิ่มขึ้นกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

Kolcaba และ Fox (1999) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความสุขสบายในหญิงที่เป็น มะเร็งเต้านมและได้รับรังสีรักษาจำนวน 53 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับฟังเทปการสร้างจินตภาพวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับฟังเทปการสร้างจินตภาพมีระดับความสุขสบายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลลิตา นพคุณ (2547) ศึกษาความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดครบ 2 วัน และ 5 วัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล และแบบสอบถามความสุขสบายที่ผู้วิจัยแปลจาก Kolcaba (2003) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสุขสบายเท่ากับ .81 ผลการวิจัยพบว่าความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดครบ 2 วัน และ 5 วัน อยู่ในระดับปานกลางและมากตามลำดับ และพบว่าความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดครบ 2 วัน และ 5 วัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทรงพร จันทรพัฒน์, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียรและอุไร หักกิจ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรม โยคะต่อความสุขสบายของมารดาในระยะตั้งครรภ์เป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ (randomized controlled trial) โดยมีกลุ่มทดลองเป็นหญิงครรภ์แรก 37 ราย กลุ่มควบคุม 37 ราย โปรแกรมการฝึกปฏิบัติโยคะครั้งละ 1 ชั่วโมง เริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์ และเมื่ออายุครรภ์ 30, 32, 34, 36, 37 สัปดาห์ รวม 6 ครั้งตามลำดับ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามภาวะความสุขสบายและแบบประเมินภาวะความสุขสบายโดยมารดา ร่วมกับแบบบันทึกการปฏิบัติโยคะด้วยตนเองผลการศึกษาการวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำโดยใช้สถิติ ANOVA (split-plot design) พบว่า มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสบายของมารดาระหว่างครั้งตามที่โปรแกรม กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสบายลดลง แต่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสบายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสรุป โปรแกรมการฝึกปฏิบัติโยคะวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน จะลดความรู้สึกไม่สุขสบายใน

ระยะหลังของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น โยคะจึงเป็นทางเลือกหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพของการดูแลใน
ระยะตั้งครรภ์

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสุขสบาย

Wilson และ Kolcaba (2004) ได้ประยุกต์ทฤษฎีความสุขสบายไปใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับยาสลบ
ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การส่งเสริมความสุขสบายพื้นฐาน ประกอบด้วยการรักษาภาวะ
สมดุลของร่างกายไว้ เช่น การติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการรวมทั้งการ
การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาวะสมดุลของร่างกาย เช่น ความปวด อุณหภูมิ
ร่างกายที่เปลี่ยนแปลง การได้รับการรักษาด้วยยาทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมความสุขสบายด้านร่างกาย
2) การสอนแนะ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลโดยการให้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการ
รักษารวมทั้งร่วมกันวางแผนเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดที่
เป็นบวกและพร้อมที่จะรับรู้ข้อมูลใหม่ ๆ เกี่ยวกับการรักษา 3) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้
ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึงการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาล ได้แก่ การนวดหรือการสร้างจินตภาพ การฟังดนตรี
การสัมผัส จับมือ ซึ่งการบำบัดเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเข้มแข็งขึ้น ผลการศึกษาพบว่า การ
พยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสุขสบายทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความไม่สุขสบายจากการผ่าตัด
ลดลง เช่น ความปวด ความวิตกกังวล คลื่นไส้ อาเจียน และยังส่งเสริมการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย
อีกด้วย

Kolcaba และ DiMarco (2005) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสุขสบายในการให้การพยาบาล
ผู้ป่วยเด็ก ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การส่งเสริมความสุขสบายพื้นฐานเพื่อรักษาความ
สมดุลของร่างกายรวมทั้งควบคุมความปวด 2) การสอนแนะ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลโดยการให้
ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการรักษารวมทั้งร่วมกันวางแผนเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูจาก
ความเจ็บป่วย 3) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึงการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาล
ได้แก่ การนวดหรือการสร้างจินตภาพ ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุขสบายทั้ง
องค์รวมมากขึ้นและนำไปสู่พฤติกรรมการมีสุขภาพดี (Health seeking behaviors)

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสุขสบายในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง

Good และคณะ (2001) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฟังดนตรีและการใช้
เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการฟังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น
4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ได้รับการฝึกผ่อนคลาย Jaw relaxation ซึ่งเป็นการผ่อนคลายขากรรไกรตามวิธี
ของ Flaherty และ Fitzpatrick (1978) กลุ่มที่ 2 ให้ฟังดนตรีเป็นเพลงช้า ๆ กลุ่มที่ 3 ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย
คลายร่วมกับการฟังดนตรีและกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติของโรงพยาบาล ผล

การศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฟังดนตรี และใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ร่วมกับการฟังดนตรีมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ความปวดในกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

Roykulcharoen และ Good (2004) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายทั่วร่างกายต่อการจัดการความปวด ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดและปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับหลังการลุกเดิน ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกการผ่อนคลายทั่วร่างกายตามคำแนะนำในเทปโดยทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ให้ผู้ป่วยนอนหลับบนเตียงในท่าสบายและหลับตา ผ่อนคลายส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มจากปลายเท้า ขา สะโพก ร่างกายส่วนบนและศีรษะ หายใจช้า ๆ ทำซ้ำ 3 ครั้ง ครั้งละ 5 นาที จากนั้นให้ผู้ป่วยลืมตาและนอนพัก โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายแบบทั่วร่างกายมีระดับความปวดและความไม่สุขสบายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมแต่มีระดับความวิตกกังวลและปริมาณยาแก้ปวดที่ได้รับภายใน 6 ชั่วโมงหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

Good และคณะ (2005) ศึกษาผลของผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฟังดนตรีและการใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการฟังดนตรีต่อการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดลำไส้เล็กในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้เล็กจำนวน 167 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ให้ผู้ป่วยฟังเทปการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายแบบ Jaw relaxation ซึ่งเป็นการผ่อนคลายขากรรไกร โดยให้ผู้ป่วยหย่อนขากรรไกรล่าง กระดกลิ้นช้า ๆ หย่อนริมฝีปาก หายใจเข้าออกช้า ๆ เป็นจังหวะ 3 ครั้ง กลุ่มที่ 2 ฟังดนตรีโดยกำหนดดนตรี 5 ชนิดให้ผู้ป่วยเลือก ได้แก่ Classical orchestra, Piano, Slow jazz, Synthesizer และ Harp กลุ่มที่ 3 ใช้เทคนิคการผ่อนคลายแบบ Jaw relaxation ร่วมกับการฟังดนตรีที่เลือกและกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มควบคุมได้ฟังเทปการสนทนา 1 ชนิด ในช่วงเวลาก่อนและหลังการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าภายหลังจากเตรียมลุกเดินและหลังนอนพักในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด กลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มมีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่หลังจากลุกเดินแล้วระดับความปวดและความสุขสบายไม่แตกต่างกัน

Lin และ Wang (2005) ศึกษาผลของกิจกรรมพยาบาลก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ทศนคติต่อความปวดและความปวดหลังการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 62 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัดได้แก่ การอธิบายสาเหตุของความปวดและความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด อธิบายผลของความปวดหลังผ่าตัดและความสำคัญของการจัดการความปวดและ

การลุกจากเตียง อธิบายวิธีลดความปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยา แนะนำให้ชอยาแก้ปวดเมื่อปวดแผลรวมทั้ง การพูดคุยเกี่ยวกับเป้าหมายในการควบคุมความปวดและให้ผู้ป่วยเลือกวิธีจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับกิจกรรมดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่า การให้กิจกรรมการพยาบาล ก่อนผ่าตัดทำให้ระดับความวิตกกังวลและระดับความปวดลดลงและทำให้ทัศนคติต่อความปวด เพิ่มขึ้น รวมทั้งการให้กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงได้เร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัด

มณฑิชา แสนทวิสุข (2541) ศึกษาผลของการสัมผัสและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ต่อระดับความปวด ความวิตกกังวล และการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ จำนวน 12 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม กลุ่มละ 4 คน กลุ่มทดลองกลุ่มแรกได้รับการสัมผัส กลุ่มที่สองได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน และกลุ่มที่สามได้รับการสัมผัสร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสเกี่ยวกับการปฏิบัติตนร่วมกับการสัมผัส มีระดับความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัส มีระดับความปวดไม่แตกต่างกัน และไม่พบความแตกต่างของการใช้ยาระงับปวดของกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม

6.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างจินตภาพต่อความสุขสบาย

Holden-Lund (1987) ศึกษาผลของการผ่อนคลายร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความเครียดเกี่ยวกับการผ่าตัดและการหายของแผลผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกสร้างจินตภาพมีระดับความวิตกกังวลและระดับคอร์ติซอลในปัสสาวะลดลง ซึ่งแสดงถึงระดับความเครียดที่ลดลง รวมทั้งมีภาวะแทรกซ้อนของแผลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kolcaba และ Fox (1999) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความสุขสบายในหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับรังสีรักษาจำนวน 53 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับฟังเทปการสร้างจินตภาพวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับฟังเทปการสร้างจินตภาพมีระดับความสุขสบายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Bakke, Purtzer และNewton (2004) ศึกษาผลของการสะกดจิตร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความผาสุกทางจิตใจและการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกสร้างจินตภาพ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการสะกดจิตตัวเองและได้รับฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย กลไกการทำงานของระบบ

ภูมิคุ้มกันและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน รวมทั้งฝึกการการออกคำสั่งให้มีการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน การศึกษานี้ใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยฝึกการสร้างจินตภาพและการสะกดจิตตัวเอง จำนวน 6 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า การสะกดจิตตัวเองร่วมกับการสร้างจินตภาพสามารถเพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและความผาสุกทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้

Roffe, Schmidt และ Ernst (2005) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการสร้างจินตภาพซึ่งนำมาใช้ในการบำบัดเสริมในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่ามีงานวิจัย 6 เรื่องที่สนับสนุนว่าการสร้างจินตภาพสามารถลดความวิตกกังวล เพิ่มความสุขสบายและลดปฏิกิริยาทางอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุษบา สมใจวงศ์ (2544) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่ออาการคลื่นไส้ ชี้อ่อนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกสร้างจินตภาพและนำไปปฏิบัติที่บ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความถี่ ระยะเวลาและความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนและปริมาณอาเจียนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บำเพ็ญจิต แสงชาติและคณะ (2545) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับฟังเทปเสียงบรรยายการสร้างจินตภาพอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวันในช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความปวดและความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังพบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกสร้างจินตภาพมีความคิดเห็นต่อการสร้างจินตภาพว่าเป็นวิธีที่ฝึกได้ง่ายและช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายจนลืมความปวดและความวิตกกังวล

บำเพ็ญจิต แสงชาติและคณะ (2545) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อในการจัดการความปวด ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มทดลองได้รับฟังเทปการสร้างจินตภาพส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความปวด ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรมที่พบบ่อย ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานรอบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความทุกข์สบายของแต่ละระยะหลังการผ่าตัดลดลง หากพยาบาลสามารถบ่งชี้ความต้องการความสบายที่ผู้ป่วยต้องการได้แล้ว พยาบาลและทีมสุขภาพร่วมกันค้นหารูปแบบการดูแลเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นหรือตอบสนองความต้องการความสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบายและความพึงพอใจมากขึ้นในอนาคต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในปัจจุบันมีการให้ความสำคัญกับการจัดการต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สบาย แต่ก็ยังเป็นเพียงการจัดการกระทำกับปัจจัยเพียงบางส่วนเท่านั้น โดยไม่คำนึงถึงความเป็นองค์รวม ซึ่งคนทั้งคนประกอบด้วยจิตใจ จิตวิญญาณ อารมณ์ และคนทั้งคนจะต้องอยู่ภายใต้ธรรมชาติที่ซับซ้อนและมีปฏิสัมพันธ์กัน เช่น สังคม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการนำการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีความสบายมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะทำให้พัฒนาการในการพยาบาลมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในปัจจุบันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย หรือครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพต่อไป

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความทุกข์สบาย ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. การส่งเสริมความทุกข์สบายพื้นฐาน (Standard comfort intervention) เป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การรักษาภาวะสมดุลของร่างกายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การประเมินความทุกข์สบายและความต้องการความทุกข์สบาย
2. การให้ข้อมูลโดยการสอนแนะ (Coaching) เป็นรูปแบบการดูแลเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล ให้ความมั่นใจ ให้ความหวัง วางแผนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ เตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและเห็นคุณค่าในสิ่งที่ต้องปฏิบัติรวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างจินตภาพและผลจากการสร้างจินตภาพ เพื่อให้สามารถเผชิญกับภาวะคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณ (Comfort food for the soul) เป็นขั้นตอน ของกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกทำขึ้นด้วยความตั้งใจโดยใช้การสร้างจินตภาพ ที่จะส่งเสริมความทุกข์สบายของผู้ป่วยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคาม

การพยาบาลตามปกติ

กิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้เป็นประจำของหอผู้ป่วยโดยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วยเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด การประเมินสภาพผู้ป่วย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การสอนโดยการให้ข้อมูลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคนพร้อมทั้งแจกแผ่นพับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดของห้อง การซักถามข้อมูลต่าง ๆ เพื่อการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัดการพยาบาลระยะนี้ จะประเมินข้อมูลการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ ชนิดของยาระงับความรู้สึก ความเปลี่ยนแปลงและการให้การพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดและในระยะต่อมาเพื่อประเมินอาการผิดปกติได้ทันที พร้อมกับการพยาบาลตามกิจวัตร ตามการรักษาของแพทย์และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ความทุกข์สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นภาวะที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองโดยได้รับการบรรเทา มีความสบายและหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานทั้ง 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ด้านสังคม-วัฒนธรรม ด้านสิ่งแวดล้อม

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มมีการทดสอบหลังการทดลองเพียงอย่างเดียว (Post test only control group design) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วัดผลความพึงพอใจในวันที่ 3 หลังผ่าตัด โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม		O ₁
กลุ่มทดลอง	X	O ₂

X หมายถึง การใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ

O₁ หมายถึง ประเมินความพึงพอใจในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังผ่าตัด วันที่ 3

O₂ หมายถึง ประเมินความพึงพอใจในกลุ่มทดลองหลังที่ได้รับการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพหลังผ่าตัด วันที่ 3

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้องชนิดไม่รีบด่วนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้องชนิดไม่รีบด่วนที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ในระยะหลังผ่าตัด ที่ทำให้ระดับความรู้สึกลดลงหรือภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยกิจกรรมการพยาบาล
2. มีสติสัมประชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารในภาษาไทยได้
3. ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยินและการมองเห็น

4. ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้หลักการของ Polit และ Hungler (1999) ที่ว่า กลุ่มตัวอย่างงานวิจัยกึ่งทดลองสมาชิกในกลุ่มแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึง กำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทางช่องท้อง ทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ควบคุมตัวแปรโดยการจับคู่ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง 1) เพศ 2) ชนิดของการผ่าตัด (Kopp et al., 2003; Smeltzer & Bare, 2004) เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามรายละเอียดการจับคู่แสดงในภาคผนวก ง

เกณฑ์การสิ้นสุดการเข้าร่วมการวิจัย (Discontinuation criteria) คือ

1. มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หลังการเข้าร่วมการวิจัย เช่น ภาวะช็อค
2. ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด เช่น สร้างจินตภาพในแต่ละครั้งไม่ครบ 15 นาที และ/ หรือสร้างจินตภาพน้อยกว่า 2 ครั้ง/ วัน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของผลการวิจัยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คนก่อน หลังจากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นส่วนที่ผู้วิจัยบันทึกเองประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา อาชีพ โรคและชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาของการผ่าตัด ประสบการณ์การผ่าตัด

1.2 แบบสัมภาษณ์ความสุขสบาย ใช้แบบสัมภาษณ์ความสุขสบายทั่วไปที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ความสุขสบายทั่วไป (General Comfort Questionnaire) ของ Kolcaba (1992) ที่ได้เผยแพร่ทางเว็บไซต์ www.Comfortline.com ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมืออีกครั้งจากนั้นผู้วิจัยได้แปลความแบบสัมภาษณ์ความสุขสบายจากฉบับภาษาอังกฤษร่วมกับตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาและแปลเครื่องมือโดยใช้วิธีการแปลกลับ (Back translation) โดยศูนย์การแปล คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ แต่ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งประเมินเกี่ยวกับการประเมินความสุขสบายทั่วไปตามการรับรู้ความสุขสบายของผู้ป่วยเอง เหลือเพียง 32 ข้อคำถาม โดยมีช่วงคะแนน 32-128 คะแนน มีข้อคำถามเกี่ยวกับความสุขสบายแยกเป็นรายด้านแต่ละด้านได้ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 9 ข้อ (ช่วงคะแนนตั้งแต่ 9-36 คะแนน) แบ่งระดับของการบรรเทา ได้แก่ข้อที่ 1, 2 ระดับของการมีความสุขสบาย ได้แก่ข้อที่ 3, 4, 5, 6 และระดับการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ได้แก่ข้อที่ 7, 8, 9 2) ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ 9 ข้อ (ช่วงคะแนนตั้งแต่ 9-36 คะแนน) แบ่งระดับของการบรรเทา ได้แก่ข้อที่ 10, 11, 12 ระดับของการมีความสุขสบาย ได้แก่ข้อที่ 13, 14, 15 และระดับการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ได้แก่ข้อที่ 16, 17, 18 ด้านสังคม 6 ข้อ (ช่วงคะแนนตั้งแต่ 6-24 คะแนน) แบ่งระดับของการบรรเทา ได้แก่ข้อที่ 19, 20 ระดับของการมีความสุขสบาย ได้แก่ข้อที่ 21, 22, 23 และระดับการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ได้แก่ข้อที่ 24 ด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ (ช่วงคะแนนตั้งแต่ 8-32 คะแนน) แบ่งระดับของการบรรเทา ได้แก่ข้อที่ 25, 26, 27 ระดับของการมีความสุขสบาย ได้แก่ข้อที่ 28, 30 และระดับการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ได้แก่ข้อที่ 29, 31, 32 และลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (เห็นด้วยน้อยมาก) ถึง 4 (เห็นด้วยมาก) แปลผลคะแนนโดย คะแนนมากหมายถึงมีความสุขสบายมาก คะแนนน้อยหมายถึงมีความสุขสบายน้อย วัดความสุขสบายใน 4 ด้าน คือ

ด้านร่างกายจำนวน 9 ข้อ

ข้อคำถามในทางบวก ได้แก่ข้อ 3, 4, 7, 8

ข้อคำถามในทางลบ ได้แก่ข้อ 1, 2, 5, 6, 9

ด้านจิตใจ จิตวิญญาณจำนวน 9 ข้อ

ข้อคำถามในทางบวก ได้แก่ข้อ 10, 13, 14, 16, 17

ข้อคำถามในทางลบ ได้แก่ข้อ 11, 12, 15, 18

ด้านสังคม-วัฒนธรรมจำนวน 6 ข้อ

ข้อคำถามในทางบวก ได้แก่ข้อ 21, 22, 24

ข้อคำถามในทางลบ ได้แก่ข้อ 19, 20, 23

ด้านสิ่งแวดล้อมจำนวน 8 ข้อ

ข้อคำถามในทางบวก ได้แก่ข้อ 25, 26, 28, 29

ข้อคำถามในทางลบ ได้แก่ข้อ 27, 30, 31, 32

โดยข้อคำถามในทางลบกลับให้คะแนนในทางตรงข้ามแล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน ค่าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง ความสุขสบายน้อย ค่าคะแนนรวมมาก หมายถึง ความสุขสบายมาก

เกณฑ์การแบ่งคะแนนดังนี้ ข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก

สำหรับข้อคำถามที่มีความหมายในทางบวก	สำหรับข้อคำถามที่มีความหมายในทางลบ
4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก	1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก
3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง	2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย	3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย
1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยมาก	4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยมาก

สำหรับเกณฑ์ในการกำหนดคะแนนความสุขสบาย แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้ (พรอณี ไพศาลทักษิณ, 2540)

มาก	มีคะแนนเฉลี่ย	3.50 - 4.00
ปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ย	2.50 - 3.49
น้อย	มีคะแนนเฉลี่ย	1.50 - 2.49
น้อยมาก	มีคะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.49

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์ความสุขสบาย โดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความเหมาะสมของแบบสอบถาม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการใช้อินตภาพ 2 ท่าน นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านความสุขสบาย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ทฤษฎีความสุขสบาย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านการพยาบาลศัลยกรรม 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .97 ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับเกณฑ์ของ Polit & Hungler (1999) ที่ว่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมีค่า $\geq .80$ จึงถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี แล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์ความสุขสบายที่แก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 การพัฒนาการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความสุขสบายของผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบการพยาบาลของ Wilson และ Kolcaba (2004) ที่พัฒนาจากทฤษฎีความสุขสบาย (Theory of Comfort) ของ Kolcaba (2003) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

2.1.1 ศึกษาแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสารและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีความสุขสบาย การให้ข้อมูล การสร้างจินตภาพ การผ่าตัดทางช่องท้อง และการพยาบาลเพื่อใช้ศึกษาและวิเคราะห์แนวทางในการสร้างโปรแกรม

2.1.2 การพัฒนาการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 1) การส่งเสริมความสุขสบายพื้นฐาน 2) การให้ข้อมูลโดยการสอนแนะโดยใช้แผนการสอนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น จากการค้นคว้า และการทบทวนวรรณกรรม 3) การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณ ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้ใช้การสร้างจินตภาพ โดยใช้ซีดีการสร้างจินตภาพที่ปริญา สนิกะวาที (2542) ได้สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Horowitz (1967 อ้างถึงใน Stephens, 1993) ซึ่งมีความยาว 15 นาที

2.1.3 สร้างสื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ

2.1.3.1 แผนการสอนเรื่อง “การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสุขสบายทั้งองค์รวมในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง” ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการสอน

2.1.3.2 คู่มือสำหรับผู้ป่วย เรื่อง “การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสุขสบายทั้งองค์รวมในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง” ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน

2.1.3.3 ภาพพลิกประกอบการสอนซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาที่สอน

2.1.3.4 แบบประเมินการรับรู้ข้อมูล

2.2 สื่อที่ใช้ในการฝึกการสร้างจินตภาพ ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้ใช้การสร้างจินตภาพโดยใช้ซีดีการสร้างจินตภาพที่ปริญา สนิกะวาที (2542) ได้สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Horowitz (1967 อ้างถึงใน Stephens, 1993) ซึ่งมีความยาว 15 นาที

2.2.1 คู่มือการฝึกการสร้างจินตภาพที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

2.2.2 เครื่องเล่นซีดีแบบมีหูฟังเพื่อป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอกและสามารถควบคุมระดับเสียงได้และแผ่นซีดี

2.2.3 แบบบันทึกการฝึกการสร้างจินตภาพด้วยตนเองหลังผ่าตัดช่องท้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำโปรแกรมการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ และสื่อที่ใช้ในโปรแกรม ที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านดังที่กล่าวข้างต้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความเหมาะสมของรูปแบบ การจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของภาพประกอบ เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในแต่ละเครื่องมือ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะโดยให้ลดเนื้อหาที่ไม่จำเป็นออก และเพิ่มเติมในส่วนที่ยังขาดรายละเอียดของเนื้อหาที่เหมาะสมของผู้ป่วยจัดรูปแบบของเนื้อหาและภาพให้อยู่ในหน้าเดียวกัน

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต จำนวน 3 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพื่อประเมินแผนการสอนและสื่อการสอน และทดสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) เพื่อดูความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนที่จะนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบบันทึกการฝึกการสร้างจินตภาพ ประกอบด้วย วันที่ฝึกปฏิบัติ ครั้งที่ใช้สร้างจินตภาพเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการสร้างจินตภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังฝึกปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนโดยผู้ป่วยต้องฝึกเทคนิคการสร้างจินตภาพ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ติดต่อกันอย่างน้อย 15 นาที

3.2 แบบประเมินการรับรู้ข้อมูล เพื่อประเมินผลของการสอนแนะระยะก่อนผ่าตัดมีข้อความ 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นตัวเลือก เห็นด้วย (1) และไม่เห็นด้วย (0) และระยะหลังผ่าตัดประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมีข้อความ 5 ข้อ (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า มี 3 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่ได้ปฏิบัติ) ถึง 3 (ปฏิบัติทุกครั้ง) ผลการประเมินผู้ป่วยได้คะแนนการรับรู้ข้อมูลมากกว่าร้อยละ 80 ทุกรายและสามารถปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง เพิ่มความสุขสบายหลังผ่าตัดได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการฝึกการสร้างจินตภาพ แบบประเมินการรับรู้ข้อมูลก่อนผ่าตัด และแบบประเมินวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสบายหลังผ่าตัด ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาความเหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาอีกครั้ง ผลการตรวจสอบพบว่า แบบประเมินมีความเหมาะสมดีแล้ว

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยรบกวนความสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง การส่งเสริมความสบายตามทฤษฎีความสบายและแนวคิดการสร้างจินตภาพ โดยการศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ขั้นเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แผนการสอนเรื่องการส่งเสริมความสบายหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยใช้โปรแกรมการใช้ข้อมูลรวมกับการสร้างจินตภาพ คู่มือสำหรับผู้ป่วยเรื่องการส่งเสริมความสบายหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง ซึ่งเป็นคู่มือที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน เครื่องเล่นซีดีแบบใช้หูฟังเพื่อป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอกและซีดีการสร้างจินตภาพที่ ปรินญา สนิกะวาที (2542) สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Horowitz (1967 อ้างถึงใน Stephens, 1993) ซึ่งมีความยาว 15 นาที

2.2 ภายหลังเครื่องมือเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือส่งให้คณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตพิจารณา

2.3 เมื่อได้รับการอนุมัติจากโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั้ง 2 หอผู้ป่วยและหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2.4 ประสานงานกับพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลาในการวิจัย เพื่อแจ้งให้ผู้ป่วยในความดูแลรับทราบเกี่ยวกับการวิจัย กรณีที่ผู้ป่วยสมัครใจ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ จากนั้นผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยด้วยตนเอง โดย

เมื่อพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. ขั้นตอนการทดลอง

เริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจน ถึง วันที่ 3 หลังผ่าตัดช่องท้องผู้วิจัยดำเนินการทดลองเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คน หลังจากนั้น จึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง จนครบ 20 คนดังรายละเอียด คือ

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของ เพศ ชนิดของการผ่าตัด

2) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

3) ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างพร้อมแสดงแบบฟอร์มแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดตามกิจวัตร ได้แก่ การดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ และการดูแลแผลผ่าตัด ตลอดจนการประเมินสัญญาณชีพ การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดและแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยไม่มีอาการและสาธิตการปฏิบัติตัวเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด 1 วันเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ประเมินสภาพและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปหลังจากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชายและนรีเวชกรรมที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ครั้งที่ 2 และ 3 ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยผู้วิจัยเข้าเยี่ยมซักถามอาการและทักทายผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยให้การพยาบาลตามบทบาทของการพยาบาลตามปกติ ทำการประเมินอาการ ตรวจวัดสัญญาณชีพ การดูแลบาดแผลเวลา 18.30 น. ใช้เวลา 5 นาที

ครั้งที่ 4 หลังผ่าตัดวันที่ 3 เวลา 18.30 น. ใช้เวลา 15 นาที ในการประเมินความสบายหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อประเมินความสบายหลังการผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความสบายที่ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจากแบบวัดความสบายทั่วไปของ Kolcaba (1992) เก็บข้อมูลจนครบ 20 คน

3.2 กลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและผู้วิจัยได้ดำเนินโปรแกรมการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพโดยผู้วิจัยประยุกต์รูปแบบการพยาบาลของ Wilson และ Kolcaba (2004) ซึ่งได้นำทฤษฎีความสุขสบายมาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความสบายและความต้องการความสบาย 2) การให้ข้อมูลสนับสนุนตามการประเมินและความต้องการ 3) การสร้างจินตภาพ และประเมินผลของโปรแกรม การประเมินผล ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 ครั้ง คือ ก่อนวันผ่าตัด 1 ครั้ง หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และหลังผ่าตัดวันที่ 3 วันละ 1 ครั้ง คือ ช่วงเย็น โดยกำหนดเวลาประมาณ 18.30 น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพแก่ผู้ป่วยตามขั้นตอนดังนี้

1. การส่งเสริมความสบายขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ และขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ใช้เวลา 10 นาที

2. การให้ข้อมูลโดยการสอนแนะ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และวิธีการตลอดจนกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ความรู้สึกหรือความไม่สบายใจอาจเกิดจากการผ่าตัด การดูแลด้านจิตสังคม บทบาทของผู้ป่วย กฎระเบียบและการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับรักษาตัวที่หอผู้ป่วย โดยพบว่ามีข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญอันดับต้น รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างจินตภาพและผลจากการสร้างจินตภาพโดยผู้วิจัยให้ความรู้ตามความต้องการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องยังไม่ได้รับการตอบสนองซึ่งค้นพบความต้องการในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจากการทบทวนวรรณกรรมและฝึกทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์แต่ละระยะของการผ่าตัดช่องท้อง โดยเป็นการให้ข้อมูลที่

ครอบคลุมถึงความสุขสบายทั้ง 4 ด้าน ที่จัดทำขึ้นตามแผนการสอน ภาพพลิกและให้คู่มือไว้กับผู้ป่วย และประเมินการรับรู้ข้อมูลหลังการสอนและใช้เวลา 20-30 นาที

3. การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณ เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมความสุขสบายโดยฝึกทักษะการสร้างจินตภาพโดยใช้ซีดีการสร้างจินตภาพที่ปริญา สนิกะวาที (2542) ได้สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Horowitz (1967 อ้างถึงใน Stephens, 1993) ซึ่งมีความยาว 15 นาที ประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพโดยให้ผู้ป่วยอธิบายความรู้สึกขณะสร้างจินตภาพ และให้ซีดีพร้อมเครื่องเล่นที่มีหูฟังไว้กับผู้ป่วยเพื่อจะได้นำมาใช้ พร้อมแบบกำกับการสร้างจินตภาพโดยให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลหลังการสร้างจินตภาพแต่ละครั้ง

ครั้งที่ 2 และ 3 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 2 เวลา 18.30 น. ใช้เวลา 15 นาที เพื่อเยี่ยมอาการหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อข้องใจ พบว่าหลังผ่าตัดวันที่ 1 สภาพร่างกายของผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะฝึกการสร้างจินตภาพได้โดยทันที แต่ได้รับความร่วมมือจากญาติที่ดูแลคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกเมื่อสภาพร่างกายของผู้ป่วยพร้อมมากขึ้นโดยจะเริ่มในเช้าวันรุ่งขึ้นและหลังแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ช่วงเย็นและก่อนนอน พบว่าผู้ป่วยฝึกการสร้างจินตภาพได้ไม่น้อยกว่า 2 ครั้งต่อวันหลังผ่าตัดและใช้เวลามากกว่า 15 นาทีติดต่อกันในการฝึกการสร้างจินตภาพแต่ละครั้งและสอบถามถึงความรู้สึก ภาพบรรยายภาพที่พึงพอใจเกิดความผ่อนคลายขณะฝึกการสร้างจินตภาพแต่ละครั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ บอกว่าตนเองมีความผ่อนคลาย สบาย และประทับใจในการฝึกการสร้างจินตภาพ พร้อมกันนี้ได้ทบทวนความรู้ทั้งขั้นตอนที่ 2-3 ประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดพร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ตามแบบกำกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผู้ป่วยสามารถนำวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมาใช้ได้อย่างถูกต้องผู้วิจัยได้กระตุ้นให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตัวซึ่งได้รับความร่วมมือทั้งจากผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดี และได้ประเมินการสร้างจินตภาพ ประเมินปัญหาและอุปสรรค พร้อมแก้ปัญหาและอุปสรรคร่วมกัน

ครั้งที่ 4 พบผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 3 เวลา 18.30 น. ใช้เวลา 15 นาที ความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของห้องโดยใช้แบบวัดความสุขสบายทั่วไปของ Kolcaba (1992)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากผู้วิจัยจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากผ่านการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยได้รับทราบ

3. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองอีก 20 คน

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบประเมินทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เริ่มดำเนินการภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมวิจัยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบความสบายหลังการทดลองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (Post test only control group design) เพื่อเปรียบเทียบความทุกข์สบาย ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต จำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็นส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความทุกข์สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองหลังการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ :ชาย	8	40	8	40
หญิง	12	60	12	60
อายุ (ปี) : 20-30	5	25	5	25
31-40	6	30	6	30
41-50	8	40	8	40
51-60	1	5	1	5
สถานภาพสมรส : โสด	3	15	6	30
คู่	17	85	14	70
ศาสนา : พุทธ	10	50	14	70
อิสลาม	8	40	5	25
คริสต์	2	10	1	5
ระดับการศึกษา : ต่ำกว่ามัธยม	10	50	9	45
มัธยม	8	40	7	35
สูงกว่ามัธยม	2	10	4	20
อาชีพ : รับราชการ	2	10	2	10
ค้าขาย	7	35	5	25
รับจ้าง	7	35	8	40
เกษตรกรรวม	4	20	5	25

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะคล้ายคลึง โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) อายุระหว่าง 31-50 ปี (ร้อยละ 70) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85 และร้อยละ 70) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 50 และร้อยละ 70) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 90 และร้อยละ 80) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้าง (ร้อยละ 70 และร้อยละ 55)

ตารางที่ 5 ข้อมูลการผ่าตัด และกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การผ่าตัดใหญ่				
ไม่เคย	16	80	15	75
เคย	4	20	5	25
ชนิดของการผ่าตัด				
ผ่าตัดเนื้องอกในมดลูก/รังไข่	5	25	5	25
ผ่าตัดไส้ติ่ง	5	25	5	25
ผ่าตัดเย็บกระเพาะอาหาร/ลำไส้	4	20	4	20
ผ่าตัดไส้เลื่อน	4	20	4	20
ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี	2	10	2	10
ระยะเวลาผ่าตัด				
30 นาที – 2 ชม.	15	75	15	75
มากกว่า 2 ชม. – 3 ชม.	3	15	4	20
มากกว่า 3 – 4 ชม.	2	10	1	5

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความคล้ายคลึงกันทั้งในประสบการณ์การผ่าตัดใหญ่ ชนิดของการผ่าตัด และระยะเวลาของการผ่าตัดครั้งนี้ โดยพบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดใหญ่ (ร้อยละ 80 และร้อยละ 75) ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดเนื้องอกในมดลูกและหรือรังไข่ และผ่าตัดไส้ติ่ง (ร้อยละ 25 เท่ากัน) รองลงมาเป็นการผ่าตัดไส้เลื่อน และผ่าตัดเย็บกระเพาะอาหาร/ลำไส้ (ร้อยละ 20 เท่ากัน) สำหรับระยะเวลาในการผ่าตัดพบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง (ร้อยละ 75)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความสบายรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ กับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความสบาย	กลุ่มควบคุม (n= 20)			กลุ่มทดลอง (n= 20)		
	\bar{x}	SD	ระดับ	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านร่างกาย	2.46	(.16)	น้อย	2.93	(.27)	ปานกลาง
ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ	2.31	(.14)	น้อย	2.66	(.25)	ปานกลาง
ด้านสังคม-วัฒนธรรม	2.10	(.33)	น้อย	3.23	(.33)	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	2.36	(.22)	น้อย	2.52	(.25)	ปานกลาง
โดยรวม	2.34	(.11)	น้อย	2.74	(.12)	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่าความสบายรายด้านทั้ง 4 ด้านรวมทั้งความสบายโดยรวมของกลุ่มควบคุมพบเพียงแค่ระดับต่ำ ในขณะที่ความสบายรายด้านทั้ง 4 ด้านรวมทั้งความสบายโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองเพิ่มขึ้นถึงระดับปานกลางต่ำ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องหลังการทดลองทั้งรายด้านและโดยรวมในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ความสบาย	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t
	(n= 20)		(n=20)		
	\bar{x}	(SD)	\bar{x}	(SD)	
ด้านร่างกาย	2.46	(.16)	2.93	(.27)	-6.76***
ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ	2.31	(.14)	2.66	(.25)	-5.01***
ด้านสังคม-วัฒนธรรม	2.10	(.33)	3.23	(.33)	-10.82***
ด้านสิ่งแวดล้อม	2.36	(.22)	2.52	(.25)	-2.07*
รวม	2.34	(.11)	2.74	(.12)	-11.30***

***p< .000, *p< .05

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนความสบายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองทั้งรายด้าน และโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการใช้ ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพมีความสบายสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (Post test only control group design) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเปรียบเทียบความสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองในวันที่ 3 หลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพมีความสบายสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้องชนิดไม่รีบด่วนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้องชนิดไม่รีบด่วนที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ในระยะหลังผ่าตัด ที่ทำให้ระดับความรู้สึกลดลงหรือภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยกิจกรรมการพยาบาล
2. มีสติสัมประัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารในภาษาไทยได้
3. ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยินและการมองเห็น

4. ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการของ Polit และ Hungler (1999) ที่ว่ากลุ่มตัวอย่างงานวิจัยกึ่งทดลองสมาชิกในกลุ่มแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทางช่องท้อง ทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ควบคุมตัวแปรโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง 1) เพศ 2) ชนิดของการผ่าตัด(Kopp et al., 2003; Smeltzer & Bare, 2004) เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของผลการวิจัยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คน ก่อน หลังจากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบสัมภาษณ์ความทุกข์สบาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลโดยการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ข้อมูล แบบบันทึกการฝึกการสร้างจินตภาพ

การดำเนินการทดลอง

เมื่อผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องขณะพักอยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชายและหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม ก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อสร้างสัมพันธภาพแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมโครงการ และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนไว้จนได้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คน หลังจากนั้นจึงเริ่มดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการ

สร้างจินตภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การส่งเสริมความสุขสบายพื้นฐาน 2) การให้ข้อมูล โดยการสอนแนะโดยใช้แผนการสอนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น จากการค้นคว้า และการทบทวนวรรณกรรม 3) การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณ ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้ใช้การสร้างจินตภาพ โดยใช้ซีดีการสร้างจินตภาพ โปรแกรมที่จัดขึ้น ผู้วิจัยพบผู้ป่วยทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยผู้วิจัยใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพตามขั้นตอน ดังที่กล่าวมาข้างต้นโดยมีรายละเอียด คือ 1. การส่งเสริมความสุขสบายขั้นพื้นฐาน ขั้นนี้ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรมการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ ให้ผู้ป่วยฟังและขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไป 2. การให้ข้อมูลโดยการสอนแนะ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และวิธีการตลอดจนกิจกรรมที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญ ความรู้สึกหรือความไม่สุขสบายที่จะเกิดจากการผ่าตัด การดูแลด้านจิตสังคม บทบาทของผู้ป่วย กฎระเบียบและการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับกษาตัวที่หอผู้ป่วย รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างจินตภาพและผลจากการสร้างจินตภาพโดยผู้วิจัยให้ความรู้ตามความต้องการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดของห้องยังไม่ได้รับการตอบสนองพร้อมทั้งประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพก่อนการฝึกการสร้างจินตภาพเมื่อผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการสร้างจินตภาพ ผู้วิจัยดำเนินการในขั้นตอนต่อมา คือ 3. การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณ เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นที่จะส่งเสริมความสุขสบาย โดยให้ผู้ป่วยฟังซีดีการส่งเสริมการสร้างจินตภาพซึ่งมีความยาว 15 นาที ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1. การนำเข้าสู่ภาวะผ่อนคลาย 2. การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการพูดชักนำ เมื่อฟังจบผู้วิจัยประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพโดยให้ผู้ป่วยอธิบายความรู้สึกขณะสร้างจินตภาพ และให้ซีดีพร้อมเครื่องเล่นที่มีหูฟังไว้กับผู้ป่วยเพื่อจะได้นำมาใช้หลังผ่าตัดพร้อมแบบบันทึกการสร้างจินตภาพ เมื่อผู้วิจัยให้โปรแกรมครบทั้ง 3 ขั้นตอนแล้วผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินการรับรู้ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น วันที่ 1, 2 หลังผ่าตัด ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมอาการหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อข้องใจ ทบทวนความรู้ทั้งขั้นตอนที่ 2-3 ประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม ตามแบบกำกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ประเมินการสร้างจินตภาพ ประเมินปัญหาและอุปสรรค พร้อมแก้ปัญหาและอุปสรรคร่วมกัน วันที่ 3 พบผู้ป่วยเพื่อประเมินความสุขสบายโดยใช้แบบวัดความสุขสบายทั่วไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบความทุกข์สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพมีความสุขสบายสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความทุกข์สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

สมมติฐาน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพมีความสุขสบายสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า ความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เป็นผลมาจากกลุ่มทดลองได้รับการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การส่งเสริมความสุขสบายพื้นฐาน เป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลทั่วไป สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งประเมินปัญหาและความต้องการร่วมกัน เพื่อสร้างความไว้วางใจ ใช้คำพูดที่สุภาพแสดงกิริยาที่เป็นมิตร ชักถามข้อมูลที่ต้องการทราบก่อนที่จะให้ข้อมูล (McGrath, 2003) เพื่อให้เกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Williams, 2005) ดังการศึกษาของ Hamilton (1989) พบว่าถ้าพยาบาลที่ให้การดูแล มีความเป็นมิตร กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่ตนเองจะต้องได้รับ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย

จากการที่พยาบาลเป็นผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ การวินิจฉัยโรค ขั้นตอนการรักษาพยาบาล อาจกล่าวได้ว่าพยาบาลเป็นแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยสามารถเข้าหาได้โดยตรงทันที ดังนั้นสิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยคือ การให้ข้อมูล (Dunn, 1997)

กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 2) การให้ข้อมูลโดยการสอนแนะ ซึ่งข้อมูลที่ให้เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญอันดับต้น คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และวิธีการตลอดจนกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ความรู้สึกหรือความไม่สบายที่เกิดจากการผ่าตัด การดูแลด้านจิตสังคม บทบาทของผู้ป่วย กฎระเบียบและการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับรักษาตัวที่หอผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถเผชิญกับภาวะคุกคามจากการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Suhonen & Leino-Kilpi, 2005) เป็นรูปแบบการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดเพราะการที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและเห็นคุณค่าในสิ่งที่จะต้องปฏิบัติ ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตัว (Pasero & Belden, 2006; Shuldham, 1999) ช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว เพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดสั้นลง (McCaffery, 1979; Fitzpatrick & Hyde, 2005)

ส่วนขั้นตอนที่ 3 คือการสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกกระทำขึ้นด้วยความตั้งใจ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคามด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม โดยใช้แนวคิดการสร้างจินตภาพ เป็นวิธีการสร้างภาพจากความคิดให้บุคคลมองเห็นภาพ บรรยายภาค หรือสถานที่ที่สร้างความพึงพอใจ ให้ความสุขสบายและมีความสุข โดยให้ผู้ป่วยสร้างจินตภาพด้วยการฟังซีดีที่มีเนื้อหา 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นเพลงบรรเลงนำก่อน แล้วเริ่มนำเข้าสู่การผ่อนคลาย ส่วนที่ 2 เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้คำบรรยายชักนำให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงภาพภูเขา ลำธาร ดอกไม้ เป็นต้น การสร้างจินตภาพจะกระตุ้นการทำงานที่เปลือกสมองซีกขวาให้มีการใช้ความคิดเห็นภาพ (Horowitz, 1978 cited in Stephens, 1993) ความคิดที่ถูกสร้างขึ้นจากการชักนำที่ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยฟังนั้น จะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความหมกหมุ่น ครุ่นคิด ให้มาสู่สิ่งกระตุ้นชนิดใหม่ ซึ่งมีพลังอำนาจอยู่ในตัว จังหวะการพูด ท่วงทำนอง น้ำเสียง และเสียงธรรมชาติประกอบการพูดจะช่วยสร้างบรรยายภาคทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สงบ และสบายใจ การมุ่งสนใจอยู่กับจินตภาพที่สร้างขึ้นโดยความคิดทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ปิดกั้นการรับรู้สภาพความเป็นจริงในสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ ได้ในช่วงระยะหนึ่ง ความคิดที่สร้างจากการใช้จินตภาพนี้ยังกระตุ้นการทำงานของระบบลิมบิกในส่วนที่ก่อให้เกิดการรับรู้อารมณ์ด้านบวก ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความสงบ มีความสุขสบาย (Horowitz, 1978 cited in Stephens, 1993) ในการสร้างจินตภาพผู้วิจัยให้ผู้ป่วยใช้เวลาไม่น้อยกว่า 15 นาที (Post-White, 1998) และกำหนดให้ผู้ป่วยฝึกการสร้างจินตภาพอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (ละเอียด ชูประยูร, 2544; Jarvinen & Gold, 1981) หลังผ่าตัด

จากกิจกรรมที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนที่กล่าวมาข้างต้นนั้นผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบการพยาบาลมาจาก Wilson และ Kolcaba (2004) ซึ่งได้พัฒนามาจากทฤษฎีความสุขสบาย (Theory of Comfort) ของ Kolcaba (2003) เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้มีความสุขสบาย (Enhance Comfort) โดยทันที ซึ่งการดูแลความสุขสบาย (Comfort care) ที่จัดให้กับผู้ป่วยนั้น ใช้วิธีการที่สื่อให้เห็นถึงการเอาใจใส่และความเห็นอกเห็นใจเพื่อเป้าหมายคือให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย การใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพเพื่อส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อความสุขสบาย เป็นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล โดยใช้การประเมินความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ผลการวิจัยจึงพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพมีความสุขสบายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และตามทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba กล่าวถึงความสุขสบาย หมายถึง ภาวะที่ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองโดยได้รับการบรรเทา มีความสบาย และหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ความสุขสบายผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความสุขสบายในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องของพรรณี ไพศาลทักษิณ(2540) ที่จำแนกตามรายด้านพบว่า ความสุขสบายด้านร่างกาย ด้านจิต-วิญญาณ ในระยะหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมงผู้ป่วยมีระดับความสุขสบายอยู่ในระดับน้อยมาก ด้านร่างกายพบว่าจากอาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงมากในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด (สุติภรณ์ ณะชัย, 2547; อรพรรณ ไชยชาติ, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเขียวและศศิธร พนมดวง, 2549; Ashburn et al., 2001; McDonald, 2006; Sloman et al., 2006; Ene et al., 2008) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหาร ภายหลังจากผ่าตัดช่องท้องที่พบบ่อย มีผลรบกวนความสุขสบายของผู้ป่วย คือ อาการท้องอืด พบบ่อยใน 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 2-3 วันหลังผ่าตัด (Litwack, 2000) จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความสุขสบายลดลงจากภาวะปกติ อาการคลื่นไส้อาเจียน หลังผ่าตัดเกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Rowbotham, 1995) ภาวะมีไข้จากปฏิกิริยาตอบสนองต่อการอักเสบ จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายมากที่สุดในชีวิต การให้ข้อมูลโดยการสอนแนะในระยะก่อนที่ผู้ป่วยได้รับความปวดและทุกข์ทรมาน เป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับเหตุการณ์และภาวะคุกคามที่จะต้องเผชิญในระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด จะช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลเป็นการเพิ่มความอดทนต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน (Gross, 1986; Wilkie, 2000) บุคคลสามารถแก้ปัญหาและเผชิญกับภาวะคุกคามด้านร่างกายได้ดีขึ้น

ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ พบว่าการผ่าตัดมักทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย พยาบาลจะใช้อำนวยความสะดวกด้านจิตใจ จิตวิญญาณได้ โดยการดูแลช่วยเหลือด้วยความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นและไว้วางใจต่อพยาบาล จะมีผลตอบสนองต่อความต้องการทางจิตใจ จิตวิญญาณได้โดยตรง (ละออง หุตางกูร, 2534) ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจเป็นกิจกรรมที่อยู่ในขั้นตอนที่ 1 ของโปรแกรมการวิจัยที่ช่วยส่งเสริมความสุขสบายขั้นพื้นฐานให้แก่ผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น

ด้านสังคม-วัฒนธรรม จากการที่ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักไม่สามารถพบปะพูดคุยกับญาติได้ตามปกติเนื่องด้วยกฎระเบียบการเข้าเยี่ยม และการเข้ารับการรักษาเพื่อรอผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดงาน ขาดรายได้ผู้ป่วยจะมีความต้องการมากในเรื่องข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การให้ข้อมูลโดยการสอนแนะซึ่งเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งที่จะส่งเสริมความสุขสบายแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งต้องสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น พึงพาคนอื่นน้อยลงความสุขสบายในด้านนี้จึงสูงขึ้น

ด้านสิ่งแวดล้อม จากสภาพแวดล้อมและสภาพภายในหอผู้ป่วยที่ไม่เหมือนบ้าน มีผลกระทบต่อการร่างกาย จิตสังคม และวิญญาณจนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความสุขสบายของผู้ป่วยเกิดขึ้น การให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสุขสบายนั้น พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพได้รับความสุขสบายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแต่ก็สูงขึ้นเพียงเล็กน้อย เนื่องด้วยสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยยังมีปัจจัยรบกวนจากเสียงของกิจกรรมการพยาบาล เสียงพูดคุย แสงไฟที่ต้องเปิดปิดตามเวลาหรือเมื่อต้องทำการหัตถการต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมให้ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งหมดซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมไว้เบื้องต้นแล้วเมื่อผู้ป่วยได้ใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพก็สามารถช่วยเบี่ยงเบนปัจจัยรบกวนเหล่านี้ได้ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความสุขสบายในหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับรังสีรักษาของ Kolcaba และ Fox (1999) พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังเพลงการสร้างจินตภาพมีระดับความสุขสบายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังช่วยให้ระดับความเครียดลดลง (Holden-Lund, 1987) ช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายจนลืมความปวดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายเพิ่มขึ้น

ซึ่งจากผลกระทบที่รบกวนความสุขสบายตามรายดานนั้น ผู้ป่วยจะเกิดความไม่พึงพอใจส่งผลให้พฤติกรรมแสวงหาสุขภาพของผู้ป่วยลดลงหรือไม่มีเลย (Kolcaba, 1995) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้นทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดไม่ดีและผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ (Avidan, Harvey, Ponte, Wendon & Ginsburg, 2003) ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งต้อง

นอกจากเน้นการรักษาโรคโดยตรงแล้วยังต้องเน้นเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้ มาตรฐานจะช่วยส่งเสริมความสงบสบายและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีสำหรับผู้ป่วย ผลของการให้ ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความสงบสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล 3 ขั้นตอน คือ 1) การส่งเสริมความสงบสบายพื้นฐาน 2) การให้ข้อมูลโดยการ สอนแนะ 3) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีความสงบสบายเพื่อส่งเสริม ความสงบสบาย เป็นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล โดยใช้การประเมิน ความต้องการความสงบสบายของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ทำให้กลุ่มทดลองมีความสงบ สบายทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wilson และ Kolcaba (2004) ได้ประยุกต์ทฤษฎีความสงบสบาย ประกอบด้วยกิจกรรมพยาบาล 3 ขั้นตอนไปใช้ในผู้ป่วยที่ ได้รับยาสงบ ผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสงบสบายทำให้ผู้ป่วย รับรู้ถึงความไม่สงบสบายจากการผ่าตัดลดลง เช่น ความปวด ความวิตกกังวล คลื่นไส้ อาเจียน และ ยังส่งเสริมการฟื้นฟูหายจากความเจ็บป่วยอีกด้วย และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้นำทฤษฎีความสงบ สบายมาประยุกต์ใช้โดยประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 3 ขั้นตอนเช่นเดียวกันของ Kolcaba และ DiMarco (2005) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสงบสบายในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก ผลจาก การศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความสงบสบายทั้งองค์รวมมากขึ้นและนำไปสู่พฤติกรรมกรรมมี สุขภาพดี (Health seeking behaviors)

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะเห็นได้ว่า กิจกรรมการพยาบาลที่กำหนด ไว้เป็นประจำของหอผู้ป่วยโดยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วยการเตรียม ผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด การให้การพยาบาลในระยะนี้ประกอบด้วย การประเมินสภาพ ผู้ป่วย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดการสอนโดยการให้ข้อมูลจากพยาบาลประจำ หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคนพร้อมทั้งแจกแผ่นพับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดช่องท้องให้กับผู้ป่วย การเตรียมผิวหนังที่จะผ่าตัดและการซักถามข้อมูลต่าง ๆ เพื่อการ ผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดการพยาบาลระยะนี้ประกอบด้วย การประเมินข้อมูลการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ ชนิดของยาระงับความรู้สึก ความเปลี่ยนแปลงและการให้การพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลัง ผ่าตัดและในระยะต่อมาเพื่อประเมินอาการผิดปกติได้ทันทีพร้อมกับการพยาบาลตามกิจวัตร ได้แก่ การดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด ยา ปฏิชีวนะ และการดูแลแผลผ่าตัด ตลอดจนการประเมินสัญญาณชีพ การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัดและแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ตามการรักษาของแพทย์และ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุข

สภายหลังผ่าตัดได้ระดับหนึ่ง แต่ยังคงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการใช้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพมีความสุขสบายสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรทางการแพทย์และทีมสุขภาพโดยให้ตระหนักถึงการพัฒนาบทบาทในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งองค์รวม ซึ่งจัดให้มีการจัดอบรมทางวิชาการแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องให้ได้รับความสุขสบายโดยเน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม
2. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางหน้าท้องโดยเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อพัฒนางานนโยบายด้านการบริหารการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาขยายผลเพิ่มเติมถึงกลุ่มประชากรอื่น ๆ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการประเมินและวางแผน พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสุขสบายทั้งองค์รวมที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรและการนำไปใช้ต่อไป
2. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพในลักษณะกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่มเพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรบุคคลได้อย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัลยา สรรพอุดม. 2546. **ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยากร ฉัตรแก้ว. 2551. ทฤษฎีความสุขสบาย. ใน ฉันทชาย สิทธิพันธุ์, พรเลิศ ฉัตรแก้วและสุปราณี นิรุติศาสตร์ (บรรณาธิการ), **เสริมพลังการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**, หน้า 20-36. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิษฐา นาคะ. 2534. **ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญจิต โอซุม. 2549. **ผลของโปรแกรมจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จวง เผือกคง. 2550. **ผลของการใช้โปรแกรมจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธ์บำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑารัตน์ จองแก, 2550. **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฐิติมา ธารประสิทธิ์. 2548. **ผลของการให้ข้อมูลขณะผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดาร์สนี โพธารส. 2538. **คุณภาพการนอนหลับและสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลรามธิบดี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ทรงพร จันททรัพย์, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเขียวและอุไร หัตถกิจ. 2551. ผลของโปรแกรมโยคะต่อความสุขภาพของมารดาในระยะตั้งครรภ์. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 26(2): 123-133.
- ทิพวรรณ วัฒนเวช. 2545. **อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมดูแลตนเองต่ออาการท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. 2544. **วิทยาความเครียดในทางจิตเวชศาสตร์**. ขอนแก่น: คลังนา นารินทร์ สิงห์เฉลิม. 2542. **ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพวรรณ กฤตฤกษ์ิตพจน์. 2548. **ผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลในการผ่าตัดและความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยาทางช่องไขสันหลัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. 2539. **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตับระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อนทางศัลยกรรม**. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. 2537. **การพยาบาลผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัด** (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. 2542. **การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: เอส ซี บี.
- นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. 2535. **การรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุษบา สมใจวงศ์. 2544. **ผลของการสร้างจินตภาพต่ออาการคลื่นไส้ ชะงืด และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรจบ อินทรสุขศรี. 2542. **การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด**. ใน ไพญูลย์ สุทธิวรรณ และ บรรจบ อินทรสุขศรี (บรรณาธิการ), **ตำราศัลยกรรมสำหรับนักศึกษาแพทย์**, หน้า 251. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

- บำเพ็ญจิต แสงชาติและคณะ. 2545. **ผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**. รายงานการวิจัย. ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติและคณะ. 2545. **ผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง**. รายงานการวิจัย. ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปริญญา สนิกะวาที. 2542. **ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตรและศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรีดา บุญญสุวรรณ. 2547. **ผลของการสอนการจัดการความปวดก่อนผ่าตัดต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนิเวศ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปิลันธน์ ลิขิตกำจร. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปิลันธน์ ลิขิตกำจร, สุนุดตรา ตะบูนพงศ์และวงจันทร์ เพชรพิเชฐชัย. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง**. **วารสารสภาการพยาบาล** 18(3): 47-64.
- พรประภา โฉมระวงศกร. 2541. **เปรียบเทียบผลการให้ข้อมูลมารดาทารกก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนด ต่อระดับความเครียดของมารดาและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาทารก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณี ไพศาลทักษิณ. 2540. **ความสุขสบายในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มารยาท ณ นคร, สิริรัตน์ หาญวงศ์, บุญผา จันทร์จรัสและ พรรณงาม พิมพ์ชู. 2541. **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ในการปฏิบัติตัวและความวิตกกังวลในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับ การผ่าตัดใส่วัสดุตรึงในร่างกาย**. **วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์** 6: 91-102.

- มณฑิชา แสทนวิสุช. 2541. **ผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวลและการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดของผู้ป่วย.** วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัตนา อยู่เปลลา. 2543. **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2546. **พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถานฉบับ พ.ศ. 2542.** กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิชเคชั่นส์.
- รุ่งนภา ชัยรัตน์. 2545. **ผลของกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลลิตา นพคุณ. 2547. **ความสุขสบายในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ละออ หุตางกูร. 2534. **หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาลชีว-จิต สังคม.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.
- ละเอียด ชูประยูร. 2544. การฝึกสร้างภาพในจินตนาการ. **วารสารจิตวิทยาคลินิก** 32(1): 13-14. จิตวิทยา.
- สิรินาฏ มีเจริญ. 2541. **ผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนธรา ผดุงวัตร และแขวิมล ทุมวิภาต. 2539. **ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของห้องผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์.** งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.

- สุติภรณ์ ณะชัย. 2547. **การพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คอท้อช่วยหายใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. 2544. **จิตวิทยาเพื่อการฝึกอบรมผู้ใหญ่**. กรุงเทพฯ: ธีระป๋อมวรรณกรรม.
- เสงี่ยม ช่วยนุ้ยและชวนพิศ มีสวัสดิ์. 2543. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. *โรงพยาบาลพัทลุง. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย* 5: 103-109.
- แสงหล้า พลนอก. 2542. **ผลการสร้างจินตนาการต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลไหม้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หน่วยเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. 2551. **สถิติโรค**. ภูเก็ต: งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต.
- อมรรัตน์ ภาระราช. 2549. **ผลของการนัดแผนไทยประยุกต์ต่อความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อและความสุขสบายในผู้ป่วยคอท้อช่วยหายใจทางปากที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพรรณ ไชยชาติ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียรและศศิธร พุ่มดวง. 2549. ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของที่มีสุขภาพ. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 24(2): 101-109.
- อุบลรัตน์ ดีพร้อม. 2546. การสร้างจิตภาพ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 11(2): 87-95.
- เอมอร อุดลโกคาร. 2543. **ผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาษาอังกฤษ

- Ackerman, C. J. & Turkoski, B. 2000. Using guided imagery to reduce pain and anxiety. *Home Health care Nurse* 18(8): 524-531.
- Allen, S., Brockbank, K., Carr, E., & Strike, P. 2006. Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynecological surgery. *Journal of Clinical Nursing* 15(3): 341-352.

- Apfel, Kranke & Eberhart. 2004. Comparison of predictive models for postoperative nausea and vomiting. **British Journal of Anaesthesia** 88(2): 234-240
- Ashburn et al. 2001. Effect of music on ambulatory surgery patients' preoperative anxiety. **The Association of Perioperative Registered Nurses** 4: 750-758.
- Assalioli, R. 1971. **Assagioli's Psychosynthesis** [online]. Available from: <http://home.planet.nl/~brouw724/Assagioli.html> [2008, September 12]
- Auhburn, M. A., & Ready, L. B. 2001. Postoperative pain. In Loeser, J. D. , Butler, S. H., Chapman, C. R., & Turk, D. C. (eds.), **Bonicas management of pain** pp. 461-474. Philadelphia: Lippincott.
- Avidan, Harvey, Ponte, Wendon & Ginsburg. 2003. Perioperative Care, Anaesthesia, Pain Management and Intensive Care. **An illustrated colour text** London: Churchill Livingstone.
- Bakke, A. C., Purtzer, M. Z, & Newton, P. 2004. The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer. **Health Care Nurse** 14: 878-888.
- Barrett, M. A. 1993. **Perioperative nursing**. In J. M. Black & E. M. Jacobs (Eds.), Luckmann And Sorensen's medical-surgical nursing: A psychophysiologic approach (4 ed). (pp. 399-442). Philadelphia: W.B.Saunders.
- Barth, M. M., & Jenson, C. E. 2006. Postoperative nursing care of gastric bypass patients. **American Journal of Critical Care** 5(14): 378-384.
- Blanchard, H. 1994. Is restricted visiting in conflict with patient 's need ?. **British Journal of Nursing** 4: 1160 -1163.
- Bradford, L. J. 1998. Guilt. In Back, K. C., Rolins, P. R., & Willium, R. S. (eds.), Mental Health care. **Critical Care Nurse** 14(5): 47-51.
- Burden, N. 2000. Immediate postanesthesia care. In **Ambulatory surgical nursing**, pp. 456-464. Philladekphia: W. B. Saunders.
- Chandler, J. & Drake, M. 1991. **Tabbner's nursing care: Theory and practice**. Melbourne: Churchill Living Stone.

- Close, A. 1988. Patient education: A literature review. **Journal of Advance Nursing** 13: 203-213.
- Coda, M., & Bonica, B. 2001. Observation of pain assessment– the complexities of clinical practice. **Journal of Clinical Nursing** 11(6): 724 – 734.
- Cupal and Brewer, B.W. 2001. Effects of relaxation and guided imagery on knee strength, reinjury anxiety, and pain following anterior cruciate ligament reconstruction, **Rehabilitation Psychology** 46(1): 28–43.
- Davey, D. A. 1994. Pre-Postoperative care. In Dewit, S. C. (ed.), **Rambo's nursing skills for clinical practice** , pp. 760-827. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Devid, M., Eshelman, R. E., & Mckay, M. 1995. **The relaxation & stress reduction workbook**. Oakland: New Harbinger.
- Davis, R. 1995. Recognising risk factor. **Nursing Time** 91(28): 44-46.
- Dines-Kallinowski, C. M. 2002. Nature's nurse: Promoting sleep in ICU. **Dimensions of Critical Care Nursing** 21(1): 32-34.
- Dossey, B. M. 1997. Imagery. In Dossey, B. M. (ed.), **Core curriculum for holistic nursing**, pp. 188-195. Gaithersburg: Aspen.
- Dossey, B. M. 1995. Using imagery help your patients heal. **American Journal of Nursing** 95: 41-47.
- Dougltly, D. 2005. Prevention and management surgical wound dehiscence. **Advances in Skin and Wound Care** 18(6): 319-322.
- Duffy, B. 1997. Using a creative teaching process. **Home Health Nursing** 15(2): 102- 108.
- Dunwoody, L. C., Krenzischek, A. D., Pasero, C., Rathmell, P. J., & Palomana, C. R. 2008. Assessment, physiological monitoring and consequences of inadequately treated acute pain. **Pain Management Nursing** 9(1): 11-21.
- Ellis, J. R., & Nowlis. E.. A. 1994. **Nursing: A human needs approach**. Philadelphia: Lippincott.
- Ene, K.W., Nordberg, G., Bergh, I., Johansson, F.G., & Sjostrom, B. 2008. Postoperative pain management - the influence of surgical ward nurses. **Journal of Clinical Nursing** 17(15): 2042-2050.

- Ersek, M., & Poe. 2004. Pain. In: Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR, (eds.), **Medical-surgical Nursing** St. Louis: Mosby.
- Fairchild, S. S. 1996. **Perioperative nursing: Principles and practice**. Boston: Little Brown and Company.
- Fitzpatrick, E., & Hyde, A. 2005. What characterize the “usual” preoperative education in clinical contexts?. **Nursing and Health Sciences** 7: 251-258.
- Gan, T. J. 2002. Postoperative nausea and vomiting can it be eliminated?. **The Journal of the American Medical Association** 287: 1233-1236.
- Gaw-Ens, B. 1994. Information support for families immediately after CABG surgery. **Critical Care Nurse** 14: 41-42.
- Gilling, C. M., & Gillman, M. 1980. **The principle and practice of surgery of nurse and allied professions**. London: Edward Arnold.
- Good et al. 2001. Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music and their combination. **Pain** 8: 163-172.
- Grindel, E. M., & Grindel, G. 2006. Nursing care of the person having bariatric surgery. **Medical-Surgical Nursing** 13(3): 129-145.
- Gundzik, K. 2008. Nausea and Vomiting in the Ambulatory Surgical Setting. **Orthopaedic Nursing** 27(3): 182-188.
- Hahler, B. 2006. Surgical wound dehiscence. **Medical-Surgical Nursing** 15(5): 296-300.
- Hamitton, J. 1989. Comfort and the hospitalized chronically ill. **Journal of Gerontological Nursing** 15(4): 28-33.
- Health, A. H. 1992. Imagery: Helping ICU patients control pain and anxiety. **Dimension of Critical Care Nursing** 11: 37-62.
- Hilton, B. A. 1986. Noise. **The Canadian Nurse** 82(5): 24-28.
- Holden, J., Harrison, L., & Johnson, M. 2002. Families, nurses and intensive care patients: A fathers of infants hospitalized in a neonatal intensive care unit. **Neonatal Network** 15(3): 45-52.

- Hurley, A.C., Volicer, B.J., Hanrahan, P. .A., Houde, S., & Volicer, L. 1992. Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. **Research in Nursing & Health** 15: 369 - 377.
- Jarvinen, P. J. & Gold, S. R. 1981. Imagery as an aid in reducing depression. **Journal Clinical Psychology** 37(3): 523-529.
- Jones, D. (1992). Caring for the patient undergoing surgery. In Royle, J. A. & Walch (eds.), **Watson 's medical-surgical nursing and related physiology**, pp. 196-220. London: Bailliere Tindall.
- Karanci, A. N., & Dirik, G. 2003. Predictors of pre-and postoperative anxiety in emergency surgery patients. **Journal of Psychosomatic Research** 55: 363-369.
- Katz, J. R. 1997. Back to basics providing effective patient teaching. **American Journal of Nursing** 97(5): 33-36.
- Kepm, B. B., & Heri, A. P. 1984. **Fundamentals of nursing: Concept and procedures**. Massachusetts: Addison-Wesley
- Kitcatt, S. E. 2000. **Nursing the surgery patient**. London: Harcott.
- Koivuranta M. 1997. Comparison of ondansetron and droperidol in the prevention of postoperative nausea and vomiting after laparoscopic surgery in women. A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. **Acta anaesthesiologica Scandinavica** 41(10):1273-9.
- Kolcaba, K. 1995. Art of comfort care. **Journal of Nursing Scholarship** 27: 287-294.
- Kolcaba, K. & Fox, C. 1999. The effects of guided imagery on comfort of women with early stagebreast cancer undergoing radiation therapy. **Oncology Nursing Forum** 26(1): 67-72.
- Kolcaba, K. 1992. Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse sensitive outcome. **Advances in Nursing Science** 15(1): 1-10.
- Kolcaba, K. 1994. A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing** 19: 1178-1184.

- Kolcaba, K. 2003. **Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research**. New York: Springer Publishing.
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. 2005. Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. **Pediatric Nursing** 31(3): 187-194.
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. 2006. Comfort Theory: A Unifying Framework to enhance the Practice Environment. **The Journal of Nursing Administration** 36(11): 538-544.
- Kolcaba, K. 2009. The Web Site Devoted to the Concept of Comfort in Nursing. **The comfort line**[online]. Available from: <http://www.thecomfortline.com/webinstruments.html>[2009, June 14]
- Kopp et al. 2003. Life satisfaction and active coping style are important predictors of recovery from surgery. **Journal of Psychosomatic Research** 55: 371-377.
- Krakow, B, Melendrez, D, Ferreira, E, et al. 2001. Prevalence of insomnia symptoms in patients with sleep-disordered breathing. **Chest** 120: 1923-1929.
- Kurth, C. L. 1991. Postoperative nursing. In Patrick et al. (eds.), **Medical surgical nursing: Pathophysiological concept**, pp. 338-393. Philadelphia: Lippincott.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. 1984. **Stress appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company.
- LeMaitre, G. D. & Finnegan, J. A. 1980. **The patient in surgery, A guide for nurse**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Lin, L. Y. & Wang, R. H. 2005. Abdominal surgery, pain and anxiety: Preoperative nursing intervention. **Journal of Advanced Nursing** 51(3): 252-260.
- Litwack, K. (2000). Nursing role in management: Postoperative patient. In Lewis, S. M. , Collier, I. C., & Heikemper, M. M. (eds.), **Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problem**, pp. 385-407. St. Louis: Mosby.
- Luckmann, J., & Sorensen, K. C. 1994. **Medical-surgical nursing: A psychophysiologic approach**. Philadelphia: W. B. Saunders.

- Marek, J. F., & Boehnlein, M. J. 1999. Pre-Intra-Postoperative nursing. In Phipps, W. J. Sands, J. K. & Marek, J. F. (eds.), **Medical-surgical nursing: concepts and clinical practice** , pp. 469-550. St. Louis: Mosby.
- Marin, S. H., Orgiler, U. E., Navarro, A. M., & Vela, M. C. 1999. How do patients in intensive care unit sleep. **Enfermeria Clinica** 9(6): 251-256.
- McCaffery, M. 1979. **Nursing the patient in pain**. London: Harper & Row.
- McCloskey, J. & Bulechek, G. (Eds.). 2000. Nursing interventions classification (NIC) (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- McDonald, D. D., 2006. Postoperative pain management for the addding patient. **Geriatric Aging** 9(6): 395-398.
- McGrath, J. M. 2003. Family-center care. In Kenner, C. & Loff , J. W. (eds.), **Comprehensive neonatal nursing: A physiologic perspective**, pp. 96-103. Philadelphia: Saunders.
- Mertin, S., Sawatzky, V. J., Jones, D. L. W., & Lee, W. R. J. 2007. Roadbtock to recovery: The surgical stress response [Electronic version]. **Canada Association of Critical Care Nurses** 18(1), 14-19.
- Mile, M. S., Carlson, J., & Funk, S. G. 1996. Sources of support reported by mothers and Mental health-psychiatric nursing, pp. 346-369. St. Louis: mosby.
- Mishel, M. H. 1988. Uncertainty in illness. **Image Journal Nursing Schorlarhip** 20(4): 225 - 232.
- Morse, J. M., Bottorff , J. L., & Hutchinson, S. 1995. The paradox of comfort. **Nursing Research** 44(1): 14-19.
- Muro, G. A., Keeling, A. W., & Long, B.C. 1995. Postoperative Nursing. In Philpps, W. J. et al. (eds.), **Medical-surgical: Conceptual and clinical practice**, pp. 633-650. St. Louis: Mosby.
- Oldnall, A. 1996. A critical analysis of nursing: Meeting the spiritual needs of patients. **Journal of Advanced Nursing** 23: 138-144.

- Ozalp G; Sarioglu R; Tuncel G; Aslan K; Kadiogullari N. 2003. Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain.
Acta anaesthesiologica Scandinavica 47(1): 26-9.
- Parseo, C & Belden, J. 2006. Evidence-based perianesthesia care: accelerated postoperative recovery program. **Journal of Perianesthesia Nursing** 21(3): 168-176.
- Patterson, D & Ptacek, J. 1997. Baseline pain as a moderator of hypnotic analgesia for burn injury treatment. **Journal of consulting and clinical psychology** 65(1): 60-7.
- Patton. 2006. Volatility Forecast Comparison using Imperfect Volatility Proxies.
Research Paper Series 175.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. 1999. **Nursing Research Principle and Methods**. Philadelphia P.A. ; J.B. Lippincott.
- Post-White, J. 1998. Imagery: In Snyder, M. & Lindquist, R. (eds.),
Complementary/alternative psychiatric nursing, pp. 259-273. St. Louis: Mosby.
- Potter, P. A., & Perry, G. A. 2007. **Basic nursing: Essentials for practice** (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Rahman, M. & Beattie, J. 2005. Psychological disorders and acute pain: Pain effect relationships. **European Journal pain** 46: 231-260
- Rawlins, P. R. 1988. Hope-despair. In Back, K. C. Rawlins, P. R., & Williams, R. S. (eds), review of the literature. **Journal of Clinical Nursing** 11: 140-148.
- Roach, J., Tremblay, L., & Bowers, D. 1995. Pre-operative assessment and education program: Implementation and outcomes. **Patient Education Counselling** 25(1): 83-88.
- Rorden, J. 1987. **Patient education; Nurse and patient; Nurse-Patient Relations; nurses' instruction**. Philadelphia: Saunders.

- Ross, L. 1995. The spiritual dimension: its importance to patients health well being and quality of life and its complications for practice. **International Journal Nursing Studies** 32: 457- 468.
- Rourke, R. O. 2001. **Abdominal exploration** [online]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002928.htm>. [2008, September 8]
- Rowlan, M. A. 1990. Myths and facts about postop discomfort. **American Journal of Nursing** 90(5): 60-64.
- Roykulckaroen, V. & Good, M. 2004. Systematic relaxation to relieve postoperative pain. **Journal of Advanced Nursing** 48(2): 140-148.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. 1981. The health-related functions of social support. **Journal of Behavioral Medicine** 4(4): 381-406.
- Shuldham C. 1999. A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. **International Journal of Nursing Studies** 36: 171-177.
- Sloman, R., Wruble, A. W., Rosen, G., & Rom, M. 2006. Determination of clinically meaningful levels of pain reduction in patients experiencing acute postoperative pain. **Pain Management Nursing** 7(4):153-8.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. 2004. **Text book of Medical-Surgical Nursing**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. 2000. Pain management. In **Text book of Medical-Surgical Nursing**, pp.175-201. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, Duell & Martin. 2000. **Clinical nursing skills : basic to advanced skills**.
- Smith, J. D. 2004. Nursing management post operative care. In M. S. Lewis, M. M. Heitkemper, & R. S. Dirksen (Eds.), **Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems** (6th ed., pp. 393-414). St. Louis: Mosby.
- Stephen, R. 1993. Imagery: A Strategic intervention to empower clients part I – Review of research literature. **Clinical Nurse Specialist** 7(5): 235-240.
- Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. 2005. Adult surgical patients and the information provided to term by nurses: A literature review. **Patient Education and Counseling** 61: 5–15.

- Tannhauser, E. 1994. Knowledge basic to the nursing care of adult: Undergoing surgery. In Monahan, F. D., Drake, T., & Neighors, M. (eds.), **Nursing care of adult**, pp. 78-123. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Tiernan, P. J. 1994. Independent nursing intervention: Relaxation and guided imagery in critical care. **Critical Care Nurse** 14(5): 41-57.
- Timby, B & Smith, N. 2003. **Introductory medical-surgical nursing**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Topf, M., Bookman, M., & Arand, D. 1996. Effects of critical care unit noise on the subjective quality of sleep. **Journal of Advanced Nursing** 24: 545-551.
- Torrance, C., & Serginson, E. 1999. **Surgical nursing**. Philadelphia: Bailliere Tindall.
- Turkoski, B. & Lance, B. 1996. The use of guided imagery with anticipatory grief. **Home Health Care Nurse** 14: 878-888.
- Walding, M. F. 1991. Pain, anxiety and powerlessness. **Journal of Advanced Nursing** 16: 388 - 397.
- Wiens, A. C. 1998. Preoperative Anxiety in woman. **Association of Perioperative Registered Nurses** 68: 74-88.
- Williams, C. M. A. 2005. The identification of family members 's contribution to patient' s care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. **Nursing in Critical Care** 10(1): 6-14.
- Wilson, L. & Kolcaba, K. 2004. Practical Application of Comfort Theory in the Perianesthesia Setting. **Journal of Perianesthesia Nursing** 19(3): 164-173.
- Zeitz, H. mcutcheon A. & Albrecht. 2002. Observations and vital signs: ritual or vital for the monitoring of postoperative patients? **Applied Nursing Research** 19(4): 204-211.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรายละเอียดข้อมูลโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพ คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสุขสบายทั้งองค์รวมในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง แบบสัมภาระณ์ความสุขสบายหลังผ่าตัด แบบประเมินการรับรู้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง และแบบบันทึกการฝึกสร้างจินตภาพ มีดังนี้

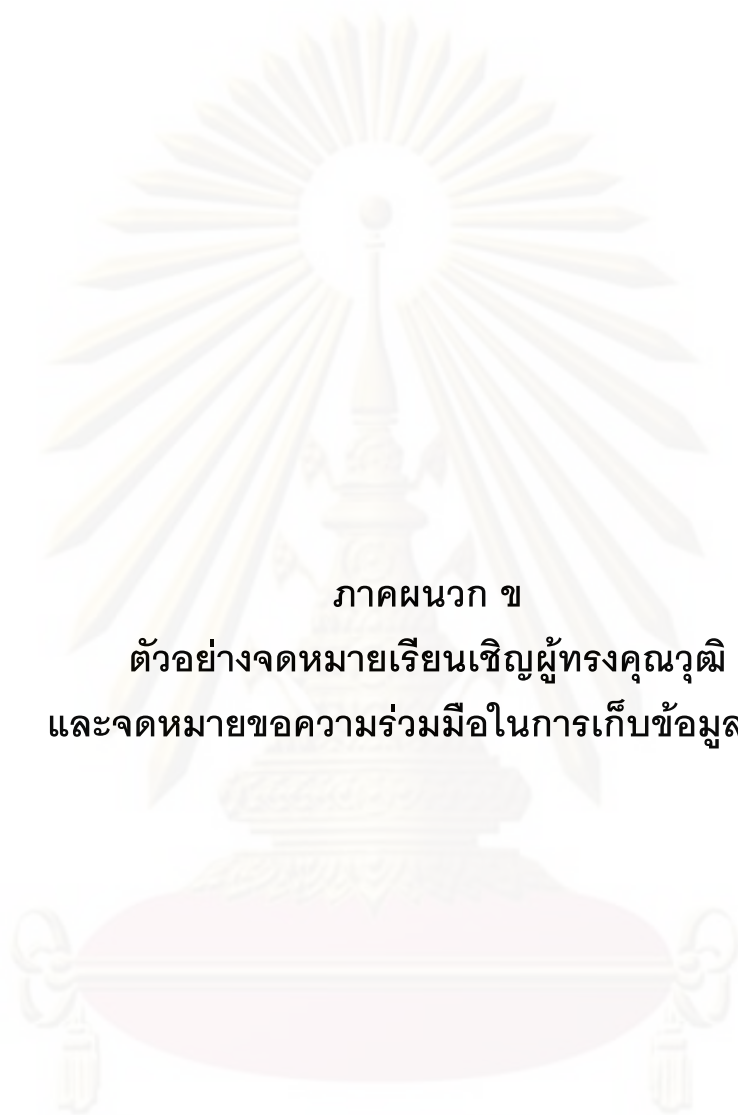
ชื่อ-สกุล

ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. ผศ.บุษบา สมใจวงษ์ | อาจารย์ประจำภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. ผศ.แสงหล้า พลนอก | อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 3. อาจารย์ลลิตา นพคุณ | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 4. อาจารย์ ดร.ฉลวย เหลือบรวง | อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี |
| 5. อาจารย์กัลยกร ฉัตรแก้ว | นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านความสุขสบาย
ด้วยการใช้ดนตรีบำบัด สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย |

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 64
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ เทปบันทึกเทคนิคการฝึกการสร้างจินตภาพ จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ของนางสาวปริญญา สนิกะวาที สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ (2542) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัจฉรา สุคนธสรพร, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกพร สุคำวัง และอาจารย์ ดร. สมบัติ สาปัญญา เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

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

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภาจารย์ โทร. 0-2218-9818

ชื่อนิสิต นางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ โทร 08-4056-4147

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุญรัตน์ ชุงสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความสูญสลายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บุษบา สมใจวงษ์ อาจารย์ประจำภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บุษบา สมใจวงษ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ โทร. 0-2218-9818

ชื่อนิสิต นางสาวบุญรัตน์ ชุงสุวรรณ โทร 08-4056-4147

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุญรัตน์ ชุงสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แสงหล้า พลนอก อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แสงหล้า พลนอก

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ โทร. 0-2218-9818

ชื่อนิสิต นางสาวบุญรัตน์ ชุงสุวรรณ โทร 08-4056-4147

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุญรัตน์ ชุงสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความสุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ลลิตา นพคุณ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ลลิตา นพคุณ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ โทร. 0-2218-9818

ชื่อนิสิต นางสาวบุญรัตน์ ชุงสุวรรณ โทร 08-4056-4147

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุญรัตน์ ชุงสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความทุกข์สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. ฉลวย เหลือบรรจง อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. ฉลวย เหลือบรรจง

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ โทร. 0-2218-9818

ชื่อนิสิต นางสาวบุญรัตน์ ชุงสุวรรณ โทร 08-4056-4147

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายกสสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุญรัตน์ ชุงสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความทุกข์สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ กัลยกร ฉัตรแก้ว นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านความทุกข์สบาย ด้วยการให้ดนตรีบำบัด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

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

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ กัลยกร ฉัตรแก้ว

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ โทร. 0-2218-9818

ชื่อนิสิต นางสาวบุญรัตน์ ชุงสุวรรณ โทร 08-4056-4147

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เนื่องด้วย นางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความทุกข์สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความทุกข์สบาย โปรแกรมการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีความสุขสบาย แบบบันทึกการฝึกการสร้างจินตภาพ และแบบประเมินการรับรู้ข้อมูล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

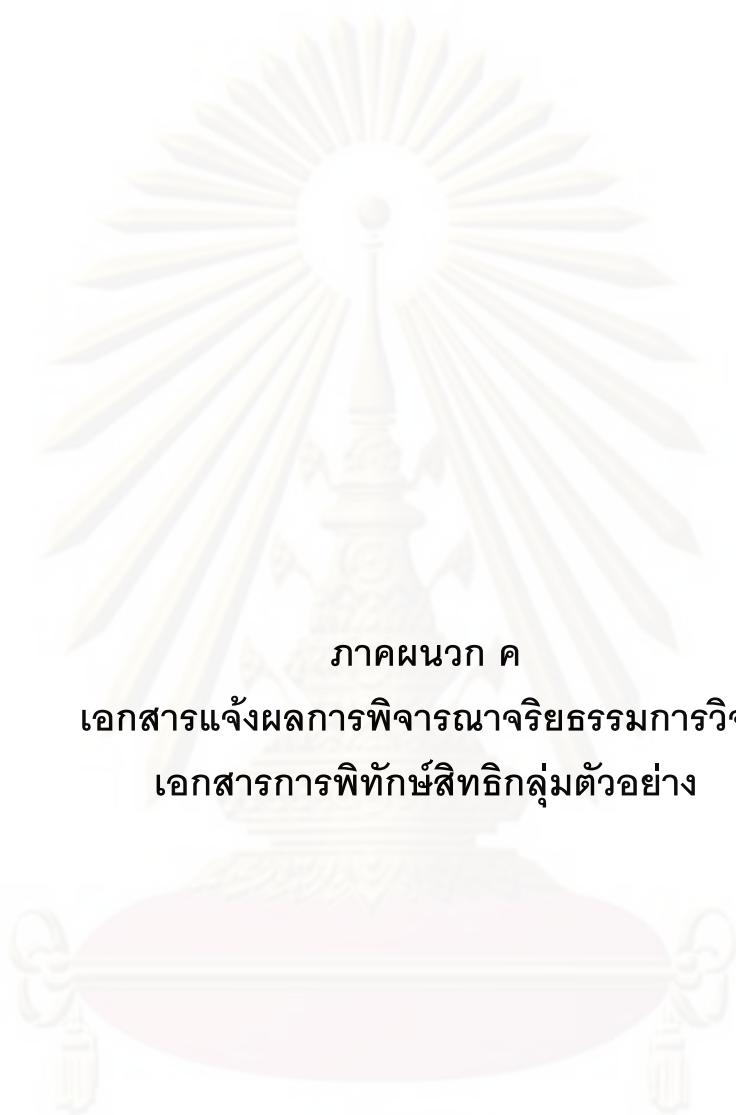
งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภาจารย์

ชื่อนิสิต นางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ โทร 08-4056-4147



ภาคผนวก ค

เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ผลการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
(Certificate of Approval)

จากการประชุมคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ครั้งที่ 7 / 2552
เมื่อวันที่ 20 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2552 ที่ประชุมได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่อง
ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
(THE EFFECT OF GIVING INFORMATION COMBINED WITH GUIDED IMAGERY ON
COMFORT AMONG POST ABDOMINAL SURGICAL PATIENTS)

หัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ร่วมวิจัย -

คณะกรรมการ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว พร้อมด้วยเอกสารประกอบการพิจารณาที่ส่งมาแล้วนั้น
ที่ประชุมมีมติว่า

- เห็นควรรับรองโครงการ ตามลำดับที่ 9/2552
ตั้งแต่วันที่ 20 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2552
- เห็นควรให้แก้ไขปรับปรุงบางส่วนให้เหมาะสมในการรับรอง (ระบุ))
- เห็นควร ไม่รับรองโครงการ (เหตุผลประกอบ))

ขอให้ผู้วิจัย ดำเนินการวิจัยตามแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยทาง
.....

๑๒/๑๑/๕๒

(นายแพทย์วีระศักดิ์ ขอบแสงรัตน์)

ประธานคณะกรรมการ

วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๕๒

ลงนาม

(นายแพทย์เอกภร งามไพฑูริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วันที่ เดือน 10 ก.ย. 2552 พ.ศ.

หมายเหตุ เอกสารนี้มี 2 ชุด เก็บไว้ที่หัวหน้าโครงการวิจัย และส่วนหนึ่งที่อยู่ที่คณะกรรมการ (๑ ชุด)

ผลการพิจารณาจริยธรรม ๑-2๕๕๒ น.ศ.บุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ 2561

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่องานวิจัย ผลการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความทุกข์สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ **ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจจากผู้วิจัย** ชื่อนางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณที่อยู่ 78/6 หมู่ 2 ต. โคกกลอย อ. ตะกั่วทุ่ง จ. พังงา 82140 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในงานวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดย**สมัครใจ** และข้าพเจ้า**มีสิทธิ**ที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ**

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่ / วันที่

.....
(นางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ)
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/วันที่

.....
(.....)
ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information)

ชื่องานวิจัย ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความทุกข์สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) ที่อยู่ของผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ต. ตลาดใหญ่
อ.เมือง จ.ภูเก็ต 83000

(ที่บ้าน) ที่อยู่ 78/6 หมู่ 2 ต. โคกกลอย อ.ตะกั่วทุ่ง จ. พังงา 82140

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 076-361234 ต่อ 1110

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 084-0564147 E-mail: aomandfern@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่น ๆ ที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังนี้

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยผลของผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความทุกข์สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

2.วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความทุกข์สบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง หลังจากได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ และสรุปเป็นผลการวิจัยจาก 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสัมภาษณ์ความทุกข์สบาย 3) เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูล แบบสัมภาษณ์วิธีการปฏิบัติตัวและแบบบันทึกการสร้างจินตภาพ

4. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้องชนิดไม่รีบด่วนที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวนทั้งสิ้น 40 คน

4.2 การศึกษาครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

4.2.1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ในระยะหลังผ่าตัด ที่ทำให้ระดับ

ความรู้สึกลดลงหรือภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยกิจกรรมการพยาบาล

4.2.2 มีสติสัมประัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารในภาษาไทยได้

4.2.3 ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยินและการมองเห็น

4.2.4 ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

4.3 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

4.3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง

และหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย หากผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 20 คน แล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 20 คน เท่ากัน

4.3.2 ผู้วิจัยจับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมตัว

แปรแทรกซ้อนโดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติโดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของ เพศ และ ชนิดการผ่าตัดเป็นชนิดเดียวกัน

5. ระยะเวลาที่ใช้กับผู้เข้าร่วมในการวิจัยประมาณ 4 วัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยเองทั้งหมด โดยมีเนื้อหาครอบคลุมรูปแบบการพยาบาลตามทฤษฎีความสุขสบายซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) การส่งเสริมความสุขสบายพื้นฐาน (Standard comfort intervention) 2) การสอนและ (Coaching) เป็นรูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและเห็นคุณค่าในสิ่งที่จะต้องปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้อง และผลกระทบจากการผ่าตัดช่องท้อง การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดและการป้องกัน ข้อควรปฏิบัติ/ระเบียบหอผู้ป่วยศัลยกรรม ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 3) การสนับสนุนด้านจิต-วิญญาณ (Comfort food for the soul) เพื่อส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยโดยใช้การสร้างจินตภาพ ซึ่งต้องปฏิบัติอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน ใช้เวลาอย่างน้อย 15 นาทีต่อครั้ง ผู้วิจัยพบผู้ป่วยทั้งหมด 4 ครั้งขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและวัดผลความสุขสบายในวันที่ 3 หลังผ่าตัด

6. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมได้ในกรณีที่มีปัญหาสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือนางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ ได้ตลอดเวลา ทางโทรศัพท์หมายเลข 084-0564147 และหาก

ผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

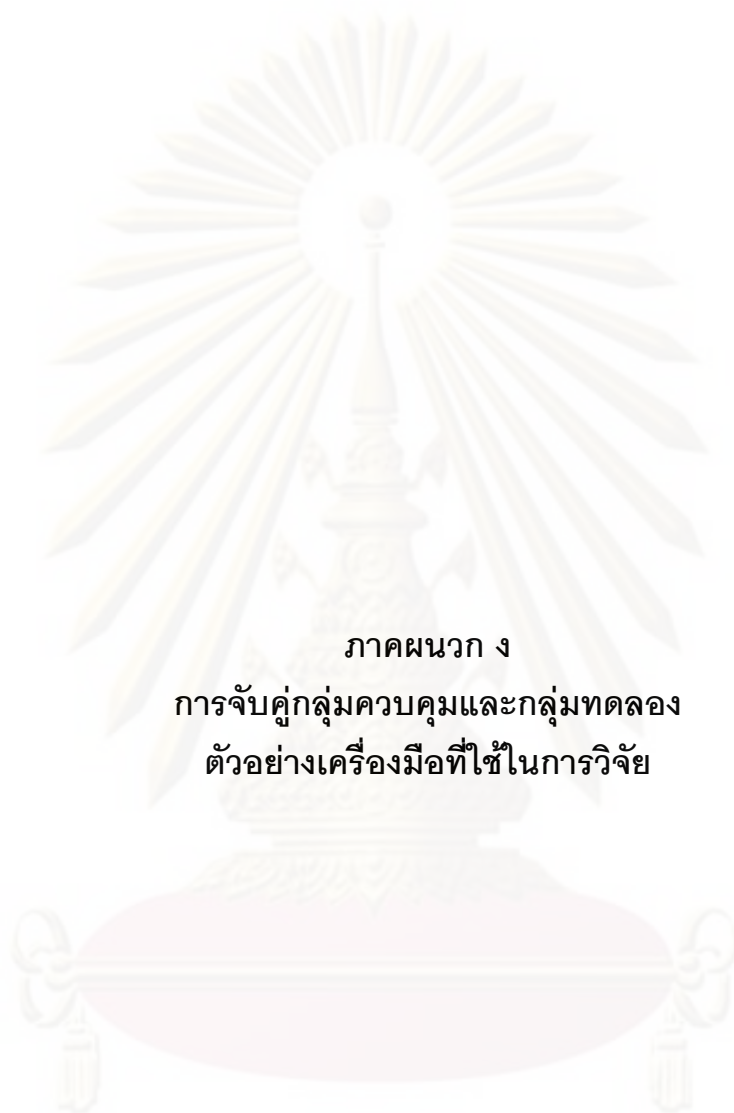
7. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
8. ข้อมูลทุกอย่างของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และ

นำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของท่านในฐานะผู้เข้าร่วมในการวิจัย จะได้รับการปกปิดเสมอ

9. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประมาณ 40 คน

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยทางคลินิก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต 353 ถนนเยาวราช ตำบลตลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000 โทรศัพท์ 076-361234 โทรสาร 076-211155 e-mail www.vachiraphuket.go.th

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง
การจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกันตามลักษณะของเพศ และชนิดของการผ่าตัด

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	เพศ	ชนิดของการผ่าตัด	เพศ	ชนิดของการผ่าตัด
1	หญิง	ผ่าตัดรังไข่ออก	หญิง	ผ่าตัดรังไข่ออก
2	ชาย	ผ่าตัดไส้เลื่อนข้างขวา	ชาย	ผ่าตัดไส้เลื่อนข้างซ้าย
3	ชาย	ผ่าตัดเย็บลำไส้	ชาย	ผ่าตัดเย็บลำไส้และเชื่อมต่อลำไส้
4	หญิง	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออก	หญิง	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออก
5	หญิง	ผ่าตัดไส้ติ่ง	หญิง	ผ่าตัดไส้ติ่ง
6	หญิง	ผ่าตัดไส้ติ่ง	หญิง	ผ่าตัดไส้ติ่ง
7	ชาย	ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี	ชาย	ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี
8	หญิง	ผ่าตัดเย็บกระเพาะอาหาร	หญิง	ผ่าตัดเย็บกระเพาะอาหาร
9	หญิง	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออก	หญิง	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออก
10	ชาย	ผ่าตัดไส้เลื่อนข้างขวา	ชาย	ผ่าตัดไส้เลื่อนข้างซ้าย
11	หญิง	ผ่าตัดรังไข่และท่อนำไข่ออก	หญิง	ผ่าตัดรังไข่และท่อนำไข่ออก
12	หญิง	ผ่าตัดเย็บลำไส้	หญิง	ผ่าตัดเย็บลำไส้
13	ชาย	ผ่าตัดไส้ติ่ง	ชาย	ผ่าตัดไส้ติ่ง
14	ชาย	ผ่าตัดไส้ติ่ง	ชาย	ผ่าตัดไส้ติ่ง

(ต่อ) การจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกันตามลักษณะของเพศ และ ชนิดของการผ่าตัด

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	เพศ	ชนิดของการผ่าตัด	เพศ	ชนิดของการผ่าตัด
15	หญิง	ผ่าตัดไส้ติ่ง	หญิง	ผ่าตัดไส้ติ่ง
16	หญิง	ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี	หญิง	ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี
17	หญิง	ผ่าตัดเย็บลำไส้	หญิง	ผ่าตัดเย็บลำไส้
18	หญิง	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออก	หญิง	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออก
19	ชาย	ผ่าตัดไส้เลื่อนข้างขวา	ชาย	ผ่าตัดไส้เลื่อนข้างซ้าย
20	ชาย	ผ่าตัดไส้เลื่อนข้างขวา	ชาย	ผ่าตัดไส้เลื่อนข้างขวา

ตัวอย่างคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง



โดย นางสาว บุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ

นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ. ดร. ชมพูนุช โสภาคารีย์

ศูนย์วิทยุโทรพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การผ่าตัดช่องท้องคืออะไร ???

การผ่าตัดช่องท้อง เป็นการผ่าตัด ผ่านผนังหน้าท้องกล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้อง (กระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ ถุงน้ำดี ท่อน้ำดี ตับอ่อน ม้าม มดลูก รังไข่) เพื่อการตรวจวินิจฉัย และรักษาพยาธิสภาพต่างๆ ที่เกิดกับอวัยวะภายในช่องท้องแล้วเย็บปิด



การผ่าตัดช่องท้องของท่านเป็นแบบไหน

ชนิดของการผ่าตัดช่องท้อง การผ่าตัดช่องท้องแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด

1. การผ่าตัดนอกเยื่อบุช่องท้อง
2. การผ่าตัดในเยื่อบุช่องท้องและบริเวณลำไส้ เป็นการผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อบุช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่ในเยื่อบุช่องท้องและบริเวณลำไส้

3. การผ่าตัดในเยื่อบุช่องท้องที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและ เยื่อบุช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่ในเยื่อบุช่องท้องที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ เช่น ผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก



ความสบายคืออะไร ???

ความสบาย หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการตอบสนองความต้องการใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งความสบายในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องพบว่ามียุปัจจัยต่าง ๆ ที่รบกวนความสบายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการท้องอืด อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการระอึกรวมถึงการมีไข้หลังผ่าตัด

แผนการสอน เนระ เรื่อง ข้อมูลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายทั้งองค์รวมในผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดช่องท้อง

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง
สถานที่	หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
ผู้สอน	นางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none">1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และพยาบาล2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ รวมทั้งสามารถบอกหรืออธิบายในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้ได้อย่างถูกต้อง ได้แก่<ol style="list-style-type: none">2.1 ความหมายของการผ่าตัดช่องท้อง ชนิดของการผ่าตัดช่องท้องแบบสังเขป2.2 ความหมายของความสุขสบาย ปัจจัยรบกวนความสุขสบายจากการผ่าตัดช่องท้องและการจัดการกับสิ่งรบกวนความสุขสบาย <p>สถานการณ์และกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้อง</p> <ol style="list-style-type: none">3. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบประโยชน์และมีทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสุขสบายได้แก่ การบริหารการหายใจเข้า-ออกลึก ๆ แบบยาว ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาสองข้างขณะพักบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การลุกจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำวิธีการสร้างจินตภาพไปใช้ในการส่งเสริมความสุขสบายหลังการผ่าตัดช่องท้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์การสอน/สื่อ	การประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล</p>	<p>สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะทำการวิจัยเรื่องผลการให้ข้อมูลร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมวิจัย</p> <p>ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับข้อมูลโดยการสนทนา เพื่อส่งเสริมความสบายทั้งองค์รวมสำหรับการผ่าตัดช่องท้อง</p> <p>หลังจากที่คุณ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยมาบ้างแล้ว ต่อไปดิฉันจะให้ข้อมูลโดยการสนทนาเพื่อส่งเสริมความสบายทั้งองค์รวม โดยมีข้อมูลต่างๆดังนี้</p> <p>ความหมายของการผ่าตัดช่องท้อง ชนิดของการผ่าตัดช่องท้องแบบสังเขป ความหมายของความสบาย ปัจจัย</p>	<p>พยาบาลเข้าพบผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ทักทายผู้ป่วย แนะนำตนเองพูดคุยอย่างเป็นกันเอง</p> <p>ประเมินความสนใจของผู้ป่วยในการรับฟังข้อมูลสังเกตสีหน้าท่าทาง</p> <p>ประเมินความพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก พร้อมรับฟังผู้ป่วยจากการซักถามประเมินปัญหาและความต้องการ</p>		<p>ประเมินจากสีหน้าและท่าทางที่แสดงความสนใจของผู้ป่วย ในการรับฟังและร่วมสนทนากับพยาบาล</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์การสอน/สื่อ	การประเมินผล
	<p>รบกวนความสบายจากการผ่าตัดช่องท้องและการจัดการกับสิ่งรบกวนความสบาย สถานการณ์และกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้ทราบประโยชน์และมีทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสบายถ้ามีข้อสงสัยที่ต้องการข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมก็สามารถถามเพิ่มเติมได้เลยคะ ดิฉันยินดีจะให้คำตอบ นอกจากนี้ในส่วนของข้อมูลที่ดิฉันจะให้วันนี้แล้ว ดิฉันมีคู่มือ “การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสบายทั้งองค์รวมในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง” ให้คุณ 1 ฉบับซึ่งระหว่างการสอนแฉะนั้น คุณสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ถ้าพร้อมที่จะรับฟังข้อมูลแล้ว ดิฉันเริ่มให้ข้อมูลนะคะ</p>	<p>ร่วมกันกับผู้วิจัย</p>		

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์การสอน/สื่อ	การประเมินผล
<p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ รวมทั้งสามารถบอกหรืออธิบายในเรื่องต่างๆ ต่อไปได้อย่างถูกต้อง ได้แก่</p> <p>2.1 ความหมายของการผ่าตัดช่องท้อง ชนิดของการผ่าตัดช่องท้องแบบสังเขป</p>	<p>การผ่าตัดช่องท้อง เป็นการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้อง (กระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ ถุงน้ำดี ท่อน้ำดี ตับอ่อน ม้าม) เพื่อการตรวจวินิจฉัย และรักษาพยาธิสภาพต่างๆ ที่เกิดกับอวัยวะภายในช่องท้องแล้วเย็บปิด</p> <p>ชนิดของการผ่าตัดช่องท้อง การผ่าตัดช่องท้องแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด 1) การผ่าตัดนอกเยื่อช่องท้อง 2) การผ่าตัดในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้ 3) การผ่าตัดในเยื่อช่องท้องที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้</p>	<p>ผู้วิจัยอธิบาย ความหมายของการผ่าตัดช่องท้อง</p>	<p>คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสุขสบายทั้งองค์รวมในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องและภาพพลิก</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถบอกความหมายของการผ่าตัดช่องท้องและชนิดของการผ่าตัดที่ตนเองได้รับได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์การสอน/สื่อ	การประเมินผล
<p>2.2 ความหมายของ ความสุขสบาย ปัจจัย รบกวนความสุขสบาย จากการผ่าตัดช่องท้อง และการจัดการกับ สิ่งรบกวนความสุขสบาย สถานการณ์และ กิจกรรมการพยาบาลที่ ผู้ป่วยจะได้รับทั้งระยะ ก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้อง</p>	<p>ความสุขสบาย หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการตอบสนองความต้องการใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิต-วิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งความสุขสบายในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องพบว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ที่รบกวนความสุขสบายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่</p> <p>ทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด อาการท้องอืด อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการระอึก.....</p> <p>ด้านจิต-วิญญาณ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมักเกิด ความกลัวและวิตกกังวล.....</p> <p>ด้านสังคม ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะต้องพักรักษาตัว.....</p> <p>ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลักษณะสถานที่ - เสียงรบกวน - แสงสว่าง..... - อุณหภูมิ..... 	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย โดยใช้คู่มือและอธิบาย ความหมายของความสุขสบายทั้งองค์รวม ปัจจัยด้านต่างๆ ที่รบกวนความสุขสบาย และการจัดการเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย</p>	<p>คู่มือการปฏิบัติตัว เพื่อส่งเสริมความสุขสบายทั้งองค์รวมในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง และภาพพลิก</p>	<p>ประเมินจากสีหน้าท่าทางแสดงถึงความเข้าใจของผู้ป่วย และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการจัดการเพื่อส่งเสริมความสุขสบายได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์การสอน/ สื่อ	การประเมินผล
	<p>- กลิ่น จากข้อมูลที่ได้รับทราบนั้น เมื่อผู้ป่วยสามารถนำกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยได้สอนแนะ มาปฏิบัติจะสามารถเบี่ยงเบนจากสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยได้สัมผัสเพื่อส่งเสริมความสบายแก่ท่านได้อย่างแน่นอน..... จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องทั้งก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัดและผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลดังนี้</p> <p>กิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้อง</p> <p>โดยทั่วไปการดูแลรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดดังนี้.....</p> <p>การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย</p> <p>1. การเตรียมการดูแลทั่วไป ได้แก่.....</p>	<p>ผู้วิจัยอธิบายวิธีการปฏิบัติตนในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและในระยะพักฟื้นรวมทั้งกิจกรรมการพยาบาลที่จะได้รับเน้นความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยเฉพาะราย</p>	<p>คู่มือการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมความสบายแบบองค์รวมในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องและภาพพลิก</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีปฏิบัติตนทั้งในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและในระยะพักฟื้นได้อย่างถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์การสอน/ สื่อ	การประเมินผล
	<p>1.2 การตรวจร่างกาย</p> <p>1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>1.4 การตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอก</p> <p>1.5 การตรวจวัดสัญญาณชีพ.....</p> <p>1.6.....</p> <p>1.7.....</p> <p>2. การเตรียมผู้ป่วยในวันก่อนผ่าตัดและวันที่ผ่าตัด ได้แก่</p> <p> การเตรียมบริเวณผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด.....</p> <p> การงดอาหารและน้ำก่อน.....</p> <p> การได้รับยาก่อนไปห้องผ่าตัด.....</p> <p> การดูแลของใช้ส่วนตัวและของมีค่า.....</p> <p>การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ</p> <p> ในระยะก่อนผ่าตัด.....</p> <p> ดังนั้นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ.....</p> <p> ให้คำแนะนำหรืออธิบายในสิ่งที่ท่านจะต้องเผชิญดังต่อไปนี้</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์การสอน/สื่อ	การประเมินผล
<p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบประโยชน์และมีทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสุขสบายได้แก่</p> <p>1) การบริหารการหายใจเข้า-ออกลึก ๆ แบบยาว ๆ 2) การไอแบบยาว ๆ</p>	<p>1.</p> <p>2. อธิบาย.....</p> <p>3. อธิบาย.....</p> <p>4. การดูแล.....</p> <p>การเตรียมความพร้อมด้านสังคม</p> <p>1. อธิบายถึงกฎระเบียบการเข้าเยี่ยมของญาติดังนี้...</p> <p>การเตรียมความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม</p> <p>1. ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับสถานที่</p> <p>การสอนและให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย ได้แก่</p> <p>1.การบริหารการหายใจเข้าออกลึก ๆ แบบยาว ๆ</p> <p>2. การไออย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>3. การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาสองข้างขณะนอนพักบนเตียง</p> <p>4. การพลิกตะแคง</p> <p>5. การลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว</p> <p>6. การควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด ท่านจะได้รับการ</p>	<p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยแนะนำวิธีการหายใจ การไอ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา การพลิกตะแคงตัวโดยผู้วิจัยแนะนำวิธีการให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ</p>	<p>คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสุขสบายทั้งองค์รวมในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถหายใจเข้า - ออกลึก ๆ แบบยาว ๆ ไออย่างมีประสิทธิภาพ ออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา และพลิกตะแคงตัวได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์การสอน/สื่อ	การประเมินผล
<p>อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>3)การออกกำลังกาย กล้ามเนื้อขาสองข้าง ขณะพักบนเตียง</p> <p>4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ฝึกสร้างจินตภาพได้ อย่างถูกต้องเพื่อ ส่งเสริมความสุขสบาย ทั้งองค์รวม</p>	<p>สอนเกี่ยวกับวิธีการเพื่อบรรเทาความปวด</p> <p>การส่งเสริมความสุขสบายทั้งองค์รวมด้วยวิธีการฝึก การสร้างจินตภาพ</p> <p>กิจกรรมการพยาบาลที่ท่านได้รับในระยะหลังผ่าตัด ช่องท้อง</p> <p>การให้การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดเริ่มตั้งแต่ ท่านอยู่ในระยะแรกของการฟื้นสภาพหลัง</p> <p>..</p>	<p>ผู้วิจัยอธิบายและให้ ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ วิธีการฝึกสร้างจินตภาพ แก่ผู้ป่วย</p>	<p>คู่มือการปฏิบัติตัว เพื่อส่งเสริมความ สุขสบายทั้งองค์ รวม เครื่องเล่นซีดีชนิด แบบมีหูฟังพร้อม ซีดีการสร้างจินต ภาพ</p>	<p>อย่างถูกต้อง</p> <p>ผู้ป่วยสามารถฝึก สร้างจินตภาพได้ อย่างถูกต้อง</p>

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ชุดที่.....

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง “ความพึงพอใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง”

คำแนะนำในการใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อผู้ป่วย.....

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....

เพศ..... อายุ.....ปี

สถานภาพสมรส

() โสด

() คู่

() หม้าย

() หย่า

ศาสนา

() พุทธ

() อิสลาม

() คริสต์

ระดับการศึกษา

() ต่ำกว่ามัธยม

() มัธยมศึกษา

() สูงกว่ามัธยมศึกษา

- อาชีพปัจจุบัน () รับราชการ
 () ค้าขาย
 () รับจ้าง
 () เกษตรกรรม

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

หลังผ่าตัดวันที่..... การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด.....

ชนิดของการผ่าตัด.....ระยะเวลาในการผ่าตัด.....

ประสบการณ์การผ่าตัดใหญ่ในอดีต

() ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน

() เคยได้รับการผ่าตัดระบุจำนวน.....ครั้ง ปี พ.ศ.....โรงพยาบาล.....

ปัญหาที่พบในการผ่าตัดครั้งที่ผ่านมา.....

วิธีแก้ไข.....

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความสุขสบาย

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นสภาวะการณ์ที่ท่านประสบอยู่ รบกวนความสุขสบายของท่านในขณะตอบแบบสัมภาษณ์ ให้ท่านบอกถึงระดับความรู้สึกเห็นด้วยมาก หรือ เห็นด้วยน้อยมากที่สุด ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยมาก
ด้านร่างกาย 1. ท่านรู้สึกทนกับความเจ็บปวดไม่ได้ 2. ท่านมีอาการท้องผูก/ท้องอืด 3. ท่านรู้สึกอ่อนคลาย 4. ท่านรู้สึกดีทำให้อยากเดินอยากเคลื่อนไหว 5. 6. 7. 8. 9. สภาพร่างกายของท่านทำให้รู้สึกแย่				
ด้านจิต-วิญญาณ 10. ท่านรู้สึกสงบ 11. ท่านกลัวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไป 12. ท่านรู้สึกควบคุมตนเองไม่ได้ 13. ท่านรู้สึกมั่นใจ 14. 15. 16. 17. 18. ท่านรู้สึกเศร้าหมอง/หมดแรงจูงใจ				

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยมาก
<p>ด้านสังคม</p> <p>19. ท่านรู้สึกว่าคุณต้องพึ่งพาคนอื่น</p> <p>20. ท่านอยากให้หมอบหรือพยาบาลมาดูแล ท่านบ่อยขึ้น</p> <p>21.</p> <p>22.</p> <p>23.</p> <p>24. ท่านไม่มีความสุขเมื่ออยู่คนเดียว</p>				
<p>ด้านสิ่งแวดล้อม</p> <p>25. ท่านมีความเป็นส่วนตัวที่เพียงพอ</p> <p>26. คุณหมอบในหอนี้กำลังดี</p> <p>27.</p> <p>28.</p> <p>29.</p> <p>30.</p> <p>31.</p> <p>32. สถานที่นี้ทำให้ท่านรู้สึกแปลกแยก</p>				

ตัวอย่างเครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นการถึงการรับรู้ข้อมูลของท่านก่อนการผ่าตัดกรรณาเลือกวิธีที่ท่านปฏิบัติ

0 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย

1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย

ข้อที่	รายละเอียดของข้อมูล	เห็นด้วย (1)	ไม่เห็นด้วย (0)
1.	หลังได้รับข้อมูลท่านมีความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับชนิดของการผ่าตัดช่องท้องที่ท่านจะต้องได้รับ		
2.	ก่อนผ่าตัดท่านทราบแล้วว่าต้องงดอาหารและน้ำก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง		
3.	หลังผ่าตัด.....		
4.	การไอ.....		
5.	สร้างจินตภาพได้อย่างถูกต้องสามารถส่งเสริมความสบายหลังผ่าตัดของท่านได้		

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย

ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้อง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับท่าน ภายใน 24 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กรุณาเลือกวิธีที่ท่านปฏิบัติ

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

ข้อที่	รายละเอียดของการปฏิบัติกิจกรรม	ไม่ได้ปฏิบัติ (1)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ปฏิบัติ ทุกครั้ง (3)	หมายเหตุ (กรณีไม่ได้ ปฏิบัติให้ บอกเหตุผล)
1.	ท่านขอยาแก้ปวดจากพยาบาลทันทีเมื่อ รู้สึกปวด				
2.	ท่านได้หายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ เมื่อ รู้สึกปวด				
3.	ท่าน.....				
4.	ท่าน.....				
5.	ท่านรีบลุกนั่งข้างเตียงภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก				

แบบบันทึกการฝึกการสร้างจินตภาพ

คำชี้แจง ให้ท่านกรอกข้อความ ลงในช่องว่างที่จัดไว้ให้

ครั้งที่	หลังผ่าตัด(วัน) / ช่วงเวลาที่สร้างจินตภาพ		
	1	2	3
1			
2			
3			
4			
5			
6			

หมายเหตุ กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านขณะสร้างจินตภาพ

วันที่ 1

ครั้งที่ 1 () สงบ ผ่อนคลาย สบายใจ () เฉย ๆ () เบื่อหน่าย () ตึงเครียด

ครั้งที่ 2 () สงบ ผ่อนคลาย สบายใจ () เฉย ๆ () เบื่อหน่าย () ตึงเครียด

ครั้งที่ 3 () สงบ ผ่อนคลาย สบายใจ () เฉย ๆ () เบื่อหน่าย () ตึงเครียด

.....

วันที่ 3

ครั้งที่ 1 () สงบ ผ่อนคลาย สบายใจ () เฉย ๆ () เบื่อหน่าย () ตึงเครียด

ครั้งที่ 2 () สงบ ผ่อนคลาย สบายใจ () เฉย ๆ () เบื่อหน่าย () ตึงเครียด

ปัญหาและอุปสรรคในการฝึกการสร้างจินตภาพ.....

คำบรรยายการฝึกการสร้างจินตภาพ

ดนตรี.....

ต่อจากนี้ ขอให้ท่านนอนในท่าที่สบาย ขยับส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้อยู่ในท่าที่สบายที่สุด ปล่อยให้หน้าหนักทั้งหมดของท่าน ทั้งลงบนที่รองรับ ให้รู้สึกผ่อนคลาย สงบและสบาย ขอให้ท่านหลับตาลงสูดลมหายใจเข้าปอดช้า ๆ แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกอย่างแผ่วเบา ปล่อยให้การหายใจของท่านเป็นไปอย่างธรรมชาติและสม่ำเสมอ เข้า ออก ช้า ๆ สม่ำเสมอและผ่อนคลาย ทุกครั้งของการหายใจ ท่านรู้สึกถึงความผ่อนคลายที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ท่านเริ่มนับถอยหลังช้า ๆ จากห้าถึงหนึ่ง ทุกครั้งที่นับให้ท่านรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นเรื่อย ๆ ห้า สี่ สาม สอง หนึ่ง ขณะนี้ท่านรู้สึกถึงความผ่อนคลาย สบาย และเป็นสุข

ขอให้ท่านคงความรู้สึกเช่นนี้ไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ท่านยังคงหายใจ เข้า ออก เข้า ออก ช้า ๆ รู้สึกถึงความสุขสบายที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นับ หนึ่ง สอง สาม หายใจเข้าให้เต็มปอด สักครั้งหนึ่งแล้วค่อย ๆ หายใจออกอย่างช้า ๆ ปล่อยให้กล้ามเนื้อที่เปลือกตาของท่านเบาขึ้น แล้วค่อย ๆ ลืมตา บอกกับตัวท่านเองว่า ท่านรู้สึกสดชื่น ผ่อนคลายและเป็นสุข

ดนตรี.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ เกิดวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2523 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี เมื่อปี พ.ศ.2545 เข้ารับราชการปฏิบัติงาน เป็นพยาบาลประจำการระดับ 4 หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เมื่อปี พ.ศ. 2545-2550 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2550

ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ระดับชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย