

ผลของการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย- จิตแบบซึ่งก่ต่อความวิตกกังวลและความปวด
ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

นางสาวจรินทร์ พวงยะ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

EFFECTS OF SYMPTOM MANAGEMENT FOCUSING ON QI-GONG PRACTICE
PROGRAM ON ANXIETY AND PAIN AMONG THE EMERGENT ABDOMINAL SURGERY
PATIENTS

Miss Jarin Puakya

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการจัดการอาคารที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซี่กง
ต่อ ความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
ช่องท้องแบบฉุกเฉิน

โดย

นางสาวจรินทร์ พวงยะ

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

จรินทร์ พวงยะ : ผลของการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน (EFFECTS OF SYMPTOM MANAGEMENT FOCUSING ON QI-GONG PRACTICE PROGRAM ON ANXIETY AND PAIN AMONG THE EMERGENT ABDOMINAL SURGERY PATIENTS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 172 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความปวดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรม ในโรงพยาบาล เลือกกุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค และชนิดของการผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberg และคณะ (1983) และแบบประเมินระดับความปวดแบบเส้นตรง ที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 และ .77 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติบรรยาย และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=10.71$, $p<.05$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=6.04$, $p<.05$)
2. ความปวดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=1.58$ และ 1.89 ตามลำดับ, $p<.05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อ.....
ปีการศึกษา.....2555..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

537755773 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : ANXIETY / PAIN / THE EMERGENT ABDOMINAL SURGERY PATIENTS / SYMPTOM MANAGEMENT / QI-GONG

JARIN PUAKYA : EFFECTS OF SYMPTOM MANAGEMENT FOCUSING ON QI-GONG PRACTICE PROGRAM ON ANXIETY AND PAIN AMONG THE EMERGENT ABDOMINAL SURGERY PATIENTS. ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., A.P.N., 172 pp.

This quasi-experimental research has aimed to compare an anxiety and pain in the experimental group before and after receiving the program. And compare an anxiety and pain between the experimental group and the control group. The sample of study comprised of 40 postoperative in-patients with emergent abdominal surgery at hospital. The purposive sampling technique was used following the inclusion criteria and equally divided them into a control group and an experimental group. They were also matched by age, gender, diagnosis and operation. The control group received conventional nursing care, whereas the experimental group received both conventional nursing care and the symptom management focusing on Qi-Gong practice program that developed from the Symptom Management Model of Dodd et al (2001) and a concept of Qi-Gong. The instruments were an interviews form regarding the demographic data, the State-Trait Anxiety Inventory form Y-1 of Spielberger et al (1983) and numeric rating scale of pain with reliability of .79 and .77, respectively. The data was analyzed with descriptive statistics and t-test.

The major findings were:

1. After receiving the intervention, the anxiety of patients in the experimental group was significantly lower than that of the pretest phase ($t=10.71$, $p<.05$) and lower than that of the control group ($t=6.04$, $p<.05$)

2. After receiving the intervention at 48 hours and 72 hours, the pain score of patients in the experimental group were significantly lower than those of the control group ($t=1.58$ and 1.89 respectively, $p<.05$)

Field of Study : Nursing Science..... Student's Signature

Academic Year : 2012..... Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรัก ความห่วงใย ความเมตตากรุณา กำลังใจที่มีค่าและการดูแลอย่างดี จากรองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่ดีและเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำในการใช้สถิติในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม แพทย์ พี่ๆน้องๆพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งโรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลโพธารามและโรงพยาบาลราชบุรี ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดี มีความตั้งใจ และเต็มใจในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธารามและฝ่ายการพยาบาล ที่ให้การสนับสนุนด้านเวลาเพื่อการศึกษา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบคุณพี่ๆน้องๆ และเพื่อนร่วมรุ่น ที่ให้คำปรึกษาที่ดี ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่เป็นกำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกครอบครัวทุกคน ที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

คุณค่าและคุณประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูทิตาแด่ บุพการี บวรพจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จในทุกก้าวของชีวิตมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน.....	14
โรคที่ต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน.....	15
ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน.....	21
การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง.....	24
ความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน.....	29
ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน.....	35
บทบาทของพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน.....	40
การบริหารกาย- จิตด้วยชีกง.....	41
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ.....	48
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	60

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	61
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	64
การดำเนินการทดลอง	71
การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง	77
การวิเคราะห์ข้อมูล	77
สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	79
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	90
สรุปผลการวิจัย	94
อภิปรายผล	94
ข้อเสนอแนะ	104
รายการอ้างอิง.....	106
ภาคผนวก.....	120
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	121
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือใน การทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล	123
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	131
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	145
ภาคผนวก จ รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล	150
ตัวอย่างคู่มือการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่อง ท้องตัวอย่างโปรแกรมการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงสำหรับผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ตัวอย่างแผนการสอน เรื่อง การปฏิบัติตนก่อน และหลังการผ่าตัดช่องท้อง	
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	172

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ และประวัติการผ่าตัด.....	81
2	แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด และระยะเวลาในโรงพยาบาล.....	82
3	แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	83
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง.....	84
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	85
6	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ในระยะเวลาต่างๆ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	88

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	Symptom Management Model. (Current Model.)	51
2	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	60
3	ขั้นตอนการดำเนินวิจัย.....	73
4	กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของ กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม.....	84
5	กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดแผลผ่าตัดของกลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุม	85
6	กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดแผลผ่าตัดของ กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ในเวลาต่างๆ.....	87

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องเผชิญกับความวิตกกังวลและความเครียด เนื่องจากความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล และเมื่อต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยย่อมมีความวิตกกังวลมากขึ้น โดยเฉพาะการผ่าตัดแบบฉุกเฉินเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อน (Asilioglu & Celik, 2003) เป็นเหตุการณ์ที่คุกคามก่อให้เกิดความเครียดสูง (Karanci & Dirik, 2003) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องอย่างรุนแรงและเฉียบพลันหรือมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เมื่อแพทย์วินิจฉัยได้ว่า ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขภาวะต่างๆ เพื่อให้มีความพร้อมต่อการผ่าตัดด่วน และต้อง ได้รับการผ่าตัดโดยเร็วที่สุด (Boehnlein & Marek, 2003; Smeltzer & Bare, 2004)

ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความเร่งรีบ ผู้ป่วยมีเวลาในการปรับตัวน้อยจึงรู้สึกวิตกกังวล เป็นทุกข์และกลัวผลของการผ่าตัด (ธนิต วัชรพุกก์ , 2544; บรรจบ อินทรสุขศรี , 2542; Karanci & Dirik, 2003) ซึ่งความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยศัลยกรรมปรี้อยละ 60 – 80 (Jlala et al, 2010) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษาด้วยการผ่าตัด ผลของการผ่าตัดไม่ดี ความล้มเหลวของการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก กลัวไม่ตื่น กลัวตาย กลัวสูญเสียสภาพลักษณะ สิ่งที่ไม่รู้ (Ail et al, 1991) อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม อยู่กับคนแปลกหน้า ต้องอยู่ภายในกฎระเบียบของโรงพยาบาล รวมทั้งได้รับการรักษาและการตรวจวินิจฉัยต่างๆ (Karanci & Dirik, 2003) การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนกระเพาะอาหารหรือสายสวนปัสสาวะ ท่อระบาย เป็นต้น ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขึ้นอีกเนื่องจากผู้ป่วยกลัวความเจ็บปวด กลัวสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย การผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาพลักษณ์ การกลับสู่ชีวิตประจำวัน และอาจมีปัญหาเรื่องผู้ดูแล เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกควบคุมหรือจัดการตนเองเกี่ยวกับความปวดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง (Sullivan, 2004) ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ทั้งด้านร่างกาย เช่น ปวดแผลผ่าตัดมาก (ปีสันธน์ ลิขิตกำจร , 2546) แผลแยก แผลติดเชื้อ และมีการใช้ยาแก้ปวดมากขึ้น ส่วนด้านจิตใจนั้นเกิดความวิตกกังวล ความเครียดและกลัวต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดสูง (Karanci & Dirik, 2003) เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาอนอนใน

โรงพยาบาลนานกว่าปกติ ถูกแยกจากครอบครัวและสังคม สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Good et al, 2005) เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงจะทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น (Vaughn et al, 2007) และความรุนแรงของความปวดจะเพิ่มสูงขึ้น (Ip et al, 2009)

ความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เป็นประสบการณ์ที่พบมากที่สุดในการแสดงหลังการผ่าตัด (Ip et al, 2009) เป็นประสบการณ์ที่มีหลายมิติ มีภาวะทางจิตใจ การรับรู้ การเรียนรู้ ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีการรับรู้ การตีความหมายต่อความปวด มีความทนและขีดความปวดต่างกันแม้จะมีสิ่งกระตุ้นเดียวกัน (บุปผา โคตะนิวงษ์และบำเพ็ญจิต แสงชาติ , 2550) ซึ่งความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความปวดอาจจะยาวนานขึ้นอยู่กับวิธีการผ่าตัด ระดับความทนต่อความปวดและการตอบสนองทางด้านจิตใจต่อความปวดของผู้ป่วย ความปวดเกิดจากการได้รับบาดเจ็บของใยประสาท Somatic ที่ผิวหนัง กล้ามเนื้อและชั้น Fascia การตัดเนื้อเยื่อในบริเวณกว้าง หรือเนื้อเยื่อถูกดึงรั้งนานขณะทำการผ่าตัด นอกจากนี้ความปวดบริเวณผ่าตัดเพิ่มขึ้นจากการเย็บผิวหนัง การทำแผลที่รัดแน่นเกินไป การบวมของแผลในระยะการหายของแผล การติดเชื้อหรือการเกิดเลือดคั่งที่บริเวณแผลผ่าตัด (Phipps, Long & Woods, 1980) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ สภาพร่างกาย จิตใจ บุคลิกภาพและประสบการณ์ของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยตลอดจนการดูแลก่อนและหลังผ่าตัด (พงษ์ภรณ์ เจาศะเกษตริน , 2534) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ที่มีประสบการณ์ความปวดรุนแรงทุกซักรมาณมีจำนวนมากถึงร้อยละ 40-70 (Bonica, 1983; Chapman, 1985) ความปวดจะรุนแรงมากในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และจะค่อยๆ ลดระดับความรุนแรงจนหายไปในวันที่ 2 และวันที่ 3 ตามลำดับ (ชลธิธา เรียงคำ, 2551)

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่อาจจะยาวนานขึ้นอยู่กับวิธีการผ่าตัด ระดับความทนต่อความปวดและการตอบสนองทางด้านจิตใจต่อความปวดของผู้ป่วย ซึ่งความปวดเกิดจากการได้รับบาดเจ็บของใยประสาท Somatic ที่ผิวหนัง กล้ามเนื้อและชั้น Fascia การตัดเนื้อเยื่อในบริเวณกว้าง หรือเนื้อเยื่อถูกดึงรั้งนานขณะทำการผ่าตัด นอกจากนี้ความปวดบริเวณผ่าตัดเพิ่มขึ้นจากการเย็บผิวหนัง การทำแผลที่รัดแน่นเกินไป การบวมของแผลในระยะการหายของแผล การติดเชื้อหรือการเกิดเลือดคั่งที่บริเวณแผลผ่าตัด (Phipps, Long & Woods,

1980) นอกจากนั้นความปวดจะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้การไหลเวียนของเลือดและการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง ความปวดยับยั้งการทำงานของประสาทเวกัส (Vagus nerve) ระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง ส่งเสริมให้เกิดภาวะท้องอืดมากขึ้น และความปวดทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว กล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหารคลายตัว อ่อนแรงเช่นกัน จึงเป็นสาเหตุของการแน่นอึดอัด ท้องผูก และมีอาการคลื่นไส้อาเจียน (ทิพวรรณ วัฒนเวช, 2545)

การผ่าตัดช่องอกและช่องท้องจะก่อให้เกิดความปวดรุนแรง เนื่องจากเป็นส่วนที่มีการเคลื่อนไหวจากการหายใจตลอดเวลา (Potter and Perry, 1999 ; จุฑามาศ คำแพรดี และเบญจวรรณ วีระ เทอดตระกูล, 2546) เมื่อมีการเคลื่อนไหวความปวดจะเพิ่มขึ้นและลดลงเมื่อพัก (Good et al, 2001) ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยลุกเดินเคลื่อนไหว ความปวดหลังผ่าตัดจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 31 และต้องใช้เวลาอย่างน้อย 10 นาทีที่จะกลับมาที่เตียงได้ (Good et al, 2000) ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวลุกจากเตียงเท่าที่จำเป็น (Roykulchareon & Good, 2004) จะนอนอยู่ในท่าเดียว กลัวการเคลื่อนไหวเพราะจะทำให้เกิดความปวดมากขึ้น กล้ามเนื้อมีการหดเกร็งรู้สึกไม่สุขสบาย (Phipps, Long & Woods, 1980; McGuire,2010) ในการลดความเจ็บปวดผู้ป่วยจะมีการหายใจช้าลง หากอาการดังกล่าวไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอด ท้องอืดจากลำไส้ทำงานไม่ปกติและเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน (Bonica & Benedetti, 1980) นอกจากนั้นยังมีการตอบสนองของระบบการเผาผลาญต่อการได้รับบาดเจ็บ เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ หลอดเลือดหดตัวและมีความต้องการออกซิเจนมากขึ้น ปอดทำงานไม่เต็มที่หรือมีการติดเชื้อและเกิดภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดและมีความเสี่ยงสูงในการเกิดลิ้มเลือดอุดตัน (Samarae, Rhind, Saleh & Bhattacharya, 2009) ความปวดที่มีความรุนแรงและต่อเนื่องทำให้เกิดความวิตกกังวล การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การอยากอาหารลดลง (Shafer, Sawyer, McCLUSKEY, & Beck, 1961) ผลกระทบเหล่านี้ทำให้ระยะฟื้นฟูสภาพล่าช้า (Karanci & Dirik, 2003;Samarae, Rhind, Saleh & Bhattacharya, 2009) สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ได้รับผลข้างเคียงจากการให้ยา ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำและผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการรักษา (Apfelbaum et al, 2003) สิ่งเหล่านี้เกิดจากการจัดการความปวดหลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากทีมสุขภาพมีการฝึกอบรมเรื่องการจัดการความปวดไม่เพียงพอ ขาดความรู้ ไม่ให้ความร่วมมือ การประเมินระดับความปวดไม่ดีพอ กลัวผลข้างเคียงจากการให้ยาระงับความปวด มีทัศนคติไม่ดี ระบบการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพไม่สนับสนุนต่อการจัดการความปวด (Taylor, 2009; Samarae, Rhind, Saleh &

Bhattacharya, 2010) การปฏิบัติงานที่มีภาระงานมาก จำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อย มีเวลาจำกัด (Taylor, 2009)

การเข้าใจความปวดและการจัดการความปวดที่มีรูปแบบชัดเจนจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการปวดที่รุนแรงลดลง (Burns & Moric, 2011) ผู้ป่วยจะได้รับยาเพื่อผ่อนคลายและระงับปวด แต่การใช้ยาในปริมาณมากทำให้ผู้ป่วยประสบกับผลข้างเคียงของยาได้สูงส่งผลต่อการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น (Lindgren et al, 2010; Roykulchareon & Good, 2004) การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Ip et al, 2009) ดังนั้นจึงมีการดูแลรักษาความปวดหลายรูปแบบและมีเป้าหมายในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Taylor, 2009) ร่วมกับการลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อความปวดและความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด (Ip et al, 2009) ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับสู่การฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว (Samaraee, Rhind, Saleh & Bhattacharya, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) มีแนวคิดว่าอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน รบกวนการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และการทำหน้าที่ทางสังคม การจัดการกับอาการต้องมุ่งเน้นในการขจัดสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน และเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในการจัดการและผลลัพธ์ที่ตามมา การจัดการค้ำึงถึงประสบการณ์และความสามารถที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวต้องค้ำึงถึงความสัมพันธ์ 3 องค์ประกอบได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Symptom experience) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์จากอาการ (Symptom outcome) ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่เกิดจากกลวิธีจัดการอาการ ดังนั้นจึงได้มีการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการจัดการความปวด การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการจัดการความปวด พัฒนาฝึกอบรมทีมงานในการดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัดให้เป็นไปตามมาตรฐานที่ดี (Taylor, 2009)

ในการจัดการความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับยาเพื่อผ่อนคลายและระงับปวด แต่การใช้ยาในปริมาณมากทำให้ผู้ป่วยประสบกับผลข้างเคียงของยาได้สูงส่งผลต่อการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น (Lindgren et al, 2010; Roykulchareon & Good, 2004) วิธีการพยาบาลเพื่อจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นวิธีการจัดการความปวดวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการให้ยา จากการศึกษาวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของนวลสกุล แก้ว ลาย (2545) การพยาบาลที่ให้ผลดีต่อการจัดการความเจ็บปวด เป็นวิธีการที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกายได้แก่ การจัดทำผู้ป่วย การนวด การสัมผัส การใช้เครื่อง

เทนท์ วิธีการที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ ได้แก่ การสอนหรือการให้ข้อมูล การเขียน ความสนใจ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เป็นต้น และให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปว่า ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเมื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ในแง่ของความสะดวก ความคุ้มค่าและคุ้มทุน ความยากง่ายในการปฏิบัติ ความเหมาะสมกับหน่วยงานและความสามารถของบุคลากรในการนำไปใช้นอกจากนั้นควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการพยาบาลแต่ละชนิดเมื่อให้การพยาบาลในระยะที่แตกต่างกัน เช่นระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังการผ่าตัด และให้ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เป็นต้น ในด้านการจัดการความวิตกกังวลนั้นมีเป้าหมายแรกในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คือการลดความวิตกกังวลและทำให้เกิดความสุขสงบ (Kroll & Gassmayr, 1998) ดังนั้นการพัฒนาวิธีการพยาบาลที่เป็นการดูแลแบบองค์รวมเพื่อลดความวิตกกังวลและความปวดผสมผสานกับการใช้ยาจึงมีความสำคัญ ซึ่งนอกจากจะมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ต้องเป็นวิธีที่ง่ายต่อการปฏิบัติและมีความคุ้มค่าด้วยเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด หลังผ่าตัดของห้องส่วนใหญ่เน้นวิธีการจัดการ ในระยะหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายทางด้านร่างกาย เป็นส่วนใหญ่ และการผ่าตัดที่ได้รับเป็นกรณีผ่าตัดล่วงหน้า แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินนั้นยังมีการศึกษาน้อย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสำคัญมากเช่นกัน เนื่องจากในระยะก่อนการผ่าตัดโดยเฉพาะผู้ป่วยมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายคือ นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และอัตราการหายใจเร็วขึ้น มีอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน การรับรู้และการเผชิญปัญหาลดลง บางครั้งมีอาการปวดมากจนไม่สามารถสื่อสารได้ และมีผลกระทบด้านจิตใจคือเกิดความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้น (Heath, 1995; อัญญา สุทธิเสนา, 2548) ซึ่งความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยศัลยกรรมพบร้อยละ 60 – 80 ความวิตกกังวลที่เพิ่มสูงขึ้นมีผลต่อการตอบสนองทางด้านร่างกาย โดยมีภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีผลต่อการผ่าตัด ต้องใช้ยาระงับความรู้สึกเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการรับรู้ต่อความเจ็บปวดและความต้องการยาระงับอาการปวดหลังผ่าตัดมากขึ้น (Jiala et al, 2010) ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังผ่าตัดที่รุนแรงในช่วง 24 – 48 ชั่วโมง ทำให้รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย วุ่นวายใจ ไม่มีสมาธิ มีความสนใจลดลง และความปวดทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น (ประภาศรี จีระมงคล, 2536; เอมอร อุดุลโกศาทร, 2543; โสรัจญา สุริยันต์, 2545)

ในการลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดเป็นการเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีภายหลังการผ่าตัด ทำให้ระยะเวลาอนอนในโรงพยาบาลสั้นลงและรบกวนวิถีชีวิตของผู้ป่วยน้อยลง (Cand et al, 2008; Jlala et al, 2010) รวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินมีเวลาในการเตรียมตัวเพื่อรับการผ่าตัดน้อย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดตลอดจนหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญและท้าทายต่อทีมสุขภาพที่จะนำวิธีการต่างๆ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อจัดการอาการปวดและความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสมดุลในการผสมผสานการให้ยาและไม่ให้ยา ร่วมกับระบบ การรักษาพยาบาล ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งกาย อารมณ์ จิตและสังคม (ทัศนีย์ ทองประทีป , 2552) การรักษาด้วยวิธีทางแพทย์ทางเลือกเป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่ามาใช้ในการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการฝังเข็ม การนวด และชี่กง (Lee, Pittler & Ernst, 2007) โดยเฉพาะชี่กงเป็นการออกกำลังกายที่รวมท่าทางการเคลื่อนไหว การหายใจและสมาธิเข้าด้วยกัน เป็นการพัฒนาทักษะในการควบคุมพลัง พลังชีวิตในร่างกาย (Movahed, 2008) ซึ่งการบริหารกายจิตแบบชี่กง เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่สามารถทำได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง มีผลในการลดความวิตกกังวล (Oh et al, 2010; Johansson et al, 2008; NCCAM, 2008; กรกฎ สุวรรณอัคระเดชา 2551 , ชบา เรียนรัมย์ , 2551) ลดปวด (Yang et al, 2005) และลดการอักเสบ (Oh et al, 2010) ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาการบริหารกาย - จิตแบบชี่กงสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดของท้องแบบฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายซึ่งเป็นผลมาจากเกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย โดยเฉพาะการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ฮอโมน และภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น มีผลทำให้ชีพจรเต้นช้าลง หลอดเลือดผ่อนคลายตัว ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง (เทอดศักดิ์ เดชคง , 2547) จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลงและความปวดจะลดลงตามมา (Vaughn et al, 2007) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายจากการผ่าตัดเร็วขึ้น มีระยะเวลาอนอนโรงพยาบาลน้อยลง และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงซึ่งเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์ทางเลือกวิธีหนึ่งว่าจะมีผลต่อการลดความวิตกกังวลและลดความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดของท้องแบบฉุกเฉินหรือไม่ เพียงไร โดยกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้น การบริหารกาย-จิตแบบชี่กง และภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายสาเหตุตั้งที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่สาเหตุที่พยาบาลสามารถให้การดูแลได้คือการลดความวิตกกังวลและความปวดที่เกิดขึ้นซึ่งมีความสัมพันธ์กัน (Vaughn et al, 2007)

ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากกลัวในสิ่งต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับตนเองตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังการผ่าตัด มีประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้อง ไม่สุขสบายและปวดแผลผ่าตัด ซึ่งความวิตกกังวลจะมีผลกระตุ้นการทำงานของระบบซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เพิ่มการทำงานของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นและอวัยวะภายในช่องท้องมีการหดเกร็ง ทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณแผลหน้าท้องและอวัยวะภายในช่องท้องไม่ดี ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลทั้งภายในและภายนอกร่างกาย (รักษนก ชูเขียนและคณะ , 2552) นอกจากนี้การรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยลดลง บางครั้งมีอาการปวดมากจนไม่สามารถสื่อสารได้ (Heath, 1995; อัมภา สุทธเสนา, 2548) ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความปวดหลังผ่าตัด ความรุนแรงของความปวด และความต้องการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น (Ip et al, 2009) ส่งผลต่อความรู้สึกสภาพหลังการล่าช้า มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และความปวดที่เกิดขึ้นจะกลายเป็นความปวดเรื้อรังภายหลังการผ่าตัดในที่สุด (Burn & Moric, 2011) ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม แพทย์ต้องวางแผนการรักษา พยาบาลต้องประเมินและวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เช่น การลดความวิตกกังวลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายทำให้การรับรู้เพิ่มขึ้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด วิธีการระงับปวดที่ได้รับ การรายงานอาการปวด ผลการรักษา การฝึกปฏิบัติตัวเพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงอาการปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยาในกรณีที่อาการปวดไม่รุนแรง เป็นต้น การปฏิบัติตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดจะเป็นประโยชน์มาก นอกจากจะลดความวิตกกังวล ความกลัวแล้วยังสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ทำให้ลดการหลังของสารกระตุ้นอาการปวดและเพิ่มความทนต่ออาการปวด (Pain threshold) ซึ่งเป็นผลดีและลดการใช้ยาหลังผ่าตัดได้ นั่นคือเป้าหมายใน

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินให้ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว

ความปวดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด เป็นประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบาย เกิดจากการได้รับบาดเจ็บของใยประสาท Somatic ที่ผิวหนัง กล้ามเนื้อ และชั้น Fascia การตัดเนื้อเยื่อในบริเวณกว้าง หรือเนื้อเยื่อถูกดึงรั้งนานขณะทำการผ่าตัด นอกจากนั้นความปวดบริเวณผ่าตัดเพิ่มขึ้นจากการเย็บผิวหนัง การทำแผลที่รัดแน่นเกินไป การบวมของแผลในระยะการหายของแผล การติดเชื้อหรือการเกิดเลือดคั่งที่บริเวณแผลผ่าตัด (Phipps, Long & Woods, 1980) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวดมากกว่าการผ่าตัดชนิดอื่น ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการอาการปวดให้ลดลง จะมีผลต่อร่างกายและจิตใจ มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการจัดการความปวดและมีความวิตกกังวลสูงขึ้น ทำให้ระดับความปวดหลังการผ่าตัดมากขึ้น นอกจากนั้นความปวดจะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้การไหลเวียนของเลือดและการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง ความปวดยับยั้งการทำงานของประสาทเวกัส (Vagus nerve) ระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง ส่งเสริมให้เกิดภาวะท้องอืดมากขึ้น และความปวดทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว กล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหารคลายตัวอ่อนแรงเช่นกัน จึงเป็นสาเหตุของการแน่นอึดอัด ท้องผูก และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (ทิพวรรณ วัฒนเวช, 2545) ในการจัดการความปวดและการพยาบาล โดยใช้วิธีการควบคุมความปวดที่ครอบคลุมถึงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความปวดนั้นเป็นสิ่งสำคัญต่อความต้องการของผู้ป่วย (Sjoling et al, 2002; Lin & Wang, 2004) ซึ่งความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความปวด และเป็นปัจจัยทำนายความปวดหลังผ่าตัดมากที่สุด (Ip et al, 2009) ดังนั้นการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินต้องมีการจัดการกับความวิตกกังวลในระยะก่อนการผ่าตัด ซึ่งผลของความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดก่อให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดลดลง เกิดความผาสุกและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีแก่ผู้ป่วย (Hartsfield & Clopton, 1985) ซึ่งในการฝึกชี่กงก่อให้เกิดการผ่อนคลาย มีความสมดุลของพลังชีวิต ลดการหลั่งฮอร์โมนที่ทำให้เกิดความเครียด จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง (Horowitz, 2009; Lee et al, 2003)

ชี่กงเป็นการบริหารร่างกาย บริหารจิต และบริหารลมหายใจ ก่อให้เกิดสมาธิและการผ่อนคลาย เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ (สุรีพร ธนศิลป์, 2553) เป็นการรวมการเคลื่อนไหวอย่างช้า เข้ากับสมาธิ การผ่อนคลายและการหายใจผ่อนคลาย (Lee et al, 2003; Johnson & Hassmen, 2008) เมื่อผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายจะมีผลต่อสมองส่วนไฮโปทาลามัส จะลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายคือ ร่างกายมี

การใช้ ออกซิเจนลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง มีการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับของความดันโลหิต กรดแลคติกในเลือดลดลง และมีการหลั่งสารเอนโดรฟินจากต่อมใต้สมองกระจายไปสู่สมองส่วนไฮโปทาลามัส เป็นสารที่ก่อให้เกิดความสุข (Benson, 1976 อ้างในโสรัจญา สุริยันต์ , 2545) นั่นคือมีการหลั่งสาร Endorphin จะส่งเสริมจิตใจให้เข้มแข็งแจ่มใส ลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจและเพิ่มความสามารถในการทำงานต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้นมีการผลิตคอร์ติซอลน้อยลง จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง ความปวดจะลดลงตามมา (Vaughn et al, 2007)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดซึ่งมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชีกงขึ้น โดยแนวคิดการจัดการอาการ เน้นการจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและใช้ในการดูแลตนเอง (Self care) เน้นทักษะ ความรู้และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการอาการของตนเอง อาการดังกล่าว ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรที่มีสุขภาพรวมทั้งการจัดการอาการเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว โดยมีบุคลากรที่มีสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลผู้ซึ่งใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดนานมากกว่าบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ เป็นผู้รับผิดชอบส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้จัดการอาการของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยเน้น การดูแลแบบผสมผสานด้วยการบริหารกาย-จิตแบบชีกง ซึ่งชีกงเป็นการกระทำที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมอง จิตใจ ร่างกายและพฤติกรรมและความทรงจำภาพทางอารมณ์ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และพฤติกรรมส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง ให้บุคคลมีความตระหนักและมุ่งเสริมสร้างศักยภาพในการที่รู้จักตนเองและการดูแลตนเอง โดยมองว่าการเจ็บป่วยมิใช่เป็นเพียงความทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่เป็นโอกาสที่จะนำไปสู่การเติบโตพัฒนาและการยกระดับจิตใจของตนเอง โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ช่วยกระตุ้นและแนะนำ (วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2548)

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลหลังการทดลองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชีกงต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ความวิตกกังวลหลังการทดลองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้น การบริหารกาย-จิตแบบชีกง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ความปวดหลังผ่าตัดในเวลาต่างๆ กันของ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้น การบริหารกาย-จิตแบบซึ่กง ต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัด ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการจัดการ อาการที่เน้น การบริหารกาย-จิตแบบซึ่กงต่อ ความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบ ฉุกเฉินทั้งชายและหญิงอายุระหว่าง 18-59 ปี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมมากกว่า 3วัน ณ โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก และโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โดย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย และทำการ Match pair ในเรื่อง เพศ อายุ โรคและ ชนิดของการผ่าตัด โดยกลุ่ม ควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่ม ทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับ โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้น การบริหารกาย-จิต แบบซึ่กง

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กง

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลและความปวด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้น การบริหารกาย-จิตแบบซึ่กง หมายถึง กิจกรรม การพยาบาลอย่างเป็นระบบที่ผู้วิจัยจัดให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินเป็นรายบุคคล เน้น ความร่วมมือและการวางแผนในกิจกรรมระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยใช้แนวคิดการจัดการ อาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการบริหารกาย -จิตแบบซึ่กง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเริ่มจาก การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและลดการเฝ้าทางอารมณ์ ประเมินสภาพผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะ พุดคุยด้วยหรือไม่ พุดคุยซักถามถึงอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อรู้ว่าต้องได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน การรับรู้ เข้าใจและประเมินความรุนแรงของอาการ ปวดท้อง หรือผลกระทบต่อตนเอง

ประสบการณ์ในการจัดการกับอาการปวดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการปวดท้อง แนวทางการรักษาด้วยการผ่าตัดชนิดต่างๆ และปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้ตามความต้องการของผู้ป่วย ตามสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล และอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องและสามารถจัดการกับอาการ ความวิตกกังวลและอาการที่เกิดขึ้นได้ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และผลของการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลเพิ่ม เดิม โดยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการรบกวนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามจนเกิดความเข้าใจ นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล ผู้วิจัยพูดคุย ซักถามถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติตนเพื่อลดความปวดต่างๆและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้วิจัยสาธิตการฝึกด้วยท่าเตรียมและท่าฝึกซิงเกิ้ล 4 ท่า ให้ผู้ป่วยได้ฝึกไปพร้อมกันกับผู้วิจัย โดยแบ่งฝึกเป็น ก่อนการผ่าตัด ให้ฝึกการหายใจและฝึกท่าเตรียมใช้เวลา 15 นาที หลังการผ่าตัด 12 ชั่วโมง ทำการ ฝึกซิงเกิ้ล 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวงอก ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา โดยให้ผู้ผู้ป่วยนั่งฝึก ใช้เวลาฝึกประมาณ 15 นาที ถ้าในระยະนี้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่ไม่พร้อมต่อการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลใน 4 ท่านี้ ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยทำท่าเตรียมรวมกับการหายใจที่ถูกต้องใช้เวลา 15 นาที ในวันที่ 1-3 วันหลังการผ่าตัด กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลทั้ง 4 ท่า ใช้เวลา 15 นาทีและฝึกทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง ซึ่งในการฝึกเน้นการมีสมาธิ การเคลื่อนไหวของร่างกายที่สัมพันธ์กับการหายใจ ยืดหลักการเคลื่อนไหวเป็นวง (Roundness) ความนุ่มนวล (Softness) และหลักการยืดขยายออก (Extensiveness)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยผู้วิจัยประเมินถึงผลลัพธ์ของการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล สอบถามความรู้สึกและอาการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดปัญหาและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจหลังการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล รวมทั้งการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับอาการปวดและความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ชี้แจงปัญหาและอุปสรรค นำข้อมูลที่ได้ให้กับทีมสุขภาพนำไปใช้ในวางแผนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความคับข้องใจ ความขัดแย้งหรือความเครียด ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่น กลัว ไม่สบายใจและเป็นทุกข์ ซึ่งเกิดจากการคาดหวังต่อการผ่าตัด ประเมินโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเฉยใจ (The State Anxiety Inventory Form Y-1) ของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เขียมสุภาชิต และดารารวรรณ ตีะปินตา คะแนนรวมมากแปลว่า มีความวิตกกังวลสูง

ความปวด หมายถึง ประสบการณ์ การรับรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการบาดเจ็บ เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายที่แสดงออกถึงพฤติกรรมและความรู้สึกของบุคคลที่บอกถึงความปวดที่ยังคงมีอยู่ การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล โดยประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale; NRS) ของ Johnson มีระดับความปวดตั้งแต่ 0 – 10 คะแนนมากหมายถึงมีความปวดมาก

การผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน หมายถึงการผ่าตัด บริเวณช่องท้องที่เร่งด่วนโดยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ประกอบด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบหรือแตก ลำไส้ทะลุ กระเพาะอาหารทะลุ ลำไส้อุดตัน ไส้เลื่อนอุดตัน เยื่อช่องท้องอักเสบเฉียบพลันและอวัยวะในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ มีข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีอันตรายความเสี่ยงต่อชีวิตและอาจเกิดภาวะพิการขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่ ปลอดภัย ป้องกันการเสียชีวิตและลดการเกิดความพิการ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน โดยพยาบาลประจำการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นต้องผ่าตัดแบบฉุกเฉินได้แก่ การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบหรือแตก ลำไส้ทะลุ กระเพาะอาหารทะลุ ลำไส้อุดตัน ไส้เลื่อนอุดตัน เยื่อช่องท้องอักเสบเฉียบพลันและอวัยวะในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ การลงนามยินยอมรับการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก การให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัดหรือให้ต่อเนื่องหลังการผ่าตัดประมาณ 3 – 5 วัน ซึ่งแล้วแต่ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละคน การให้ยาระงับอาการปวดและยาลดอาการคลื่นไส้อาเจียน การมีแผลผ่าตัด การกระตุ้นให้ลุกเร็วและการให้ยาระงับอาการปวด ในการให้ข้อมูลรายบุคคลไม่มีการสอนหรือสาธิตอย่างมีแบบ

แผน และประเมินผลการปฏิบัติตนของผู้ป่วยภายหลังการให้ความรู้ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ถูกต้องหรือไม่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ครอบคลุมแบบองค์รวมซึ่งนำไปสู่ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดระยะเวลาอนโรนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาลให้มีประสิทธิผลมากขึ้น โดยเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งก่อน-หลังผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบการวิจัยสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง เพื่อศึกษา ผลของการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
2. ความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
3. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
4. บทบาทของพยาบาลในการลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน
5. การบริหารกายจิตแบบชี่กง
6. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

1.1 ความหมายของการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal surgery) เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้องโดยการตัดผ่านผนังหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไป เพื่อการตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาธิสภาพต่างๆ ที่เกิดกับอวัยวะในช่องท้องแล้วทำการเย็บปิดโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย การผ่าตัดช่องท้องมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ (Lamone and Bruke. 2000 ; นันทา เล็กสวัสดิ์. 2537)

1.1.1 การผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัย (diagnostic surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อหาสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การตัดเนื้อเยื่อส่งตรวจหาพยาธิสภาพของโรค การขูดเนื้อเยื่อส่งตรวจ เป็นต้น เพื่อให้แพทย์ประเมินการลุกลามของโรคได้แน่นอน เช่น การผ่าตัดสำรวจช่องท้องเพื่อดูอวัยวะต่างๆ ที่สงสัยว่าผิดปกติ เป็นต้น

1.1.2 การผ่าตัดเพื่อการรักษา (curative surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อเอาอวัยวะ หรือส่วนที่เป็นโรคออก หรือซ่อมแซมตกแต่งอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่างๆ เพื่อช่วยให้สามารถทำหน้าที่ และกลับคืนสู่สภาพให้มากที่สุด เช่น การผ่าตัดเอาไส้ติ่งออก

1.1.3 การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ (palliative surgery) เป็นการผ่าตัดที่ช่วยให้อาการต่างๆของผู้ป่วยทุเลาลง แม้จะไม่สามารถรักษาอวัยวะส่วนที่เป็นโรคนั้นได้ เช่น การทำ gastostomy ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งหลอดอาหาร

1.1.4 การปลูกถ่ายอวัยวะ (transplantation surgery) เป็นการผ่าตัดเอาอวัยวะใหม่เข้าไปทดแทนอวัยวะเดิมที่เสื่อมสภาพ เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนไต การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ เป็นต้น

1.1.5 การผ่าตัดเพื่อสร้างอวัยวะขึ้นมาใหม่ (constructive surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อสร้างอวัยวะที่ไม่มีมาแต่กำเนิด เช่น การเย็บพาดานโหว่

1.1.6 การผ่าตัดเพื่อสร้างอวัยวะทดแทน (reconstructive surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อสร้างเนื้อเยื่อ หรืออวัยวะขึ้นมาใหม่เพื่อทดแทนเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่ถูกทำลาย เช่น การผ่าตัดปะผิวหนัง การผ่าตัดใส่ข้อเทียม เป็นต้น

1.2 โรคที่ต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องเฉียบพลันมักมีพยาธิสภาพและการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา ภายในช่องท้อง ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม (วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล และ ดรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์, 2545; สุรวิรัตน์ ศรีสวัสดิ์, 2549; Smith & Lobo, 2008 อ้างอิงในสิริมินต์ ดำริห์, 2553) คือ

1.2.1. การอักเสบ (Inflammation) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อล้างทำความสะอาด หรือเอาหนองออก โรคที่จัดอยู่ในกลุ่มของการอักเสบ เช่น แผลกระเพาะอาหารทะลุ (Peptic ulcer perforate) ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis) ลำไส้เล็กทะลุ (Small intestine perforate) ลำไส้ใหญ่ทะลุ (Large intestine perforate) ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute cholecystitis) ทางเดินน้ำดีอักเสบ (Ascending Cholangitis) ตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis) ลำไส้ใหญ่ส่วนที่โป่งเกิดการอักเสบ (Meckel's diverticulitis) เยื่อช่องท้องอักเสบ (Retroperitoneal abscess) เป็นต้น

1.2.2 การอุดตัน (obstruction) ซึ่งจำเป็นต้องแก้ไขสาเหตุของการอุดตันเพื่อให้การไหลผ่าน และการระบายภายในของลำไส้ และเพิ่มการนำเลือดไปเลี้ยงส่วนของลำไส้ สาเหตุของการอุดตัน เช่น ลำไส้เล็กอุดตัน (small intestine obstruction) ลำไส้ส่วนซิกมอยด์บิดตัว (Sigmoid volvulus) เป็นต้น (Macutkiewicz & Carlson, 2008)

1.2.3 การตกเลือด (Hemorrhage) ที่ไปกดหรือเพิ่มแรงดันในช่องท้องจนเกิดอาการปวดซึ่งนอกจากอาการปวดแล้วผู้ป่วยที่มีการตกเลือดยังอาจมีอาการแสดงของ

ภาวะช็อกร่วมด้วย สาเหตุของการแตกเลือด เช่น การแตกของมะเร็งตับ (Rupture hepatocellular carcinoma), หลอดเลือดแดงโป่งพองในท้องแตก (Ruptured aortic aneurysm), หลอดเลือดแดงม้ามแตก (Ruptured splenic artery aneurysm) เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (UGIH) เป็นต้น

1.2.4 การขาดเลือด (Vascular occlusion) เป็นอาการที่เกิดจากการอุดตัน การขาดเลือดของอวัยวะภายในช่องท้อง ส่วนใหญ่จะพบในอวัยวะที่เป็นท่อกลวง เช่น การอักเสบของลำไส้ (Necrotizing enteritis) ลำไส้ขาดเลือดหรือตายเน่า (Bowel ischemia or gangrene) (Oldenburg, Lau, Rodenberg, Edmonds, & Burger, 2004)

1.3 ลักษณะสำคัญของอาการปวดท้อง

อาการปวดที่เกิดขึ้นภายในช่องท้องจะมีลักษณะที่แตกต่างกัน เนื่องจากความซับซ้อนของระบบประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดที่เลี้ยงอวัยวะต่างๆ ภายในช่องท้องซึ่งโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ visceral pain และ parietal pain

Visceral pain เป็นความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดจาก afferent C fibres ที่เลี้ยงอยู่บนผิวของ hollow viscera และ capsule ของ solid organs ซึ่งสามารถถูกกระตุ้นด้วย distension, inflammation, ischemia หรือ malignant infiltration โดยมีลักษณะเฉพาะที่เป็นความรู้สึกเจ็บปวดแบบที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ตื้อ ๆ ไม่สามารถชี้บอกจุดที่เจ็บปวดได้ชัดเจน

Parietal pain เป็นความรู้สึกเจ็บปวดชนิด somatic ซึ่งเกิดจากทั้ง afferent C และ AS nerve fibres โดยมีลักษณะเฉพาะที่สามารถรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดที่ชัดเจนและบอกถึงตำแหน่งที่เจ็บปวดได้ดี การระคายเคืองโดยตรงต่อ parietal peritoneum จาก inflammation, pus, bile, urine หรือ gastrointestinal secretions จึงช่วยให้แพทย์สามารถสืบค้นหาตำแหน่งและสาเหตุของโรคได้

Referred pain เป็นการปวดที่เกิดห่างจากจุดที่มีการกระตุ้นให้เกิดอาการปวด อาการปวดมักจะเกิดตามเส้นประสาทที่มาสัมผัสบริเวณนั้นๆ เช่น การระคายเคืองต่อกระบังลม เช่น จาก abscess inflammation จะทำให้เกิดความรู้สึกปวดบริเวณหัวไหล่ข้างเดียวกัน การปวดหัวไหล่สองข้างนี้ถึงการระคายเคืองบริเวณ medium part ของ diaphragm โรคถุงน้ำดีทำให้เกิดอาการปวดบริเวณสะบัก (Scapula) ประวัติการมี referred pain ตำแหน่งหรือลักษณะอาการปวดจะมีส่วนช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ (รณรัฐ สุวิริยะปกรณกุล, 2548)

1.4 สาเหตุของอาการปวดท้องเฉียบพลัน

สาเหตุของอาการปวดท้องเฉียบพลันที่เป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน เมื่อแยกตามการวินิจฉัยโรคและพบบ่อยมีดังนี้

1.4.1 ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอายุน้อยอยู่ในวัยระหว่าง 15-30 ปี พบในผู้หญิงและผู้ชายเท่ากัน ผู้ป่วยอาจให้ประวัติว่ามีอาการปวดท้องทั่ว ๆ ไป โดยเริ่มต้นที่บริเวณรอบสะดือ หรือบริเวณลิ้นปี่ ปวดตื้อ ๆ ตลอดเวลา อาการปวดเป็นมากขึ้นขณะขยับตัวหรือเดิน ส่วนใหญ่จะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ หรืออาเจียนร่วมด้วย ภายในระยะเวลา 12 ชั่วโมงแรก ไม่ค่อยพบว่ามีไข้ ระยะต่อมาผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องชัดเจนมากขึ้น โดยสามารถบอกตำแหน่งที่ปวดว่าเคลื่อนย้ายมาอยู่ที่บริเวณท้องน้อยข้างขวาในตำแหน่งที่เรียกว่า McBurney's point หากผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยและผ่าตัดรักษาอย่างทัน่วงทีโดยทั่วไปภายในเวลา 24 ชั่วโมง โอกาสที่จะเกิดการแตกของไส้ติ่งมีสูงมากและมีการแพร่กระจายของหนองหรืออุจจาระออกไปโดยรอบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ peritonitis ซึ่งถึงตอนนั้นผู้ป่วยมักจะมีไข้จากภาวะ septicemia ผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะถ้าไส้ติ่งอยู่ในตำแหน่ง pelvic type อาจจะมีอาการท้องร่วงร่วมด้วยจากการที่มี irritation rectosigmoid colon เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น acute appendicitis แพทย์ควรจะรีบดำเนินการ resuscitate ผู้ป่วยให้พร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัดให้เร็วที่สุด เนื่องจากหากปล่อยให้พยาธิสภาพดำเนินต่อไปไส้ติ่งอาจจะแตกทะลุทำให้มีการแพร่กระจายของหนองและอุจจาระเข้าไปในช่องท้องจนเกิด peritonitis หรือถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาครึ่ง ๆ กลาง ๆ ด้วยยาปฏิชีวนะ จะเกิดเป็น appendicial mass หรือ abscess ได้ อันเป็นภาวะที่มีความยุ่งยากในการรักษา และเพิ่ม morbidity เช่น wound infection ให้กับผู้ป่วย จากร้อยละ 3 ในผู้ป่วย uncomplicated appendectomy เป็นร้อยละ 47 ในผู้ป่วย ruptured appendicitis และ mortality จากร้อยละ 0.06 ในผู้ป่วย uncomplicated appendectomy เมื่อเทียบกับร้อยละ 3 ในผู้ป่วย ruptured appendicitis

1.4.2 ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (Acute cholecystitis) ภาวะอักเสบเฉียบพลันของถุงน้ำดี เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดของโรคนี้ในถุงน้ำดี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศหญิง วัยกลางคน จะเริ่มมีอาการปวดท้องบริเวณชายโครงข้างขวาหรือบริเวณลิ้นปี่ อาการปวดท้องที่เกิดขึ้นอาจเป็นทันทีทันใด อันเป็นผลมาจากการที่นิ่วในถุงน้ำดีเข้ามาอุดกั้นที่ cystic duct หรือ impaction ของก้อนนิ่วขนาดใหญ่ใน Hartmann's pouch และต่อมาก็จะเกิดการอักเสบของถุงน้ำดีตามหลังภาวะ stasis ของ biliary passage ในการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่มีการอักเสบ

เจ็บปวดของถุงน้ำดี สามารถทำได้ทันทีเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพพร้อม ไม่จำเป็นต้องรอให้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลา 72 ชั่วโมง เมื่ออาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจึงค่อยผ่าตัดเพราะจะเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น โดยที่ผลการรักษาปลอดภัยเหมือนการผ่าตัดเมื่อทำเป็น elective surgery ภายหลัง การผ่าตัด จะทำได้โดยวิธี opened cholecystectomy หรือโดยการส่องกล้อง (laparoscopic cholecystectomy) หากมีอาการนานเกินกว่า 72 ชั่วโมง โอกาสที่จะทำการผ่าตัด laparoscopic cholecystectomy เป็นไปด้วยความยากลำบาก อาจรักษาในระยะเริ่มแรกด้วย systemic antibiotics จนกว่าการอักเสบจะลดลงและนัดผู้ป่วยมาทำการผ่าตัดภายหลัง

1.4.3 ผลกระทบอาหารทะเล (Peptic Ulcer Perforation) เป็นภาวะ acute abdomen ที่พบได้บ่อยเช่นเดียวกับไส้ติ่งอักเสบเจ็บปวด ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องขึ้นมาแบบทันทีทัน โดยเริ่มปวดบริเวณลิ้นปี่ก่อนแล้วจึงลุกลามออกไปทั่วในท้อง เนื่องจาก gastric content ที่ไหลออกมา มีความเป็นกรดอย่างมาก ทำให้อาการแสดงของ peptic ulcer perforation มักจะรุนแรงชัดเจนโดยมี signs ของ peritonitis อันได้แก่ tenderness, rebound tenderness, guarding หรือ rigidity ผู้ป่วยมักจะมีประวัติการได้รับยาแก้ปวดประเภท aspirin หรือ nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAIDS) มาก่อน โดยกลุ่มอายุที่พบได้บ่อยคือ กลุ่มคนวัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด peptic ulcer disease

1.4.4 ภาวะลำไส้อุดตัน (Intestinal Obstruction) เป็นภาวะ acute abdomen ที่พบได้บ่อย ทั้งในผู้ป่วยที่เคยหรือไม่เคยได้รับการผ่าตัดช่องท้องมาก่อน ในรายที่เคยได้รับการผ่าตัดช่องท้องมาก่อน มักจะมีสาเหตุมาจาก adhesion bands ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มี small bowel obstruction ร้อยละ 60-70

อาการและอาการแสดงของ small bowel obstruction ที่สำคัญได้แก่

- 1) Pain ซึ่งจะนำมาเด่นชัดในผู้ป่วย small bowel obstruction เป็น colicky pain ส่วน large bowel obstruction จะไม่ชัด
- 2) Distention จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ level ของ obstruction ถ้าเป็น lower small bowel หรือ large bowel obstruction จะมีท้องอืดมาก
- 3) Nausea and vomiting จะมีในระยะแรกของ small bowel obstruction
- 4) Obstipation หรือ Constipation จะบอกถึงการอุดตันว่าเล็กน้อย ถ้าไม่มีการถ่ายอุจจาระเลยใน 12 ชั่วโมง ให้นึกถึง complete obstruction

โดยทั่วไป intestinal obstruction แบ่งทางคลินิกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. Simple intestinal obstruction เป็นภาวะการอุดตันของลำไส้ที่ยังคงมี blood

supply เพียงพอไปหล่อเลี้ยงลำไส้ได้ ถ้าหากภาวะ obstruction ไม่ได้รับการแก้ไข ความรุนแรงของโรคก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อย จนเกิด intestinal ischemia หรือ gangrene ต่อไปได้

2. Strangulated intestinal obstruction เป็นภาวะการอุดตันของลำไส้ที่มีความรุนแรงจนกระทั่งลำไส้ขาด blood supply ไปหล่อเลี้ยง และเกิด ischemia หากปล่อยไว้นาน ๆ เข้าก็จะกลายเป็น bowel gangrene ในที่สุด

เป้าหมายในการรักษา คือการกำจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะ intestinal obstruction ให้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของโรค จาก simple ไปเป็น strangulated intestinal obstruction โดยที่ลำคัมที่สำคัญที่สุดก็คือ การสังเกตดูอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยมาไว้ในโรงพยาบาลติดตามผู้ป่วยใกล้ชิดและประเมินผู้ป่วยซ้ำบ่อยๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรกจะสามารถให้การวินิจฉัยและหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และที่สำคัญคือ จะต้องสามารถตัดสินใจนำผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดได้ในเวลาที่เหมาะสม

1.4.4 เยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ซึ่งมีสาเหตุของการเกิดแยกเป็น 2 ชนิด คือ

1.4.4.1 การอักเสบที่ไม่พบแหล่งของต้นเหตุชัดเจน (primary peritonitis) มักพบได้ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมาก่อนแล้วเชื้อโรคกระจายไปเยื่อ ช่องท้องทางกระแสโลหิต มักพบในรายที่มีน้ำคั่งในช่องท้อง เช่น ตับแข็งจากพิษสุราเรื้อรังและมีน้ำในช่องท้อง อาการอาจเริ่มจากค่อยเป็นค่อยไป หรือฉับพลัน โดยจะปวดทั่วๆท้องร่วมกับมีไข้สูง หนาวสั่น

1.4.4.2 การอักเสบของเยื่อช่องท้องจากที่มีแหล่งการอักเสบจากอวัยวะในช่องท้อง (secondary peritonitis) และเกิดการปนเปื้อนเข้าสู่เยื่อ ช่องท้อง เช่น ไล่ตั้ง อักเสบแตก แผลกระเพาะอาหารทะลุ ถุงน้ำดีอักเสบเป็นหนอง ลำไส้เน่าตายจากการขาดเลือด เป็นต้น (บริดา สัมฤทธิ์ประดิษฐ์, 2549) เยื่อช่องท้องที่อักเสบรุนแรงจะทำให้ลำไส้บีบตัวน้อยลง จนหยุดการเคลื่อนไหว (paralytic ileus) เป็นผลให้เกิดการคั่งของสารเหลวและลม ส่งผลให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัวเพื่อเพิ่มการไหลเวียน ผนังหลอดเลือดยอมให้สารเหลวซึมผ่านมาก (permeability) สารน้ำจึงออกจากหลอดเลือดมาเนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ (third space) ทำให้กระเพาะอาหาร ลำไส้โป่งพอง เกิดเป็นภาวะท้องอืด ปวดและแน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก เมื่อสูญเสียน้ำเข้าสู่เนื้อเยื่อระหว่างเซลล์มากๆ จะทำให้ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนลดลง (hypovolemia) และเกิดภาวะช็อก (Skipworth, & Fearon, 2007; Smeltzer et al., 2008)

1.4.4.3 ผนังลำไส้ใหญ่ส่วนที่ยื่นผิดปกติอักเสบเฉียบพลัน (Acute

Colonic Diverticulitis) โรคนี้พบได้บ่อยในคนสูงอายุ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่พบที่ตำแหน่งลำไส้ใหญ่ทางด้านซ้าย โดยเฉพาะที่บริเวณ sigmoid colon ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดท้องหรือท้องเสีย เป็น ๆ หาย ๆ อันเกิดจากการอักเสบมาก่อน แล้วต่อมามีอาการปวดท้องอย่างทันที มักจะเป็นที่บริเวณท้องน้อยด้านซ้าย อาจจะมีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน หรือ ท้องเสียร่วมด้วย เมื่อตรวจร่างกายจะพบว่า มี tenderness ที่บริเวณดังกล่าว บางครั้งอาจจะพบว่า มี localized peritonitis หรือ คลำก้อนได้จากการที่มี perforation

1.4.4.4 การแตกทะลุของมะเร็งภายในช่องท้อง (Perforation of Carcinoma) ผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งอยู่และมีอาการปวดท้องอย่างเฉียบพลัน ควรจะต้องนึกถึงว่ามี การแตกหรือทะลุของอวัยวะที่มีโรคมะเร็งอยู่ ที่พบได้บ่อย คือ มะเร็งของลำไส้ใหญ่ ที่มีการอุดตัน จึงเกิดการแตกทะลุ และมีอุจจาระไหลเข้าสู่ช่องท้อง เกิดเป็น peritonitis หรือหากอวัยวะมีขนาดเล็กก็มักจะกลายเป็น localised abscess ไป รักษาประกอบไปด้วยการตัดก้อนมะเร็งออก ถ้าทำได้ และต่อลำไส้เข้าหากัน ในกรณีที่มี contamination ไม่มากนัก หรือมิฉะนั้นก็ทำเป็น loop หรือ double end colostomy เอาไว้ก่อน พร้อมทั้งล้างช่องท้องให้สะอาด และใส่ท่อระบายตามความเหมาะสม

1.4.5 ภาวะลำไส้บิดตัว (Volvulus) พบได้บ่อยที่บริเวณ sigmoid colon มักจะพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ร่วมกับมีอาการท้องอืดเป็นอย่างมาก ไม่สามารถถ่ายอุจจาระหรือ ผายลมได้ การส่งตรวจ plain film abdomen สามารถช่วยในการวินิจฉัยได้ โดยจะเห็น dilated loop of sigmoid colon ขนาดใหญ่มาก มีขั้วถูกรัดอยู่ทางด้านล่าง อันเป็นลักษณะเฉพาะตัวที่ เรียกว่า 'coffee bean appearance' ถ้ายังไม่มียลักษณะของ strangulation การทำ sigmoidoscopy อาจจะช่วย release obstruction ได้ในระยะแรก และคาท่อ rectal tube เอาไว้ เพื่อเป็นการ decompression หลังจากนั้นจึงนำผู้ป่วยไปผ่าตัดเป็น elective case ภายในการรักษาครั้งเดียวกัน เพื่อทำ sigmoidectomy โดยตัด sigmoid colon ส่วนที่ redundant ออกไปเป็นการลดอัตราเสี่ยงได้เป็นอย่างดี

1.4.6 หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองแตก (Ruptured Aortic Aneurysm) ภาวะโป่งพองของหลอดเลือดแดง aorta เป็นภาวะอันตรายมากอย่างหนึ่ง ที่ผู้ป่วย มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลัน ผู้ป่วยมักจะเป็นผู้สูงอายุ มีอาการปวดท้องอย่างทันทีทันใดและมักจะคลำได้ก้อนที่บริเวณท้อง อาการปวดท้องจะปวดร้าวไปด้านหลัง อาการจะมี หรือไม่มีภาวะ hypovolemic shock ร่วมด้วยก็ได้ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและอาการของรูรั่ว ควรให้ความสำคัญกับก้อนที่ท้องร่วมกับอาการปวดโดยการตรวจอย่างละเอียด จะสังเกตพบว่าก่อน

ดังกล่าวมี pulsatile และอาจจะฟังได้เสียง bruit ร่วมด้วย หากผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉิน โดยที่ยังไม่มีอาการ shock ควรที่จะรับนำผู้ป่วยไปทำ CT Scan ของ abdomen เพื่อประเมินตำแหน่ง ขนาด และสถานภาพของ aortic aneurysm ว่ามี dissecting หรือ leaking ของผนังหลอดเลือดหรือไม่ เพื่อวางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน

จากข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน จะเห็นว่าผู้ป่วยมีลักษณะการเจ็บป่วยที่รุนแรง มีอาการที่นำมา คือ อาการปวดท้องที่รุนแรงและเฉียบพลัน ไม่สุขสบายและมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้อง รวมทั้งใน การรักษา ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นไป อย่างเร่งด่วนด้วยการผ่าตัดเปิดช่องท้อง จึงทำให้พยาบาลและทีมสุขภาพมีข้อจำกัดในการเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ส่งผลให้ความปวดที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดลง ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

1.5 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน มีการเจ็บป่วยรุนแรงแบบทันทีทันใด ทำให้มีเวลาในการเตรียมตัวน้อย การเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญเหตุการณ์ และไม่ได้รับการฝึกปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด การผ่าตัดที่ได้รับเป็นการผ่าตัดใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด (บรรจบ อินทรสุขศรี, 2542; LeMone & Burke, 2000 อ้างอิงในสิริมนต์ ดำริห์, 2553) ดังรายละเอียด

1.5.1 ด้านร่างกาย ผลกระทบด้านร่างกายที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง คือความทุกข์สบายที่ลดลง ซึ่งเป็นผลจากอาการปวดแผลผ่าตัด ภาวะอ่อนล้า และคุณภาพการนอนหลับที่ลดลง รายละเอียดดังนี้

1.5.1.1 อาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งเป็นอาการปวดแบบเฉียบพลัน (acute pain) เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการลงมีด แล้วเกิดการแปลงสัญญาณ (transduction) ไปยังหน่วยรับรู้อาการปวดของเนื้อเยื่อ (nociceptors) ที่ปลายประสาท (free nerve ending) และหลังสารสื่อประสาทไปรบกวนการไหลเวียนของเลือดสู่เนื้อเยื่อ ทำให้เกิดการเกร็ง บวม (Boehline & Marek, 2003) จากนั้นเกิดการหลั่ง inflammatory mediators ได้แก่ ฮิสตามีน (histamine) สารพี (substance P) แบริคติน (bradykinin) ซีโรโทนิน (serotonin) และ โพรสตาแกรนดิน อีทู (prostaglandin E2) ทำให้ปลายประสาทบริเวณแผลมีความไวมากขึ้น (peripheral หรือ primary sensitization) ทำให้ปวดแผลผ่าตัด ขณะเดียวกันสัญญาณประสาท

จากบาดแผลหรือบริเวณที่บาดเจ็บจะส่งผ่านเส้นประสาทซีไฟเบอร์ (C fiber) เข้าไปยังไขสันหลัง กระตุ้นเซลล์ประสาทไขสันหลังระดับนั้นหรือระดับใกล้เคียง เกิดการตื่นตัวและปล่อยกระแสประสาทหมุนเวียน กระตุ้นซึ่งกันและกันทำให้มีความไวเพิ่มมากขึ้น (central หรือ secondary sensitization หรือ secondary hyperalgesia) ส่งผลทำให้เกิดความปวดเพิ่มขึ้น (พงศภารดี เจา ฑะเกษตริน และก้องเกียรติ กุณท์กันทรากกร, 2547; Weber & Kellel, 2007) ความปวดก่อให้เกิด ความทุกข์ทรมาน ทำให้สุขภาพจิตเสื่อมถอย หงุดหงิด ท้อแท้ ความสามารถในการควบคุมตนเอง ลดลง ผู้ป่วยที่ปวดแผลผ่าตัดมากจะไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะท้องอืด ลำไส้ไม่ทำงาน ปัสสาวะคั่งค้าง ปอดแฟบ (Porth, 2005) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้ระยะเวลาในการฟื้นตัวยาวนานขึ้น (Boehnlne & Marek, 2003)

1.5.1.2 ภาวะอ่อนล้าหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นอาการอ่อนเพลียของร่างกาย

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะมีภาวะอ่อนล้าปานกลางในระยะ 24-48 ชั่วโมง แรก ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะอ่อนล้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ ความเข้มข้นของเม็ด เลือดแดงที่ต่ำ ค่าอิเล็กโตรลิตที่ผิดปกติทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ความปวด ภาวะไข้ และการพักผ่อนไม่เพียงพอ (Bunnag, 2004; Munson, 2000) ภาวะอ่อนล้าที่เกิดขึ้นส่งผลให้การ กลับสู่ภาวะปกติของร่างกายหรือการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้า (Werner et al., 2005; Wu et al., 2005)

1.5.1.3 คุณภาพการนอนหลับลดลง เป็นผลจากการทำงานของ

reticular activating system (RAS) ซึ่งอยู่เหนือก้านสมองและ bulbar synchronizing region (BRS) ซึ่งอยู่ที่พอนส์ (pons) และสมองส่วนหน้า (medial forebrain) โดย reticular activating system จะรับความรู้สึกต่างๆ เช่น แสง สี เสียง สัมผัส ความปวด เพราะในภาวะเจ็บป่วยบุคคลจะ ทนต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ได้น้อยกว่าในภาวะสุขภาพดี (Pasero, 2003) ทำให้รบกวนการนอนหลับ ผู้ป่วยอาจมีอาการนอนหลับยาก ตื่นบ่อย และนอนต่อไม่หลับ (Gogenur, Bisgaard, Burgdorf, van Someren, & Rosenberg, 2009; Roark, 2003) ผลจากอารมณ์ ความรู้สึก สารสื่อประสาท เช่น นอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) และแกมมา กรามมาอะมิโนบิวทิริก (gamma aminobutyric acid: GABA) ทำให้เกิดการตื่นตัว และ bulbar synchronizing region ลดการหลั่งสารซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้ร่างกายผ่อนคลาย และเกิดการหลับเมื่อ ผู้ป่วยหลับพักผ่อนไม่เพียงพอร่างกายจะเพิ่มการหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) กลูคา กอน (glucagon) และคอร์ติซอล (cortisol) เมลาโทนิิน ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ยับยั้งการ

สังเคราะห์โปรตีน ระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง ขัดขวางกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ และการสร้างพลังงานเพื่อนำไปใช้ในการทำงานของระบบต่างๆของร่างกาย (Munson, 2000)

1.5.2 ด้านจิตสังคม ผู้ป่วยผ่าตัดแบบฉุกเฉินต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด เมื่อทราบว่าต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัด วิตกกังวลกับภาวะเจ็บป่วย (Girard, 2008) และผลของการรักษา (Karanci & Dirik, 2003) ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงขณะเคลื่อนไหวร่างกาย (Pasero, 2003; Gelinas, 2004) จะรู้สึกปวดแผลมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย และไอ (Werner et al., 2005) ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมยกขยับตัว และผู้ป่วยที่ไม่มีทักษะในการขยับตัวเพื่อป้องกันอาการปวดจะต้องการยาระงับอาการปวดเพิ่มขึ้น (Joanna Briggs Institute, 2004) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัดในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรก นอนหลับพักผ่อนได้น้อย (ปีสันธน์ ลิขิตกำจร, 2546; Pasero, 2003; Riangkam, 2007) เกิดความอ่อนล้า (Bunnag, 2003) จะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความสามารถในการควบคุมตนเองและเผชิญกับความปวดลดลง รวมถึงขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจึงมักหายใจตื้นๆ เคลื่อนไหวร่างกายน้อย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องจะเคลื่อนไหวร่างกายโดยการลุกนั่งไม่สม่ำเสมอ โดยจะเคลื่อนไหวร่างกายโดยการลุกนั่งบ่อยที่สุดในช่วงเวลาเช้า ส่วนช่วงเวลากลางและเย็นจะลุกนั่งน้อยลง (Browning, Denehy, & Scholes, 2007) ซึ่งการเคลื่อนไหวน้อย หรือเริ่มการเคลื่อนไหวช้า จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Grocott et al., 2007) โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องอกและช่องท้อง ผู้ป่วยมีการหายใจช้าลง ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอด ท้องอืดและเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน (Bonica & Benedetti, 1980) ความปวดที่มีความรุนแรงและต่อเนื่องทำให้เกิดความวิตกกังวล การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การอยากอาหารลดลง (Shafer, Sawyer, McCLUSKEY, & Beck, 1961) หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมผู้ป่วยอาจสูญเสียความมั่นใจและพลังใจที่ไม่สามารถควบคุมความปวดที่เกิดขึ้นได้ (Moser et al., 2003) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินจึงมีความต้องการการดูแลในด้านการใช้ยาระงับปวด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งต้องการคำแนะนำ กำลังใจจากพยาบาลในระดับสูง (อัญชนี ศิริ, 2549) นอกจากนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการรักษาพยาบาล (Karanci & Dirik, 2003)

จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ทำให้เกิดผลกระทบหลายอย่าง ถ้าหากผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสมแล้ว จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด พยาบาลซึ่งเป็น

บุคคลกรที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าบุคคลอื่นในที่มสุขภาพ จึงมีหน้าที่สำคัญในการส่งเสริม สนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ มีความวิตกกังวลและความปวดลดลง รวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุข

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

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

1.6.1 ระยะก่อนผ่าตัด คือ เวลาตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดและรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล เข้าสู่หอผู้ป่วยจนกระทั่งส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดซึ่งเป็นช่วงเวลาของการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจรวมถึงการอนุญาตผ่าตัดด้วย การให้การพยาบาลในระยะนี้ จึงประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การสอนก่อนผ่าตัด การเตรียมผิวหนังที่จะผ่าตัดและการซักถามข้อมูลต่างๆ เพื่อการผ่าตัด การส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดและการพยาบาลผู้ป่วยในห้องรอผ่าตัด เป็นต้น

1.6.2 ระยะผ่าตัด คือ ช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถูกนำเข้าห้องผ่าตัดสู่เตียงผ่าตัด จนกระทั่งการผ่าตัดเสร็จและถูกนำมาสังเกตอาการในห้องพักฟื้น การพยาบาลในระยะผ่าตัดนี้พยาบาลต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย การจัดทำผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึก จึงต้องมีการแก้ไขและติดตามประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ ระบบหัวใจ และหลอดเลือดอย่างใกล้ชิด ขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น เป็นการดูแลของพยาบาลห้องผ่าตัด วิชาศัลยกรรมพยาบาล แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

1.6.3. ระยะหลังผ่าตัด คือ ช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถูกนำกลับสู่หอผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การพยาบาลในระยะนี้ประกอบด้วย การประเมิน สภาพอาการของผู้ป่วยตามวิธีการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ ชนิดของยาระงับความรู้สึก อาการเปลี่ยนแปลงภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก การตรวจวัด สัญญาณชีพและการเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น โดยการให้การพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและในระยะต่อมาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นและ สามารถประเมินอาการผิดปกติได้ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและ มีการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจ ซึ่งสามารถแบ่งระยะการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เป็น 2 ระยะตามการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัด (Moe, 2003; Perry & Potter, 2005) ดังต่อไปนี้

1.6.3.1 ระยะเวลาหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดทันที (immediate recovery period) เป็นระยะที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทันทีจนถึงการได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น เป็นเวลา 1-2 ชั่วโมงก่อนย้ายกลับไปดูแลที่หอผู้ป่วยเดิม เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและการดูแลจากทีมผ่าตัดอย่างใกล้ชิด ซึ่งต้องอาศัยอุปกรณ์พิเศษโดยเฉพาะ

1.6.3.2 ระยะเวลาหลังผ่าตัด (postoperative period) เป็นระยะที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด 1 วันหรือมากกว่า โดยผู้ป่วยจะถูกส่งตัวจากห้องผ่าตัดมายังห้องพักฟื้นจนกระทั่งอาการและอาการแสดงอยู่ในภาวะที่คงที่ไม่มีเปลี่ยนแปลง ถูกส่งตัวให้ไปกลับไปที่หอผู้ป่วยหลังผ่าตัด ช่วงระยะเวลานี้เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัดปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดช่องท้อง

เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยได้รับรู้และสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในขณะที่ผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดได้ ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการผ่าตัด ผลการผ่าตัด เป็นต้น โดยให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดดังนี้

1.7.1 การเตรียมพร้อมทางด้านร่างกาย (physical preparation)

การเตรียมและการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไปก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนผ่าตัด

1.7.1.1 การเตรียมผู้ป่วยโดยทั่วไป

- การประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อดัชนีหาความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นประกอบด้วย การซักประวัติรวบรวมข้อมูลอย่างครอบคลุมได้แก่ อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน รวมทั้งโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติยาตามสลบ และการผ่าตัดที่เคย ประวัติการใช้ยาและอาการแพ้ที่เคยใช้รักษา อาการที่แสดงว่ามีพยาธิสภาพของระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจลำบากไอเรื้อรัง เสมหะมาก หอบเหนื่อย และประวัติสูบบุหรี่ ผลการตรวจพิเศษ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- การตรวจร่างกาย ควรจะประเมินสภาพโดยตรวจร่างกายของผู้ป่วยทุกระบบ

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการบันทึกและติดตามผลการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจเลือด CBC (complete blood count) การตรวจหาระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือด การตรวจหากลุ่มเลือด (blood grouping) และการเตรียมเลือด

ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดใหญ่และที่คาดว่าจะมีการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด การตรวจเลือดเพื่อประเมินภาวะการทำงานของไตในผู้ป่วยเฉพาะราย การตรวจปัสสาวะ (urine alysis) เพื่อวิเคราะห์ความผิดปกติในระบบทางเดินปัสสาวะ

- การเอ็กซเรย์ทรวงอก (chest x-ray) เพื่อตรวจดูปัญหาในระบบทางเดินหายใจที่อาจมีอยู่ก่อน ดูแลให้ได้รับการตรวจและติดตามตรวจสอบผลการตรวจให้พร้อมก่อนการผ่าตัด
- การตรวจวัดสัญญาณชีพ (vital signs) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัด และการประเมินสภาพอาการผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันเวลาที่
- การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) กรณีที่ผู้ป่วยอายุเกิน 40 ปีขึ้นไป
- การเตรียมใบยินยอมผ่าตัดใบอนุญาตให้แพทย์ผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายก่อนที่จะผ่าตัด จะต้องลงนามในใบยินยอมการผ่าตัด ทั้งนี้เพื่อปกป้องและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ก่อนให้ผู้ปวยลงนามยินยอมรับการผ่าตัด แพทย์และพยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าแพทย์จะทำการผ่าตัดอะไร ใบยินยอมให้ผ่าตัดได้จะเป็นเฉพาะแต่ละครั้งเท่านั้น ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ การผ่าตัดต้องได้รับอนุญาตจากครอบครัวของผู้ป่วย
- การเตรียมบริเวณผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัด เพื่อลดจำนวนแบคทีเรียที่อาศัยอยู่บนผิวหนัง โดยการทำให้ผิวหนังบริเวณนั้น
- การงดอาหารและน้ำก่อนการผ่าตัด ในการผ่าตัดที่ใช้วิธีการระงับความรู้สึกทั่วไปร่างกาย กระเพาะอาหารจะต้องว่างเพื่อป้องกันการอาเจียนแล้วสำลักเศษอาหารเข้าไปในปอดขณะให้ยาระงับความรู้สึก โดยทั่วไปการงดอาหารและน้ำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 6 -10 ชั่วโมง หรืองดอาหารและน้ำทุกชนิดทันทีในกรณีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน
- การดูแลเก็บของใช้ส่วนตัวและของมีค่าของผู้ป่วย เพื่อลดไฟฟ้าดูดหรือไหม้ขณะใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าในการห้ามเลือดขณะผ่าตัด การถอดฟันปลอมเพื่อป้องกันการตกลงในคออุดกั้นทางเดินหายใจ
- การดูแลให้ปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการถ่ายปัสสาวะขณะผ่าตัด หรือการคาสายสวนปัสสาวะไว้ในกรณีแพทย์ต้องการ

1.7.2 การเตรียมด้านจิตใจ (psychological preparation)

การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับการช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลในผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลควรให้คำแนะนำหรืออธิบายดังต่อไปนี้

- อธิบายและให้คำแนะนำทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวและรู้สึกวิตกกังวลตาม

การรับรู้ที่เหมาะสมของผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาของการผ่าตัด การปฏิบัติตัวในระยะก่อนและหลังผ่าตัด

- อธิบายให้ทราบถึงสภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดที่ต้องประสบ เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะ สายยางทางจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหาร สายน้ำเกลือ สายยางระบายจากแผลผ่าตัด เป็นต้น เพื่อทราบถึงสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปหลังผ่าตัดภายหลังฟื้นฟูจากให้ยาระงับความรู้สึก

- อธิบายถึงการเตรียมทางร่างกายก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัด การให้ยาก่อนการผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร เป็นต้น

- อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นของการที่ต้องถูกรบกวนจากการตรวจสัญญาณชีพในระยะแรกหลังผ่าตัด

1.7.3 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด

การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวสิ่งสำคัญของการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลที่ตีมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้องส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีในระยะหลังผ่าตัด (Asilioglu and Celik, 2004)

การให้คำแนะนำนอกจากจะต้องมีความครบถ้วน ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยเร็ว โดยให้คำแนะนำดังนี้

- การบริหารการหายใจเข้าเต็มที่ช้าๆ และการหายใจออกยาวๆ (deep breathing) เป็นการส่งเสริมให้มีการขยายตัวของปอดอย่างเต็มที่ และยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย ลดแรงตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของแผลผ่าตัดได้ และเพื่อให้อาการหายใจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยควรได้รับการจัดการกับอาการเจ็บปวดก่อนที่จะให้ผู้ป่วยบริหารการหายใจ การบริหารการหายใจสามารถทำได้ทันที เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวจนถึง 72 ชั่วโมง หรือจนกระทั่งผู้ป่วยลุกออกจากเตียง และควรทำอย่างน้อย 5-10 ครั้งทุก 2 ชั่วโมง ในขณะที่ตื่นทั้งทำนอนหงายและนอนตะแคง

- การไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) การไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยขับเสมหะและสิ่งคั่งค้างของเสมหะในปอดออกมา ช่วยป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและให้มีการกระทบกระเทือนบริเวณแผลน้อยที่สุด

- การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาทั้งสองข้าง (leg exercise) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างขณะนอนพักอยู่บนเตียง จะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นการไหลเวียนเลือดบริเวณส่วนล่างของ

ร่างกาย ทำให้ลดการคั่งค้างของเลือดดำบริเวณขา และป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา (deep vein thrombosis) ลดการบวมของขา นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมให้กล้ามเนื้อขาที่มีความตึงตัวดีขึ้นช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและข้อจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อที่จะลุกยืนและเดินหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น

- การพลิกตัวตะแคงซ้ายหรือขวาเพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ป้องกันการเกิดแผลกดทับส่งเสริมให้ปอดมีการขยายตัวดี และแผลหายเร็วตลอดจนช่วยให้อวัยวะในระบบทางเดินอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดเร็วขึ้น

- การลุกออกจากเตียงโดยเร็ว (early ambulation) การสอนและแนะนำให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการลุกออกจากเตียงภายในภายหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง โดยเมื่อสภาพผู้ป่วยโดยทั่วไปพร้อมที่จะลุกออกจากเตียงได้ เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิตและส่งเสริมให้แผลผ่าตัดหายเร็วขึ้น ส่งเสริมให้อวัยวะของระบบทางเดินอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดได้เร็วขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะท้องผูก ภาวะแผลแยก ป้องกันการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ

- การสอนและควบคุมเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด พยาบาลต้องอธิบายถึงสภาพอาการของผู้ป่วยและอาการปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทุกรายมักจะมีควมวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการปวดทั้งที่มีมาก่อนหรือเกิดขึ้นระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งตามหลักการผู้ป่วยจะได้รับยาระงับปวด พยาบาลต้องมีการอธิบายและสอนวิธีการอื่น ที่ช่วยบรรเทาอาการปวดควบคู่ไปกับการได้ยาระงับปวด เช่น การให้เทคนิคผ่อนคลายบรรเทาอาการปวด การใช้มือสองข้างพุงแผลผ่าตัดขณะเปลี่ยนอิริยาบถและลุกเดินไปมา เพื่อลดการกระเทือนของแผลผ่าตัด เป็นต้น

- การปฏิบัติตัวอื่นๆ ได้แก่ การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไปก่อนผ่าตัด เช่น ล้างสีเล็บเพื่อให้สามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บในภาวะที่ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดช่องท้อง

การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดเป็นการดูแลเพื่อให้สภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่ถูกรบกวนในระยะผ่าตัดให้กลับสู่ภาวะปกติและมุ่งเน้นการดูแลเพื่อป้องกันการแทรกซ้อนและการส่งเสริมการฟื้นสภาพให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติโดยเร็วช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดอย่างอย่างรวดเร็วปราศจากอุปสรรคใดๆ การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดประกอบด้วย

1.8.1 การประเมินและติดตามสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด

- การประเมินจากการศึกษาข้อมูลของการทำการผ่าตัด ข้อมูลจากพยาบาลห้องพักรักษาที่เกี่ยวกับสภาพทั่วไปและสัญญาณชีพของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องพักรักษา (operative note) และบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก ตรวจรับแผนการรักษาหลังผ่าตัด (postoperative) และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ตลอดจนจัดเตรียมเครื่องใช้ที่จำเป็นไว้ให้พร้อมรวมทั้งเครื่องตรวจวัดสัญญาณชีพและใบบันทึกสัญญาณชีพหลังผ่าตัด

- การตรวจวัดสัญญาณชีพทำอย่างต่อเนื่องโดยวัดทุก 15 นาทีติดต่อกัน 4 ครั้ง วัดทุก 30 นาทีติดต่อกัน 4 ครั้ง วัดทุก 1 ชั่วโมงติดต่อกัน 4 ครั้ง และต่อไปวัดทุก 4 ชั่วโมงติดต่อกันภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

- การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับหลังผ่าตัดและการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ (Scottish Intercollegiate Guidelines network, 2004) ได้แก่ การประเมินการหายใจ การประเมินการทำงานของหัวใจ นับอัตราการเต้น จังหวะของชีพจร และฟังเสียงเต้นของหัวใจ การประเมินการไหลเวียนของเลือดโดยการวัดความดันโลหิต และสังเกตการไหลกลับของหลอดเลือดส่วนปลาย (capillary refill) การประเมินสีของผิวหนัง การตรวจค่าความอิ่มตัวของระดับออกซิเจนในกระแสเลือดโดยค่าปกติ ร้อยละ 92-100 การประเมินตรวจระดับความรู้สึกตัวและสภาพทางสมอง

1.8.2 การประเมินแผลผ่าตัดโดยสังเกตดูผ้าปิดแผลผ่าตัดมีเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งซึมเปียกหรือไม่ แผลที่มีท่อระบายให้ต่อท่อระบายลงขวดให้ถูกต้องตามแผนการ

1.8.3 ตรวจความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยการสังเกตและบันทึกปริมาณของเหลวเข้าออกจากร่างกาย (intake-output) รวมทั้งการดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินหลังจากได้เข้าไปอยู่ในห้องพักรักษาจนกระทั่งได้ย้ายกลับเข้าหอผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดอาจเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยได้หลายอย่าง ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งของการผ่าตัด ชนิดของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ รวมทั้งสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัด พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัย (ประณีต ส่งวัฒนา, 2542) ผู้ป่วยได้ความสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัดภายหลัง

2. ความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

2.1 ความหมายของความปวด

สมาคมที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain) ให้คำนิยามเกี่ยวกับความปวดว่า เป็นประสบการณ์ความรู้สึกทางร่างกายและทางอารมณ์ที่ไม่สุขสงบที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บหรือเข้าใจว่ามีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (White & Duncan, 2002)

แมคเคฟเฟอร์ (McCaffery, 1979) กล่าวว่าความปวดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยบอกหรือแสดงออกว่าปวด และยังคงมีอยู่ตราบที่ผู้ป่วยบอกว่ามี

ลักแมน (Luckman, 1997) ความปวดเป็นความรู้สึกที่ได้รับอิทธิพลจากสิ่งกระตุ้นซึ่งส่งสัญญาณมาจากเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายหรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ความปวดสามารถรับรู้ได้เฉพาะบุคคลที่ประสบกับความปวดเท่านั้น การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านจิตใจและวัฒนธรรม ได้แก่ ค่านิยม ความเชื่อ ศาสนา บรรทัดฐานและขนบธรรมเนียมประเพณี

อโรนอฟฟ์ (Aronoff's, 2002) ได้ให้ความหมายของความปวดที่มีความเฉพาะเจาะจงมาก กล่าวคือ ความปวดเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกไม่สุขสบายและการรับรู้ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับการที่ร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บก็ได้

นวลสกุล ลายแก้ว (2545) กล่าวว่าความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกี่ยวข้องกับภาวะที่เนื้อเยื่อได้รับอันตรายโดยบุคคลที่กำลังประสบความเจ็บปวดเท่านั้นที่จะรู้ซึ่งถึงความเจ็บปวดของตนเอง และความเจ็บปวดจะยังคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี

สรุปได้ว่าความปวด เป็นประสบการณ์รับรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการบาดเจ็บ เกิดความรู้สึกเจ็บปวด เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายที่แสดงออกถึงพฤติกรรมและความรู้สึกของบุคคลที่บอกถึงความปวดที่ยังคงมีอยู่ การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล

2.2 ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นความปวดที่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน มีระยะเวลาสั้น อาการรุนแรงมากในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และจะค่อยๆ ลดระดับความรุนแรงจนหายไปในที่สุด (Royle & Walsh, 1994; Christensen & Krockrow, 2003) ความปวดแผลผ่าตัดเกิดจากเนื้อเยื่อหรืออวัยวะถูกตัด

ถูกดึงรั้ง และถูกสัมผัสขณะผ่าตัด หรือเกิดจากเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งมีสาเหตุจากการตัด หลอดเลือด แรงกด การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ อาการบวมหลังผ่าตัด โดยเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่ ได้รับอันตรายจะปล่อยสารเคมี เช่น prostaglandin bradykinin histamine และ serotonin ออกมากระตุ้น รวมทั้งมีโปรแตสตีเอสซึมออกมามากเกินไป มากระตุ้นปลายประสาทรับความปวด (nociceptors) ถ่ายทอดสัญญาณประสาทส่งไปตามเส้นประสาท เข้าสู่ไขสันหลัง และสมอง ตามลำดับเพื่อให้รับรู้และสนองต่อความปวด (Bonica, 1990; Long, Phipps and Cassmeyer, 1993; Bear and Meyers, 1994) หลังผ่าตัดช่องท้องการเคลื่อนไหวจะทำให้เกิดการดึงรั้งบริเวณ แผลผ่าตัด เช่น การหายใจลึกๆ การไอ การเคลื่อนไหวร่างกายทำให้อาการปวดแผลรุนแรงขึ้น แนว การลงมีดผ่าตัดมีความสำคัญกับความปวดแผลผ่าตัดคือแนว subcostal incision ทำให้ปวดแผล น้อยกว่าแนวผ่าตัด midline incision และ transverse incision จะปวดแผลน้อยกว่า subcostal incision เนื่องจากเส้นประสาทถูกทำลายน้อยกว่า ความวิตกกังวลส่งผลให้ลด pain threshold และเพิ่มการรับรู้ความปวดมากขึ้น (Bonica, 1990)

2.4 การวัดระดับความปวด มี 2 วิธี คือ

2.4.1. การวัดความปวดโดยไม่ใช้เครื่องมือ ได้แก่

2.4.1.1 การบอกความรู้สึกด้วยคำง่าย ๆ (simple descriptive scales) เช่น พยาบาลอาจถามผู้ป่วยว่า ขณะนี้ปวดไหมคะ ผู้ป่วยอาจตอบว่า ไม่ปวด หรือ ปวด ถ้าปวด พยาบาลก็จะถามต่อว่า ปวดมากน้อยแค่ไหน ก็จะได้คำตอบว่า ปวดเล็กน้อย ปวดพอทน ปวด มาก หรือปวดมากจนทนไม่ไหว เหล่านี้เป็นต้น

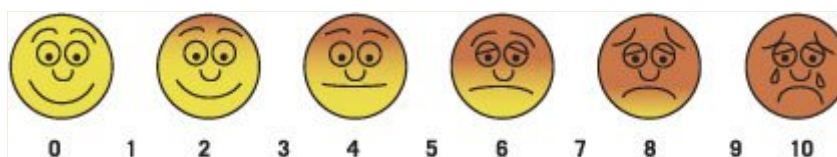
2.4.1.2 การบอกความรู้สึกเป็นตัวเลข (numerical rating scales : NRS) เป็นการประเมินความปวดด้วยตัวเลข โดยพยาบาลจะบอกผู้ป่วยว่า ถ้าไม่ปวดเลยแทนด้วยเลข 0 และปวดรุนแรงมาก แทนด้วยเลข 10 หรือ 100 อย่างใดอย่างหนึ่ง ให้ผู้ป่วยเลือกว่าควรปวด ขณะนี้อยู่ที่เลขใด โดยทั่วไปจะพบว่าผู้ป่วยให้คะแนนความปวด (pain score) 1-2 คือ ยอมรับได้ ไม่ต้องการรักษาพยาบาล 3 – 4 มีอาการปวดเล็กน้อยพอทนได้ 5 – 6 ปวดปานกลาง อาจ ต้องการการบรรเทาปวดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ซึ่งบางครั้งอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยาบรรเทาปวด ถ้า มากกว่า 6 ขึ้นไปถือว่าควรได้รับการบำบัดรักษา อาจใช้ยาแก้ปวดร่วมด้วย ซึ่งไม่ควรหรือไม่ จำเป็นต้องรอให้ถึง 10 หรือจนผู้ป่วยบอกว่าทนไม่ไหว เพราะการรักษาความปวดแต่เนิ่นๆ เป็น วิธีการที่ถูกต้องและให้ผลดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2.4.2. การวัดความปวดโดยใช้เครื่องมือประกอบการวัด ได้แก่

2.1 การวัดระดับความรุนแรงของความปวดแบบมิติเดียว (unidimensional assessment) วิธีนี้เป็นการวัดความรุนแรงความปวดเพียงอย่างเดียว นิยมใช้ในทางปฏิบัติ เนื่องจากวิธีการไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาค่อนข้างน้อย เครื่องมือนี้ได้แก่

2.1.1 Facial scales คือการใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวดเริ่มตั้งแต่ไม่ปวด แทนด้วยภาพ สีหน้ายิ้มร่ามีความสุข ปวดพอทน แทนด้วยภาพหน้านิ่งคือขมวด จนถึงปวดมากที่สุดแทนด้วยภาพ โใบหน้าที่มีน้ำตาไหลพราก วิธีที่นิยมใช้ในผู้ป่วยเด็กเล็ก คนชรา หรือ คนที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยคำพูด พยาบาลจะให้ผู้ป่วยดูรูปดังกล่าว อธิบายแล้วให้ผู้ป่วยชี้ ภาพหน้าที่ตรงกับความรู้สึกขณะนั้นอยู่ที่ระดับใด โดยนำมาแทนเป็นค่าคะแนนตามที่กำกับไว้ได้ ภาพ

Universal Pain Assessment Tool – FACES Wong-Baker (2007):



2.1.2 Visual analogue scales: VAS) เป็นการวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ให้ปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึงไม่ปวด ปลายอีกข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด วิธีการวัดกระทำโดยผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงนี้ เพื่อแสดงความรุนแรงของความปวด แล้วนำค่าที่ได้มาวัดเป็นเซนติเมตร แทนค่าความปวดเหมือน การให้คะแนนความปวด (pain score) เป็น 0 – 10 วิธีการนี้มีข้อจำกัดในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ที่มี ปัญหาทางสายตา

2.1.3 Numerical rating scales: NRS) คือการวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตรแบ่งเป็น 10 ช่อง ๆ ละ 1 เซนติเมตร ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่มีตัวเลข แทนค่าความรุนแรงของความปวด โดยปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด ปลายอีกข้างแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด ผู้ป่วยทำเครื่องหมายตรงเลขใด ถือเป็นคะแนนความปวด

0-10 Numeric Pain Rating Scale



2.1.4 Bodydiagrams คือ การวัดโดยใช้ภาพวาดให้ผู้ป่วยชี้หรือเขียนลงในภาพวาดรูปคนแสดงตำแหน่งที่มีความปวด วิธีนี้บอกความรุนแรงไม่ได้ แต่บอกตำแหน่งที่ปวดซึ่งสามารถอธิบายบริเวณที่ปวดว่ามากขึ้นหรือน้อยลงเหมาะสำหรับเด็กหรือผู้สูงอายุ

2.2 การวัดระดับความรุนแรงของความปวดแบบหลายมิติ (multidimensional assessment) เป็นการประเมินความปวดหลาย ๆ มิติที่ค่อนข้างละเอียด ไม่นิยมใช้ในทางปฏิบัติเนื่องจากใช้เวลามาก ส่วนใหญ่ใช้ในการทำวิจัยหรือต้องการข้อมูลเพื่อประกอบการรักษาพยาบาลเพิ่มเติม

2.2.1 แบบสอบถามของแมคกิลล์ (McGill pain questionnaire : MPQ) เป็นเครื่องมือวัดระดับความปวด ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความรู้สึกทางระบบประสาท (sensory) ประเมินสภาพอารมณ์ จิตใจ (affective) และประเมินโดยรวม (evaluative) การประเมินความรู้สึกทางระบบประสาทเป็นการประเมินลักษณะความปวดว่าเป็นความปวดชนิดใด เช่น ความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ลักษณะความปวดจะเป็นแบบปวดตื้อ ปวดหนึบ หรือปวดบิด ถ้าเป็นความปวดจากเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บความปวดจะมีลักษณะปวดแปล็บ ปวดเสียว หรือปวดแสบปวดร้อน เป็นต้น การประเมินสภาพอารมณ์ จิตใจ เป็นการประเมินความรู้สึกที่ถูกคุกคามจากความปวด ถ้ารุนแรงจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย รำคาญ เศร้าหมอง รู้สึกไร้ค่า หรือ บางครั้งทำให้เกิดความกลัว และทุกข์ทรมาน การประเมินโดยรวม หมายถึงการรวมคะแนนของทั้งหมด

2.2.2 แบบสอบถามของแมคกิลล์ แบบย่อ (short-form Mcgill pain questionnaire : SF-MPQ) เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามของแมคกิลล์ โดยมีการประเมินที่สั้นลง เพื่อใช้ในกรณีที่พยาบาลมีเวลาไม่มากนัก แต่ต้องการข้อมูลมากกว่าความรุนแรงของความปวด

2.2.3 บัตรสอบถามความรุนแรงและความรู้สึกของผู้ป่วย (memorial pain assessment) คือการประเมินความรุนแรงของความปวดโดยใช้บัตรคำ ในบัตรนี้มีการวัดผลการรักษาพร้อมด้วย โดยเปรียบเทียบบัตรแต่ละใบ ลักษณะของบัตรจะเป็นกระดาษแข็งขนาด 8.5x11 นิ้ว แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นการถามระดับความรุนแรงของความปวด ส่วนที่ 2 เป็นการถามระดับของอารมณ์ผู้ป่วยขณะมีความปวด ทั้ง 2 ส่วนนี้ใช้วิธีวัดโดย วิซวล อนาล็อก สเกล ส่วนที่ 3 เป็นการถามความรู้สึกของผู้ป่วยโดยการใช้ เวอร์เบล เรทติ้ง สเกล และส่วนสุดท้าย เป็นการถามระดับความพอใจของระดับการบรรเทาปวดใช้การวัดโดย วิซวล อนาล็อก สเกล เช่นกัน

2.2.4 การประเมินทางสรีระวิทยาและพฤติกรรมที่แสดงออกขณะมีความปวด (biobehavioral pain inventory) เช่น ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง ชีพจรเร็ว ร้องกวน หงุดหงิด กระสับกระส่าย หรือไม่ยอมเคลื่อนไหวและอื่น ๆ วิธีนี้เหมาะสำหรับเด็กเล็ก

2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดหลังผ่าตัด

ในระยะหลังผ่าตัด ความเจ็บปวดจะส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดเป็นไปอย่างล่าช้า ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนานอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากมาย และยังทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น (นวลสกุล แก้วลาย, พิกุล นันทชัยพันธ์ และฉวีวรรณ ธงชัย, 2545) การค้นหาสาเหตุของอาการปวดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำไปวางแผนให้การดูแลและปฏิบัติการพยาบาลที่ดี มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแต่ละราย โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดหลังผ่าตัด ดังนี้

2.3.1 ตำแหน่งและชนิดของการผ่าตัด แผลผ่าตัดตามแนวเฉียงหรือแนวตั้งจะทำให้ผู้ป่วยปวดแผลมากกว่าแนวขวางตามลำตัว เนื่องจากเป็นแผลที่มีกล้ามเนื้อและเส้นประสาททอดผ่านจำนวนมากและตำแหน่งการผ่าตัดที่มีความปวดมากที่สุดคือ ผ่าตัดช่องอก ช่องท้องและผิวหนัง (พูนศรี พัฒนพงษ์, 2538) มีการทบทวนอย่างเป็นระบบว่าชนิดของการผ่าตัดเป็นปัจจัยที่สำคัญ 1 ใน 4 ของการทำนายความปวดหลังผ่าตัดและความต้องการยาระงับอาการปวด (Ip, Abrishami, Peng, Wong, & Chung, 2009) ตำแหน่งของแผลที่อยู่ในแนวขวางและแนวเฉียงของลำตัวจะมีความปวดน้อยกว่าแผลผ่าตัดที่อยู่แนวกลางลำตัว (Brown & Goodfellow, 2005; Grancharow & Resenberg, 2001)

2.3.2 ระดับขีดกันความปวด (Pain threshold) เป็นจุดที่บุคคลแต่ละคนเริ่มรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดความเจ็บปวด

2.3.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural Factors) เชื้อชาติ วัฒนธรรม และเผ่าพันธุ์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของแต่ละบุคคล มีอิทธิพลต่อการตอบสนองการรับรู้ทุกรูปแบบ รวมทั้งการตอบสนองต่อความปวดด้วย การตอบสนองต่อความเจ็บปวดมีแนวโน้มที่จะสะท้อนวัฒนธรรมได้มากกว่าตามกรอบวัฒนธรรมที่มีการเรียนรู้มาอย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ เช่น การส่งเสียงร้องดังเมื่อเกิดความเจ็บปวด

2.3.4 อายุ (Age) วัยผู้ใหญ่มีความอดทนต่อความปวดมากกว่าเด็กและวัยชรา เนื่องจากวัยเด็กระบบประสาทการรับรู้ยังพัฒนาไม่เต็มที่ ส่วนผู้สูงอายุระบบประสาทมีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการเสื่อมของเซลล์ประสาทในส่วน Dorsal column ในไขสันหลัง (Brunner &

Suddarth, 1998 อ้างใน จิราภรณ์ สิงห์เสนี, 2548) ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาต่อความปวดน้อยกว่าคนหนุ่มสาว (Bonica, 1990) อายุที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความปวด ทำให้การรับรู้เกิดขึ้นช้าหรือรับรู้ลดลง (สมบุญ เทียนทอง , 2550) แต่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความปวด ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เนื่องจากการรับรู้ที่ช้ากว่าคนหนุ่มสาวอาจก่อให้เกิดอาการรุนแรงมากขึ้นได้

2.3.5 เพศ (Gender) เพศเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญในการตอบสนองต่อความเจ็บปวด ผู้ชายรายงานความปวดน้อยกว่าผู้หญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Goffaux et al (2011) ผู้หญิงมีการรับรู้ต่อความรู้สึกวิตกกังวลและความปวดมากกว่าผู้ชาย ในการศึกษาของ อมรรัตน์ มังสาและคณะ (2554) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตรวจรังสีของลำไส้ใหญ่สูงกว่าเพศชาย

2.3.6 สภาวะทางอารมณ์ (Emotional stage) เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ความเครียดและความเศร้า มีผลต่อการรับรู้และการแสดงออกต่อความปวด เนื่องจากสภาวะอารมณ์เหล่านี้ ทำให้เกิดการกระตุ้นกล้ามเนื้อให้หดตัวมากขึ้น และไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางให้เปิดประตูระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลัง มีผลทำให้ความรู้สึกปวดรุนแรงขึ้น และความปวดที่รุนแรงขึ้นจะไปเร้าอารมณ์ให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลมากขึ้น เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (พูนศรี พัฒนพงษ์, 2538)

2.3.7 ประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับความเจ็บปวด (Past Experience with Pain) ประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับความปวดมีผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวดในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เชิงลบในวัยเด็กมาก่อน มักมีรายงานว่ามีความยุ่งยากมากกว่าในการจัดการความปวดปัจจุบัน เกิดความกลัวและคาดหวังว่าจะเกิดความเจ็บปวดยิ่งกว่าเดิม หรือในทางตรงกันข้ามบางคนอาจมองว่าประสบการณ์ในอนาคตอาจเป็นเชิงบวกมากกว่าเพราะจะไม่มีอะไรเลวร้ายไปกว่าที่ประสบมาก่อนแล้ว จะเห็นได้ว่าประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เคยประสบมาก่อน ทำให้การรับรู้วิธีการเผชิญกับความเจ็บปวดแตกต่างกันไป (พูนศรี พัฒนพงษ์, 2538)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ส่งผลให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดมากขึ้น ในระบบบริการพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการ ลดปัจจัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ตั้งแต่ระยะก่อนและหลังการผ่าตัด

3. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

3.1 ความหมาย

Luckman and Sorensen (1993) ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่พบอยู่เสมอในชีวิตประจำวัน เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ของความคับข้องใจ ความขัดแย้ง หรือภาวะเครียดที่คุกคามต่อความมั่นคงทางร่างกายและจิตใจ มีผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีความสุข เช่น รู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว ไม่สบายใจ เป็นทุกข์

Spielberger and Sydeman (1994) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความเครียดที่เกิดจากภาวะคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล โดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจขึ้น

อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาพอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกไม่สุขสบายหรือมีความหวาดหวั่น อาจแสดงออกมาทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย โดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถอธิบายได้ว่ามีสาเหตุมาจากอะไรได้แน่นอน

ศรินภา ทองมี (2548) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เป็นความหวาดหวั่น ไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากความมั่นคงทางอารมณ์ถูกคุกคาม หรือเกิดจากการคาดเดาเหตุการณ์ของบุคคลนั้น ซึ่งประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะ ปวดปัสสาวะบ่อย

สรุปได้ว่าความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความคับข้องใจ ความขัดแย้ง หรือความเครียดที่คุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความรู้สึกหวาดหวั่น กลัว ไม่สบายใจ เป็นทุกข์ทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด

3.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาความวิตกกังวลตามแนวทฤษฎีของ Spielberger และคณะ (Spielberger and Sydeman, 1994) ได้อธิบายสาเหตุของความวิตกกังวลว่าเป็นผลของกระบวนการในการเผชิญความเครียด (Stress) ที่ประกอบด้วย

- 1) การเผชิญกับสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่สามารถทำให้เกิดอันตรายได้ (Stressor)
- 2) การรับรู้ถึงเร้าที่คุกคามต่อตนเอง (Perception of Threat)
- 3) เกิดภาวะวิตกกังวล (Anxiety State)

แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภทดังนี้

1. ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะในตัวบุคคลหรือความวิตกกังวลแฝง(Trait

anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆไปทีละประหมื่นว่าเป็นอันตรายหรือถูกคุกคาม เป็นลักษณะประจำตัวและ เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพในแต่ละบุคคล หรือที่เรียกว่า เป็นนิสัย จะมีลักษณะคงที่และมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้า

2. ความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ(State anxiety) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีความซับซ้อนที่เกิดกับบุคคล โดยมีการประเมินหรือตีความสถานการณ์ในขณะนั้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดและกลัว ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ความรุนแรงและช่วงระยะเวลาของการเกิดความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์นี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะคุกคามที่บุคคลนั้นรับรู้ และการตีความว่าสถานการณ์ที่เป็นอันตรายนั้นยังคงอยู่

ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาความวิตกกังวลขณะเผชิญ เนื่องมาจากการรักษาความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน เป็นเหตุการณ์สำคัญที่คุกคามต่อชีวิต เป็นสิ่งที่ไม่ได้ทราบหรือคาดการณ์ล่วงหน้ามาก่อน นอกจากนั้นยังอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิมต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยต้องอยู่กับคนแปลกหน้า ห่างจากครอบครัว คนใกล้ชิดและเพื่อน สิ่งเหล่านี้เป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียด กลัว หวาดหวั่น ไม่สบายใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้

3.3 ระดับความวิตกกังวล

เมื่อเกิดภัยคุกคามหรือการบาดเจ็บซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นความเครียด (Stressor) บุคคลจะมีกลไกทางจิตใจ หรือมีการตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์และความรู้สึก เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ที่พบได้บ่อยที่สุด (Taylor, Lillis & Lemone, 2001)

เทย์เลอร์ ลิลลิส และเลโมน (Taylor, Lillis & Lemone, 2001) ได้กล่าวถึงความวิตกกังวล โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ซึ่งสามารถแบ่งความวิตกกังวลในผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤตออกได้ดังนี้ คือ

1) ระยะแรกหรือระยะเล็กน้อย (Mild anxiety) เกิดขึ้นในวันแรกหรือวันต่อวัน จากการรับรู้ การได้ยิน การมองเห็น เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องประสบอุบัติเหตุหรือมีเหตุการณ์วิกฤตเกิดขึ้น ทำให้หวาดหวั่น กลัว ไม่แน่ใจในอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง อาจทำให้ตื่นตกใจ ทำให้นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย และซักถามบ่อยๆ หรือพูดซ้ำๆ

2) ระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นคง เป็นการตอบสนอง

ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกแยกออกจากครอบครัวและสังคม ที่คุ้นเคย เช่น การแยกไปอยู่ในห้องฉุกเฉิน หออภิบาลผู้ป่วยหนัก แสดงออกโดยน้ำเสียงการพูด เสียงสั่น มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็งตัว หายใจเร็วและชีพจรเต้นเร็วขึ้นเล็กน้อย

3) ภาวะรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลจากการคาดคะเน เช่น ผู้ป่วยรู้สึก ว่าตนเองป่วยหนัก มีภาวะคุกคามต่อชีวิตมาก เมื่อมีอุปสรรคในการรักษาพยาบาลมากตนจะ ปลดอดภัยในชีวิตหรือไม่ ซึ่งอาจมีปัญหาในการพูด การติดต่อสื่อสาร การแสดงสีหน้าท่าทาง กลัว สับสน และปวดศีรษะ คลื่นไส้ หูอื้อ หัวใจเต้นเร็วและหายใจเร็ว

4) ภาวะซึมเศร้า (Depress) และภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Panic) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการ ช่วยเหลือจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จะมีอาการและพฤติกรรมกล่าวคือ ไม่สนใจ สิ่งแวดล้อม พูดไม่ชัด หายใจขัด ใจสั่นส่ายง่าย เหงื่อออก เจ็บหน้าอกหรือว่ามีสิ่งกดทับที่ หน้าอก ภาวะนี้ทำให้เกิดการสูญเสีย หมดกำลังและถึงแก่กรรมได้

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน มีความวิตกกังวล ในระยะแรกหรือระยะเล็กน้อยที่เกิดขึ้นในวันแรกของการนอนโรงพยาบาลก่อให้เกิดความรู้สึกไม่ เป็นสุข หวาดหวั่น กลัว ไม่แน่ใจในอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง อาจทำให้ตื่นตกใจ ทำให้นอน ไม่หลับ กระสับกระส่าย และถ้าปล่อยให้ผู้ป่วยระยะซึมเศร้าทำให้เกิดการสูญเสีย หมดกำลังใจ และเสียชีวิตได้ การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับต่ำหรือยอมรับได้ จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยผ่านความรู้สึกกดดันเหล่านี้ไปได้และเกิดความผ่อนคลาย สุขใจขึ้น

3.4 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและวิตกกังวลเสมอ โดยเฉพาะเมื่อได้รับการวินิจฉัยอย่างแน่ชัดว่าต้องได้รับการผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและวิตกกังวลสูง เนื่องจากคนส่วนใหญ่เมื่อทราบว่าจะต้องถูกผ่าตัดหรือดมยาสลบมักจะ วิตกกังวลและกลัวต่อเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้น เพราะการผ่าตัดเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก กลัวจะไม่ฟื้นจากการได้รับยา ระงับความรู้สึก กลัวการเจ็บแผลจากการผ่าตัด กลัวตาย กลัวความไม่แน่นอนจากการผ่าตัด กลัวความพิการที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกาย ความไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดขึ้นทั้งในระยะก่อนการ ผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ เป็นต้น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไม่ว่าจะ เป็นการผ่าตัดด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม จะมีความวิตกกังวลในระดับต่างๆ ทั้งในระยะก่อนและหลัง ผ่าตัด โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีระดับความวิตกกังวลในระดับที่สูง กว่าปกติ เนื่องจากเป็นระยะที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

ทำให้ระดับความอดทนต่อความปวดลดลง เป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความปวดมากขึ้น (มณฑิชา แสนทวิสุข , 2541) จากการศึกษาของเจนิส (Janis cited in Lader & Mark, 1971) พบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึง ระดับสูง ความวิตกกังวลจะเพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่าตัดใกล้เข้ามา และจะมีระดับสูงสุดเมื่ออยู่ในห้องผ่าตัด แล้วจึงลดลงในระยะ หลังผ่าตัด

3.5 วิธีการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นทุกระยะของการผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน เป็นเหตุการณ์ที่เร่งด่วน มีเวลาในการคิดและตัดสินใจน้อย พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากที่สุดต้องชี้แนวทาง หรือ จัดหาวิธีการต่างๆ มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง อยู่ในภาวะการผ่อนคลาย สุขสบาย ในการลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด สามารถได้หลายวิธีดังนี้ (Cochrane Collaoration Consumer network inc, 2002)

3.5.1 การลดความวิตกกังวล โดยการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน ปัญหาเฉพาะหน้าหรือปัญหาที่รีบด่วนในขณะนั้น ซึ่งอาจทำได้หลายวิธี เช่น การให้การยอมรับต่อการแสดงออกของบุคคล ยอมรับฟังข้อร้องเรียน ให้ความเห็นอกเห็นใจ และพยายามเข้าใจถึงความวิตกกังวลของบุคคลตลอดจนค้นหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไข ช่วยเหลือต่อไป

3.5.2 การลดความวิตกกังวลโดยการลดความรู้สึกกังวลอย่างเป็นระบบ (Systemic Desensitization) การลดความวิตกกังวลโดยการเสนอตัวแบบ (Modeling) หรือการให้บุคคลเผชิญกับสิ่งเร้าและให้แรงเสริมในพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น

3.5.3 การลดความกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวลโดยวิธีการต่างๆ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การสัมผัส การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น

3.5.4 การให้ข้อมูล (Giving Information) เมื่อมีความเครียดหรือสถานการณ์ที่มาคุกคาม บุคคลสามารถปรับตัวเองในการเผชิญชีวิตเหล่านั้น โดยอาศัยการแปลความหมาย และพิจารณาแนวทางในการตอบสนองจากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ซึ่งอาจเป็นความคุ้นเคยต่อสถานการณ์นั้นมาก่อนหรือไม่เคยอยู่ในสถานการณ์นั้นมาก่อน ก็สามารถอาศัย ความเข้าใจ การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอจนสามารถจินตนาการถึงเหตุการณ์เหล่านั้นได้ถูกต้องตามความเป็นจริง หรือใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงมากที่สุด ถ้าบุคคลไม่คุ้นเคยหรือไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ

จะทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถเผชิญต่อสถานการณ์ที่คุกคามได้อย่างเหมาะสม จะมีความวิตกกังวล ความหวาดกลัวซึ่งแสดงออกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินจะมารับการรักษาด้วยอาการปวดท้องอย่างรุนแรงเฉียบพลัน รู้สึกไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความวิตกกังวลมากขึ้น กระสับกระส่าย ร้องคราง นอนไม่หลับ การรับรู้ต่อสิ่งต่างๆลดลง ซึ่งเป็นภาวะความกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวล และความปวดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ มีความปวดและความวิตกกังวลลดลง ผู้วิจัยจึงได้ใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสานด้วยการบริหารกาย-จิตแบบที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากซึ่งเป็นการบริหารร่างกาย บริหารจิต และบริหารลมหายใจ ก่อให้เกิดสมาธิและการผ่อนคลาย เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ (สุรพร ธนศิลป์ , 2553) เป็นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งกาย อารมณ์ จิต และสังคม (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ซึ่งเป็นการรวมการเคลื่อนไหวอย่างช้า เข้ากับสมาธิ และการหายใจผ่อนคลาย (Lee et al, 2003; Johnson & Hassmen, 2008) การเกิดการผ่อนคลายเป็นผลมาจากระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานมากขึ้นจะลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายคือ ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับของความดันโลหิต กรดแลคติกในเลือดลดลง และมีการหลั่งสารเอนโดρφิน จากต่อมใต้สมองกระจายไปสู่สมองส่วนไฮโปทาลามัส มีการหลั่งสาร Endorphin (Benson, 1976 อ้างในโสรัจญา สุริยันต์ , 2545; เทอดศักดิ์ เดชคง , 2547) และเอนเคฟาลินส์ (enkephalins) ซึ่งเป็นการยับยั้งสัญญาณความเจ็บปวด (McGuire, & Shelder, 1993) ดังนั้นความเจ็บปวดจึงลดลง (Mobily, Herr, & Nicholson, 1994) มีการหลั่งสาร Endorphin จะส่งเสริมจิตใจให้เข้มแข็งแจ่มใส ลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจและเพิ่มความสามารถการทำงานต่างๆของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

4. บทบาทของพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่ต้องได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน ซึ่งเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งการอยู่ในโรงพยาบาลเป็นการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัว และเครียดสูง ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพและฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด

อาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมทั้งมีความปวดหลังผ่าตัดมากขึ้น (Karanci & Dirik, 2003) การดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินทุกระยะของการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความกลัวและความปวดลดลง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พยาบาลจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

4.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ด้วยการพูดคุยเป็นกันเอง แสดงท่าทีเห็นอกเห็นใจ สนใจ รับฟังผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก

4.2 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยทางด้านจิตใจ การให้คำแนะนำผู้ป่วยร่วมกับการปลอบโยนทางด้านจิตใจ ให้คำปรึกษาและแก้ไข เปลี่ยนแปลงสาเหตุหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความปวด

4.3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการเจ็บป่วย ขั้นตอน วิธีการผ่าตัด ทีมแพทย์และพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดการผ่าตัด และเมื่อภายหลังการผ่าตัด การมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัยพร้อมให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้ทันที รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ อบอุ่น และพร้อมที่จะรับการผ่าตัดได้เป็นอย่างดี

4.4 ดูแลความสุขสบายทางด้านร่างกาย โดยการจัดท่านอน ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เปลี่ยนอิริยาบถ ปรับระดับเตียงให้เหมาะสม จัดวางตำแหน่งของสายหรือท่อระบายต่างๆ ให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย

4.5 ดูแลให้ยาระงับอาการปวดและยาเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งประเมินและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา

4.6 ใช้วิธีการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความปวดและลดความวิตกกังวลด้วยตนเอง เช่น การสัมผัส การผ่อนคลายด้วยเทคนิคต่างๆ การเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยไปสู่สิ่งอื่นโดยวิธีการต่างๆ เช่น การพูดคุย การฟังดนตรีเพื่อช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนมากขึ้น

5. การบริหารกาย- จิตด้วยชีกง

การบริหารกาย-จิตแบบชีกง เป็นการเสริมสร้างศักยภาพทางจิตใจให้บังเกิดผลในทางบวกต่อการทำงานของร่างกายหรืออาการต่างๆของโรค (วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2548) ชีกงเป็นการฝึกสมาธิ โดยใช้การหายใจ ความสมดุลของท่าทางการเคลื่อนไหว ก่อให้เกิดพลังชีวิตเกิดเป็นความสมดุลภายใน (Robins et al, 2006) เป็นการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary Care) จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดครอบคลุมสุขภาพทุกด้าน รวมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ชีกงถือเป็นการ

ดูแลแบบผสมผสานวิธีหนึ่งโดยจัดอยู่ในกลุ่มการบำบัดพลัง (Energy Medicine) ร่วมกับกลุ่มการปฏิบัติแบบจิตศลุมกาย (Mind-body Medicine) (NCCAM, 2008)

5.1 ความหมายของซี้กง

ซี้กง หรือ การฝึกการหายใจ ซึ่งมีประวัติอันยาวนานในประเทศจีนได้ถูกบันทึกไว้ในตำราการแพทย์นับตั้งแต่สมัยโบราณ และเป็นองค์ประกอบสำคัญของการแพทย์โบราณของจีน การฝึกฝนร่างกายด้วยท่าต่างๆ การกำหนดลมหายใจและจิตใจจะทำให้คนสามารถบ่มเพาะพลังชีวิตขึ้นมาบำบัดรักษาความเจ็บป่วยและทำให้สุขภาพดีขึ้น (กองการแพทย์ทางเลือก , 2550) ได้มีการให้ความหมายไว้หลายท่านดังนี้

พชรพงษ์ พรายมณี (2542) ให้ความหมายว่า เป็นการฝึกพลังของลมปราณ ซึ่งเป็นวิธีการโบราณที่เชื่อมั่นว่าจะทำให้คนอายุยืน มีสุขภาพแข็งแรง

เทอดศักดิ์ เดชคง (2547) ที่ หมายถึงพลังชีวิตซึ่งมีอยู่ในมนุษย์ทุกคนในรูปแบบที่แตกต่างกัน คือ การกระทำที่นำไปสู่ชีวิต ดังนั้น ซี้กง หมายถึงการฝึกฝนที่เพิ่มพลังชีวิตในร่างกาย

ศิริ ทรวงแสง (2549) ซี้กงคือวิชาอันเป็นมรดกตกทอดจากวัฒนธรรมโบราณของชนชาติจีน จากการศึกษาชีวิตของคนทุกด้าน ผ่านการฝึกฝนการปรับจิตใจ ปรับร่างกาย ปรับการหายใจประสานกัน ปรับปรุงแก้ไขสุขภาพร่างกายของตน และสำรวจพบสมรรถนะพลังแฝงในร่างกายของคน เพื่อให้ร่างกายและจิตใจบรรลุความสมดุลสูงสุด

สรุปได้ว่าซี้กงเป็นการออกกำลังกายที่พัฒนามาจากศาสตร์ของจีนที่เน้นการบริหารการหายใจเข้ากับสมาธิและการผ่อนคลาย ทำให้คนมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ

5.2 หลักการของซี้กง

ซี้กง ใช้หลักการบริหารกาย การบริหารจิต และการบริหารลมปราณ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.2.1 การบริหารกาย โดยการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสมดุล สม่่าเสมอ และนุ่มนวล

5.2.2 การบริหารลมปราณ โดยการหายใจที่ถูกต้อง คือ การหายใจเข้า-ท้องพอง หายใจออกท้องแฟบ อย่างช้าๆและลึกๆ เมื่อหายใจเข้าสุดแล้ว ให้กลั้นลมหายใจไว้สักครู่ จากนั้นค่อยๆผ่อนลมหายใจออกทางปาก ด้วยการห่อปากเข้าหากัน

5.2.3 การบริหารจิต โดยการทำสมาธิระหว่างการเคลื่อนไหว ด้วยการนำจิตวางไว้ที่ฝ่ามือที่เคลื่อนไหวอย่างช้าๆ ถือเป็น การประสานกาย และจิต เข้าด้วยกัน อาจนำเอาการจินตนาการเข้ามาร่วมด้วยขณะการเคลื่อนไหวกาย โดยการจินตนาการดึงพลังจากธรรมชาติ เช่น

จากดิน หรือท้องฟ้า เข้าสู่ร่างกาย นอกจากนี้ควรนั่งสมาธิหลังจากการฝึกชี่กงครบ 4 ท่าแล้ว จะ ได้ผลดียิ่งขึ้น

5.3 ผลของการฝึกชี่กงต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากการศึกษาของ Chen (2004) ได้ทำการวิเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผลของการฝึกชี่กงในประเทศจีน แล้วพบว่าการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่างๆดังนี้

5.3.1 ผลของชี่กงต่อระบบกล้ามเนื้อและประสาท เมื่อฝึกชี่กงจนบรรลุเป้าหมาย แห่งการโคจรของลมปราณ คลื่นไฟฟ้าสมองของผู้ฝึกจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความถี่ลดลงเรื่อยๆ รูปคลื่นเริ่มเรียงตัวเป็นระเบียบไม่สับสนวุ่นวายเหมือนในยามปกติ ทั้งจะพบคลื่นของหีบสมอง ด้านหน้า (Frontal lobe) มีอำนาจมากขึ้น สมองหีบนี้ควบคุมการทำงานของอวัยวะภายในและ ต่อมนต่างๆจะลดน้อยลง ทั้งระบบประสาทซิมพาเทติกก็มีความไวลดลง แต่ไปเพิ่มความไวในการ ทำงานของระบบพาราซิมพาเทติก สำหรับกล้ามเนื้อลายจะมีการคลายตัวลง

5.3.2 ผลของชี่กงต่อระบบหายใจ ในภาวะชี่กง การหายใจจะช้าลงหายใจลึกกลม เข้าออกมากขึ้น เพิ่มอัตราการขับคาร์บอนไดออกไซด์ และเพิ่มจำนวนออกซิเจนในร่างกายน การหายใจลึกจนถึงช่องท้องโดยผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลมเป็นการกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ ที่ 10 ที่เรียกว่า วากัส ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่มีจุดเริ่มต้นที่ก้านสมองทอดยาวมาตามแนวกระดูกสัน หลังลงมายังอวัยวะในช่องท้องโดยได้ส่งแขนงบางส่วนไปยังกล้ามเนื้อกระบังลม การกระตุ้น เส้นประสาท วากัส นั้นจะทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง แล้วทำให้มีการ ตอบสนองมายังอวัยวะต่างๆของร่างกาย ซึ่งมีผลในการผ่อนคลายของอวัยวะต่างๆไม่ว่าจะเป็น หลอดเลือดฝอย การเคลื่อนไหวของลำไส้ และการลดอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น

5.3.4 ผลของชี่กงต่อระบบทางเดินอาหาร ปฏิบัติชี่กงช่วยเพิ่มคลื่นการบีบตัวของ ทางเดินอาหารทั้งบีบไล่อาหารได้แรงขึ้น เพิ่มการขับน้ำย่อยมาย่อยอาหาร ชี่กงอีกด้านหนึ่งสงบ ประสาทส่วนปลาย และปรับการทำงานของประสาทควบคุมอวัยวะภายใน ผลคือทำให้กระเพาะ ลำไส้ทำงานได้ดีกว่าเดิม ยังช่วยเพิ่มการขับเคลื่อนอาหารในกระเพาะลำไส้ได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

5.3.5 ผลของชี่กงต่อระบบหัวใจหลอดเลือด ปฏิบัติชี่กงมีผลต่อความดันเลือดใน ผู้ที่มีความดันเลือดสูง แต่ก็มีผลเพิ่มความดันเลือดในคนที่มีความดันเลือดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ อมรรรัตน์ ภิราษร (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบริหารผ่อนคลายแนวชี่กงต่อ ความเครียด และความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดย ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า

ภายหลังที่เข้าร่วมการทดลอง พบว่าระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับที่ลดลงกว่าก่อนการทดลอง

5.3.6 ผลของซิงก์ต่อระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญอาหาร การปฏิบัติซิงก์ทำให้ตับเพิ่มกระบวนการสร้าง กลัยโคเจน ซึ่งเป็นสารอาหารที่พึงสะสมในตับ และลดการย่อยสลายสารนี้ที่จะออกไปเป็นพลังงาน ซิงก์จึงเป็นกระบวนการเก็บซิงก์พลังงานที่ดี ที่เกิดผลเช่นนี้ได้เพราะซิงก์ช่วยเสริมสร้างการทำงานของอินซูลินในการเก็บรับน้ำตาลจากแป้งเพื่อส่งเข้าตับ ลดการทำงานของต่อมไธสมอง เมื่อซิงก์ลดการทำงานของต่อมไธสมอง เป็นผลให้ต่อมหมวกไตทำงานได้ตามปกติโดยไม่ต้องรับหมุนเวียนแป้งเป็นพลังงาน ทั้งไม่ต้องบีบรัดหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรงจึงทำให้ร่างกายได้ปรับสมดุลและเข้าสู่ความสงบ ได้พักและได้ซ่อมแซมตัวเองอีกด้วย

5.3.7 เมื่อร่างกายมีความเครียด ระบบหลอดเลือดฝอยจะมีขนาดเล็กลงเนื่องจากระบบซิมพาเทติกได้ถูกกระตุ้นอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันต่อมไธมัส และต่อมน้ำเหลืองต่างๆ จะลดความไวลง ความเครียดอย่างยาวนานทำให้ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตมีปริมาณสูงผิดปกติ และเป็นตัวที่ลดการทำงานของเม็ดเลือดขาวที่มีหน้าที่จับกินเชื้อโรคและเซลล์ที่ผิดปกติ ด้วยสาเหตุนี้จึงทำให้บุคคลนั้นเสี่ยงต่อการก่อตัวของมะเร็งง่ายขึ้น การฝึกซิงก์จะทำให้มีการเพิ่มของเม็ดเลือดต้องใช้ความพร้อมทางกายและใจ ในการฝึกฝนซึ่งจำเป็นจะต้องใช้ร่วมกันกับการปรับสมดุลของอาหาร พฤติกรรม การฝึกฝนจิตใจ และการออกกำลังกาย

5.4 การออกกำลังกายด้วยซิงก์ การออกกำลังกายด้วยซิงก์ เป็นการใช้แรงของร่างกายในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใหญ่ที่กระทำเป็นจังหวะและต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก ในแต่ละท่าของการเคลื่อนไหวของร่างกาย ร่วมกับการมีสมาธิ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ แบบสงบนิ่ง (quiescent) หรือแบบพลังภายใน (internal) และแบบเคลื่อนไหว (dynamic) การออกกำลังกายแบบซิงก์เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคระดับปานกลางโดยมีอัตราการใช้พลังงาน 4.0 เมทส์ (1 metabolic equivalents [METs] เท่ากับ อัตราใช้ออกซิเจน 3.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/นาที) (Thompson, 1996)

ขั้นตอนการเตรียมตัว (สุริพร ธนศิลป์, 2553)

1. วางเท้าด้วยความกว้างที่เสมอไหล่ ปลายเท้าชี้ตรง
2. กระตุ้นจุดทั้ง 6 ได้แก่ จุดก้นกบ จุดสะดือ จุดทรวงอก จุดคอหอย จุดหว่างคิ้ว และจุดกระหม่อม โดยกระตุ้นอย่างน้อยท่าละ 5 ครั้ง
3. บริหารข้อต่างๆ เช่น ไหล่ ศอก ข้อมือ สะโพก ข้อเข่า และข้อเท้า

4. ผู้ฝึกการหายใจที่ถูกต้องโดยการหายใจเข้า-ท้องพอง หายใจออกท้องแฟบ อย่างช้าๆและลึกๆ เมื่อหายใจเข้าสุดแล้ว ให้กลั้นลมหายใจไว้สักครู่ จากนั้นค่อยๆผ่อนลมหายใจออกทางปากด้วยการห่อปากเข้าหากัน

ระยะการอบอุ่นร่างกาย (Warm up) เป็นการกระตุ้นจุดทั้ง 6 จุด ประกอบด้วย

จุดก้นกบ 1 ท่า ทำท่าละ 5 ครั้ง

วางจิตไว้ที่ก้นกบ มือเท้าสะเอว หายใจเข้า ย่อเข่าลง หายใจออก จากนั้นเหยียดเข่าขึ้น

จุดสะดือ 3 ท่า ทำท่าละ 5 ครั้ง

ท่าที่ 1: วางจิตที่สะดือ มือเท้าสะเอวบิดไปทางซ้าย หายใจเข้า บิดไปทางขวา หายใจออก

ท่าที่ 2: วางจิตไว้ที่สะดือ แอนไปข้างหลัง หายใจเข้า ก้มตัวมาข้างหน้า หายใจออก

ท่าที่ 3: วางจิตไว้ที่สะดือ หมุนเอวในทิศตามเข็มนาฬิกา หายใจเข้า หมุนเอวในทิศตามเข็มนาฬิกา หายใจออก

จุดทรวงอก 3 ท่า ทำท่าละ 5 ครั้ง

ท่าที่ 1: วางจิตไว้ที่กลางทรวงอก บิดทรวงอกไปทางซ้าย หายใจเข้า บิดทรวงอกไปทางขวา หายใจออก

ท่าที่ 2: วางจิตไว้ที่กลางทรวงอก แยกแขนออกทั้ง 2 ข้าง ดึงศอกไปข้างหลัง หายใจเข้า หุบแขนทั้งสองข้างมาด้านหน้า หายใจออก

ท่าที่ 3: วางจิตไว้ที่กลางทรวงอก มือจับกัน และล็อกเอาไว้ โยกข้อศอกซ้าย ขึ้นบน หายใจเข้า โยกข้อศอกซ้ายลงล่าง หายใจออก

จุดคอหอย 3 ท่า ทำท่าละ 5 ครั้ง

ท่าที่ 1: วางจิตไว้ที่คอหอย หันหน้าไปทางซ้าย หายใจเข้า หันหน้าไปทางขวา หายใจออก

ท่าที่ 2: วางจิตไว้ที่คอหอย เอียงศีรษะไปทางซ้าย หายใจเข้า เอียงศีรษะไปทางขวา หายใจออก

ท่าที่ 3: วางจิตไว้ที่คอหอย แหงนหน้าไปข้างหลัง หายใจเข้า ก้มหน้าลงมา หายใจออก จุดหว่างคิ้ว ทำท่าละ 5 ครั้ง

จุดหว่างคิ้ว 3 ท่า ทำท่าละ 5 ครั้ง

ท่าที่ 1: วางจิตไว้ที่กลางหว่างคิ้ว กลอกตาไปทางซ้าย หายใจเข้า กลอกตาไปทางซ้าย หายใจออก

ท่าที่ 2: วางจิตไว้ที่กลางหว่างคิ้ว กลอกตาขึ้น หายใจเข้า กลอกตาลง หายใจออก

ท่าที่ 3: วางจิตไว้ที่กลางหว่างคิ้ว กลอกตาตามเข็มนาฬิกา หายใจเข้า กลอกตาทวนเข็มนาฬิกา หายใจออก

จุดกระหม่อม 1 ท่า ทำท่าละ 5 ครั้ง

วางจิตไว้ที่กลางกระหม่อม ประสานมือทั้ง 2 ข้าง นิ้วชี้ และนิ้วกลางชี้ออก ยกมือที่ประสานกันขึ้นไปเหนือศีรษะ หายใจเข้า ลดมือลง หายใจออก

ระยะเวลาออกกำลังกาย (Exercise) ฝึกบริหารแนวซิง 4 ท่า

ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ภายหลังจากการกระตุ้นจุดทั้ง 6 จุดแล้ว วางมือทั้ง 2 ไร่ข้างลำตัว ผ่อนคลายจิตใจ และวางจิตไว้ที่ฝ่ามือทั้งสอง จากนั้นหงายฝ่ามือแล้วกวาดมือยกขึ้นผ่านทรวงอก พร้อมหายใจเข้าช้าๆ เมื่อมือมาถึงระดับคาง คว่ำฝ่ามือ ลดมือลงถึงระดับเอว พร้อมกับย่อเข้า พร้อมหายใจออกช้าๆ ทำเช่นนี้ซ้ำๆ ให้ครบ 10 ครั้ง กรณีผู้ฝึกมีปัญหาปวดเข่า ไม่จำเป็นต้องย่อเข้าในทุกท่าที่ฝึก

ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง จากท่าที่ 1 ซึ่งยังย่อเข้าอยู่ เคลื่อนมือทั้งสองข้างที่คว่ำอยู่มาด้านหน้าของขา จากนั้นค่อยๆยกฝ่ามือที่คว่ำอยู่ขึ้นมาด้านหน้าจนถึงระดับอก แล้วจึงแยกฝ่ามือขยายออกไปด้านข้างสุดแขนหายใจเข้าช้าๆ เมื่อฝ่ามือกางจนสุดแล้วค่อยๆดึงฝ่ามือทั้งสองเข้าหากันจนถึงหน้าอก จากนั้นกดฝ่ามือมาถึงหน้าขาพร้อมย่อเข้า จังหวะนี้หายใจออกช้าๆ ทำเช่นนี้ซ้ำๆ ให้ครบ 10 ครั้ง

ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า จากท่าที่ 2 กางแขนออกทางด้านข้าง เหยียดแขนตรง กางแขนขึ้นไปเหนือศีรษะ คล้ายท่านกกางปีกบิน หายใจเข้าจนสุดกลั้นหายใจไว้ พร้อมกับจินตนาการเพื่อดึงพลังจากท้องฟ้าเข้าสู่ร่างกาย แยกแขนออกด้านข้างทั้งสองข้างพร้อมลดแขนลงมาช้าๆ หายใจออก ทำเช่นนี้ซ้ำๆ ให้ครบ 10 ครั้ง

ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา ใช้การจินตนาการว่า เท้าหยังลึกลงไปในพื้นดินเสมือนรากแก้วของต้นไม้ เพื่อไปดูดูพลังจากพื้นดิน ทำนี้จะเคลื่อนมือคล้ายกับท่าแรก โดยจากท่าที่ 3 ตวัดข้อนิ้วจากด้านข้าง เสมือนเอาพลังจากธรรมชาติเข้าในร่างกาย หงายฝ่ามือยกขึ้นจนถึงระดับคาง แล้วคว่ำฝ่ามือ ลดฝ่ามือลง พอถึงระดับเอวกย่อเข้า (หากเป็นท่าจบเมื่อลดฝ่ามือลงก็มาวางข้างลำตัวไม่ต้องย่อเข้า) ทำเช่นนี้ซ้ำๆ ให้ครบ 10 ครั้ง

ระยะผ่อนคลาย (Cool down)

หลังจากฝึกเรียบร้อยแล้ว ทำการบั้นพลัง โดยยกมือทั้งสองข้างมาประกบไว้ใกล้กันระดับหน้าอก จากนั้นดึงฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากันและผลักออกจากกันช้าๆ โดยฝ่ามือทั้งสองไม่แตะกัน จากนั้น หมุนมือทั้งสองข้างเพื่อบั้นพลัง จะรู้สึกวูบวาบหรือร้อน หากมีพลังที่มากจะรู้สึกถึงแรงผลักดันระหว่างฝ่ามือทั้งสอง จากนั้นทำการเก็บพลัง โดยนำพลังขึ้นไปเก็บที่จุดตันเถียน(บริเวณหน้าท้องน้อยต่ำกว่าสะดือ 2 นิ้ว) กรณีผู้ชายให้วางฝ่ามือขวาทับบนฝ่ามือซ้าย ในกรณีผู้หญิงให้วางมือ

ซ้ายทับบนฝ่ามือขวา สูดลมหายใจเข้าออกลึกๆซ้ำๆ พร้อมผ่อนคลายจิตใจสักครู่ จากนั้นให้ทำสมาธิต่อไปได้ อาจใช้การยืน หรือการนั่งก็ได้ เพื่อเป็นการคลายเครียด

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์มาใช้เนื่องจากซิงก์เป็นการบริหารร่างกาย บริหารจิต และบริหารลมหายใจ ก่อให้เกิดสมาธิและการผ่อนคลาย เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ (สุริพร ธนศิลป์ , 2553) เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งกาย อารมณ์ จิตและสังคม (ทัศนีย์ ทองประทีป , 2552) ซิงก์เป็นการรวมการเคลื่อนไหวอย่างช้า เข้ากับสมาธิ การผ่อนคลายและการหายใจผ่อนคลาย (Lee et al, 2003;Johnson & Hassmen, 2008) การเกิดการผ่อนคลายเป็นผลมาจากระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานมากขึ้นจะลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายคือ ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับของความดันโลหิต กรดแลคติกในเลือดลดลง และมีการหลั่งสารเอนโดρφิน จากต่อมใต้สมองกระจายไปสู่สมองส่วนไฮโปธาลามัส มีการหลั่งสาร Endorphin (Benson, 1976 อ้างในโสรัจญา สุริยันต์ , 2545;เทอดศักดิ์ เดชคง , 2547) และเอนเคฟาลินส์ (enkephalins) ซึ่งเป็นการยับยั้งสัญญาณความเจ็บปวด (McGuire, & Shelder, 1993) ดังนั้นความเจ็บปวดจึงลดลง (Mobily, Herr, & Nicholson, 1994) การฝึกซิงก์เป็นการเพิ่มการทำงานของเส้นประสาทเวกัส (Vagus nerve) ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่ผ่อนคลายทำให้ลำไส้ทำงานมากขึ้น มีการเรอและผายลมได้ระหว่างฝึก (เทอดศักดิ์ เดชคง , 2547) ทำให้ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น มีอาการลดลง มีการหลั่งสาร Endorphin จะส่งเสริมจิตใจให้เข้มแข็งแจ่มใส ลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจและเพิ่มความสามารถการทำงานต่างๆของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

4.3.2 การบริหารกาย – จิตแบบซิงก์

4.3.2.1 ในระยะก่อนการผ่าตัด ผู้วิจัยฝึกสอนให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล ด้วยการเริ่มฝึกการหายใจที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยนั่งในทางที่สุขสบายฝึกการหายใจเข้า-ท้องพอง หายใจออกท้องแฟบ อย่างช้าๆและลึกๆ เมื่อหายใจเข้าสุดแล้ว ให้กลั้นลมหายใจไว้สักครู่ จากนั้นค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปาก ด้วยการห่อปากเข้าหากัน และฝึกท่าเตรียมโดยเลือกท่าที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกการหายใจและท่าเตรียมแล้ว ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อน จัดท่านอนให้สุขสบายเพื่อลดอาการปวด พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจและ

ท่าเตรียมได้จนกว่าจะได้รับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียดและความวิตกกังวล

4.3.2.2 การพัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ผู้วิจัยสาธิตการฝึกด้วยท่าเตรียมและท่าฝึกซิงก 4 ท่า ให้ผู้ป่วยได้ฝึกไปพร้อมกันกับผู้วิจัย ภายหลังจากการผ่าตัด 12 ชั่วโมง ทำการฝึกซิงก 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา โดยให้ผู้ป่วยนั่งฝึก ใช้เวลาฝึกประมาณ 15 นาที หลังจากผ่าตัด 1-3 วัน กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารซิงกทั้ง 4 ท่า ใช้เวลา 15 นาทีและฝึกทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง ซึ่งในการฝึกเน้นการมีสมาธิ การเคลื่อนไหวของร่างกายที่สัมพันธ์กับการหายใจ ยืดหลักการเคลื่อนไหวเป็นวง (Roundness) ความนุ่มนวล (Softness) และหลักการยืดขยายออก (Extensiveness)

4.3.2.3 ภายหลังจากผ่าตัดวันที่ 1-3 วัน ให้ผู้ป่วยบริหารซิงกทั้ง 4 ท่า ทำท่าละ 5 ครั้ง ใช้เวลา 15 นาที ในการฝึกซิงกกำหนดให้ฝึกทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและเย็นในเวลาใกล้เคียงกัน ภายหลังจากฝึกเรียบร้อยแล้ว ทำการปั่นพลัง หลังจากนั้นสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ พร้อมผ่อนคลายจิตใจสักครู่ ทำสมาธิต่อไปได้ อาจใช้การยืน หรือการนั่งก็ได้ เพื่อเป็นการคลายเครียด ก่อนและหลังการฝึกซิงกประเมินระดับความปวดและวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย ลงบันทึกในแบบประเมินความปวดและสัญญาณชีพให้เรียบร้อยทุกครั้ง

4.3.2.4 การประเมินผล โดย ผู้วิจัยประเมินถึงผลลัพธ์ ของการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก สอบถามความรู้สึกและอาการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดปัญหาและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ หลังการฝึกบริหารกายจิตแบบซิงก รวมทั้งการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับอาการปวดและความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ชี้แจงปัญหาและอุปสรรค นำข้อมูลที่ได้ให้กับทีมสุขภาพนำไปใช้ในวางแผนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

6. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ

อาการเป็นประสบการณ์การรับรู้และตระหนักรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของชีวจิตสังคม (Biopsychosocial function) แนวคิดนี้เป็นการประเมินภาวะโรคและพิสูจน์ความมีประสิทธิภาพของกลวิธีในการจัดการ ซึ่งอาการและอาการแสดงเป็นตัวบ่งชี้แนวทางการรักษา โดยผู้ป่วยควรได้รับการสอนเรื่องความสำคัญของอาการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจต่ออาการของตนเอง จนผู้ป่วยสามารถให้ความหมายของอาการ และความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการ ดังนั้นการจัดการอาการต้องครอบคลุมถึงการจัดการกับสาเหตุของ

อาการและอาการที่เกิดขึ้น หากการจัดการไม่ได้นำไปใช้กับผู้ป่วย จำทำให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการตามความเชื่อเดิมหรือขอคำแนะนำจากผู้อื่นทำให้มีอาการรุนแรงขึ้นเนื่องจากการจัดการอาการที่ไม่เหมาะสม

Dodd (2001) ได้อธิบายว่าแนวความคิดพื้นฐานของ Symptom management model เชื้อในประสบการณ์และศักยภาพของคน ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้นๆจะสามารถคิดหาวิธีการในการจัดการอาการของตนเองได้ Dodd เชื่อว่าคนมีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อใดก็ตามที่คนไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพยาบาลจะเข้าไปช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้คนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งในการจัดการกับอาการเน้นถึงปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสุขภาพซึ่งส่งผลโดยตรงหรือทางอ้อมต่อประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และผลลัพธ์จากอาการ นอกจากนี้ยังกล่าวถึงแนวคิดความร่วมมือในการรักษา (Adherence) ที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างกลวิธีในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์จากอาการ (Dodd, Janson, Facione, Faucett, Froelicher, Humphreys, et al., 2001(Dodd, Janson, Facione, Faucett, Froelicher, Humphreys, et al., 2001 อ้างอิงในสุริพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์และรุ่งระวี นาวิเจริญ, 2552)

ในแบบจำลองการจัดการกับอาการได้กล่าวถึงข้อตกลงพื้นฐานไว้ 5 ข้อ คือ

1. การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการเป็นของแต่ละบุคคลและเป็นการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง
2. บุคคลอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเนื่องจากผลของตัวแปร เช่น การทำงานที่เป็นอันตราย และกลวิธีจัดการกับอาการอาจจะเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะประสบการณ์อาการ
3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์ และอธิบายการมีประสบการณ์โดยการแปลความหมายผ่านทางครอบครัวหรือผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกับกรรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด
4. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการอาจมีเป้าหมายที่ตัวบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
5. การจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเองโดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วย หรือสิ่งแวดล้อม

แบบจำลองการจัดการกับอาการได้กล่าวถึงมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์ที่ประกอบไปด้วยบุคคล (Person) สุขภาพหรือความเจ็บป่วย (Health and illness) สิ่งแวดล้อม (Environment) และการพยาบาล (Nursing) ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. บุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic) จิตใจ (Psychological) สังคม (Sociological) และสรีรวิทยา (Physiological) ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ที่ทำให้บุคคลมีมุมมอง และตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการ รวมทั้งมีผลต่อระดับพัฒนาการในแต่ละบุคคล และมีผลต่ออูตมิภาวะด้วย
2. สุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการ นอกจากนั้นผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการได้จากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อันตรายจากสถานที่ทำงาน หรือผลข้างเคียงจากการรักษา
3. สภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดอาการหรือทำให้อาการรุนแรงขึ้น ซึ่งประกอบด้วยสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคมและวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมทางกายภาพรวมถึงบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมทางสังคมจะรวมถึงเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม (Social support network) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและวัฒนธรรม เป็นความเชื่อของผู้ป่วย และเป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบเดียวกันในกลุ่มชนหรือเชื้อชาตินั้นๆ ซึ่งสถานที่ที่มีผลต่อวิธีที่จะใช้ในการจัดการอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
4. การพยาบาล พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการควบคุมหรือลดอาการ ไม่ให้รุนแรงมากขึ้นโดยใช้กระบวนการพยาบาล คือ การประเมิน การวางแผน การพยาบาลและการประเมินผล

องค์ประกอบของแบบจำลองการจัดการอาการ

มโนทัศน์หลักในแบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบไปด้วย ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ของอาการ (Symptom Outcomes)

1. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) เป็นประสบการณ์ที่ไม่หยุดนิ่ง และเป็นกระบวนการที่ต้องผ่านการคิดรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งจะนำไปสู่การ

ตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกและเคยปฏิบัติ ดดยบุคคลจะประเมินและตัดสินจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม การเข้าใจถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ความเจ็บป่วย เป็นสิ่งจำเป็นต่อการจัดการกับอาการ โดยผู้ป่วยต้องมีโอกาสในการบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ความเจ็บป่วย เรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนากลวิธีในการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ และเป็นคุณลักษณะด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การได้รับอันตรายและการรักษา ซึ่งประกอบไปด้วย

1.1. การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of symptom) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ ว่าร่างกายหรือพฤติกรรมของตนเองมีการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม (Dodd et al, 2001) การรับรู้เป็นการแปลความหมายของข้อมูลผ่านกระบวนการรู้คิดของบุคคลโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์

1.2. การประเมินผลของอาการ (Evaluation of symptom) หมายถึง การที่บุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ สาเหตุ การรักษา และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (Dodd et al, 2001) การประเมินเป็นการสะท้อนคุณลักษณะของประสบการณ์ที่ผู้ป่วยมีต่ออาการของโรคซึ่งเกิดจากปัจจัยที่ซับซ้อน รวมถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งที่เกิดอาการ ลักษณะของอาการเป็นอย่างชั่วคราวหรือถาวร ความบ่อยของอาการ ความสัมพันธ์ของการไร้สมรรถนะ และการประเมินถึงสิ่งที่คุกคามต่ออาการ

1.3 Response of symptom หมายถึง ความรู้สึก ความนึกคิด หรือพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นหรือเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น บุคคลจะตอบสนองต่ออาการหรือกลุ่มอาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม

1.3.1 การตอบสนองทางด้านร่างกายเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นอาการทางด้านกายภาพที่ปรากฏอาการออกมา เช่น ใจสั่น อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง หรือการนอนไม่หลับ

1.3.2 การตอบสนองทางด้านจิตใจ สะท้อนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกระบวนการคิดหรือทัศนคติ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความตั้งใจลดลง หรืออึดอัดในทัศนเปลี่ยนแปลง

1.3.3 การตอบสนองทางด้านพฤติกรรม เป็นการแสดงความรู้สึกที่มี

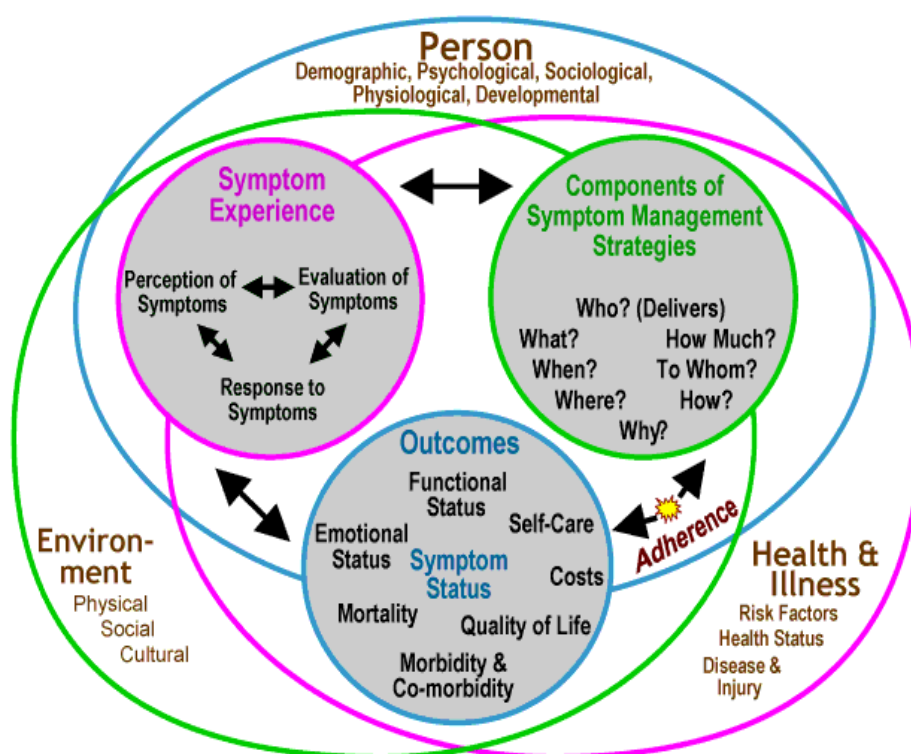
ต่ออาการของโรค รวมทั้งการพูดและการสื่อความหมายด้วยท่าทาง เช่น การร้องไห้ การตะโกน และท่าทางที่สับสน หรือการทำหน้าที่ของบุคคลลดลง เช่น การหลีกเลี่ยงสังคม รูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนไปหรือความสามารถในการดำรงบทบาทเปลี่ยนไป

2. Symptom management strategies หมายถึง กลวิธีการจัดการอาการ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเป็นพลวัต การให้การดูแลหรือบริการแก่ผู้รับบริการจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่อไปนี้อยู่เสมอ Who: ใครควรเป็นผู้จัดการอาการ What: จัดการอาการอะไร How: ใช้วิธีการจัดการอย่างไร Whom: จัดการให้ใคร When: จัดการเมื่อไหร่ Why: ทำไมจึงต้องจัดการ How much: จัดการมากน้อยแค่ไหน

กลวิธีในการจัดการกับอาการในแบบจำลองมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการ คือการป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางลบ หรือเป็นการชะลอผลลัพธ์เชิงลบให้เกิดขึ้นช้าที่สุด ด้วยการใช้อยุทธศาสตร์ในการดูแลตนเอง กลยุทธ์ที่อาศัยบุคลากรทางการแพทย์และการใช้ยาในการรักษา ในการใช้กลยุทธ์นั้นต้องอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ที่ประกอบด้วยกระบวนการประเมินประสิทธิผลการมีอาการจากมุมมองของผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อนำไปสู่กลวิธีการจัดการกับอาการ โดยพยาบาลจะรับฟัง ชักถาม และติดตามการรับรู้อาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วย พยาบาลและผู้ป่วยร่วมมือกันหากกลวิธีในการควบคุมอาการ พยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลเพื่อลดความรุนแรงของอาการ นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อควบคุมอาการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์อื่นๆ ตามมา ซึ่งการควบคุมอาการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวป้องกันอาการหรือจัดการกับอาการที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาจากเป้าหมายการจัดการกับอาการจากผู้ป่วยไปสู่สมาชิกในครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวได้รับประสบการณ์จากตัวผู้ป่วย แล้วนำไปปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการของตนเองได้เช่นกัน (สุริพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์และรุ่งระวี นาวีเจริญ, 2552)

3. Symptom Outcomes เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการอาการ เพื่อประเมินว่ากลวิธีในการจัดการอาการได้ผลหรือไม่ โดยใช้การประเมินในผลลัพธ์ 8 ด้านคือ 1) ค่าใช้จ่าย (Costs) โดยจะรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน

รวมถึงรายได้ที่ลดลงจากการที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลทำให้เสียโอกาสในการทำงาน 2) ภาวะอารมณ์ (Emotional status) 3) การดูแลตนเอง (Self-care) 4) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) 5) คุณภาพชีวิต (Quality of life) 6) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (Morbidity & co-morbidity) 7) อัตราการตาย (Mortality) และ 8) ความรุนแรงของอาการ (Symptom status) โดยผลลัพธ์ทั้งหมดอาจจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน



ภาพที่ 1 Symptom Management Model. (Cerrant Model.)

ที่มา: Humphreys, J., Lee, K.A., Carrieri-Kohlman, V., Puntillo, K., Faucett, J., Janson, S., Aouizerat, B., Donesky-Cuenco, D. (2008). Theory of Symptom Management. In M.J. Smith, & PR Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing, Second Edition* (pp. 147). New York, NY: Springer Publishing Company.

เมื่อใดก็ตามที่กลวิธีในการจัดการอาการไม่เกิดประสิทธิภาพ จะต้องมีการทบทวนและประเมินประสพการณ์การเกิดอาการและกลวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการใหม่ เนื่องจากอาการมีการเกิดแบบพลวัต (Dynamic) วิธีการในการจัดการอาการแบบเดิมอาจไม่มีความเหมาะสมกับ

อาการแสดงที่เกิดขึ้นในขณะนั้น การทบทวนการประเมินใหม่ เป็นการกระตุ้นให้บุคคลคิดค้นหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการอาการต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) อธิบายถึงประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการความปวดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินได้ตั้งแต่ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ผู้ป่วยจะประเมินประสบการณ์การมีอาการปวดท้องที่เกิดขึ้น รับรู้อาการและความรุนแรงของอาการ ผลกระทบของอาการที่มีต่อร่างกายและจิตใจ เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ในเบื้องต้นผู้ป่วยจะค้นหาวิธีการต่างๆ ในการจัดการกับอาการปวดท้องด้วยตนเองก่อน ไม่ว่าจะเป็นการจัดทำทางให้สุขสบาย หายามารับประทานตามอาการที่รับรู้ การพักผ่อน หลังจากนั้นผู้ป่วยประเมินผลของวิธีการจัดมีผลต่ออาการที่เกิดขึ้น หากวิธีการที่จัดการนั้นไม่ได้ผล รับรู้ถึงความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้น มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจมากขึ้น ผู้ป่วยจะค้นหาและเลือกวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสมต่อไปเพื่อให้ตนเองได้รับความปลอดภัยมากที่สุด โดยเลือกที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคที่ต้องได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน เป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตและความรู้สึกของผู้ป่วย เกิดความกลัวและมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ไม่สุขสบายจากอาการปวดท้องที่รุนแรงมากขึ้น อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป กลัวการผ่าตัด และผลของการผ่าตัดความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย มีสัมพันธภาพที่ดี รับฟัง ชักถาม และติดตามการรับรู้อาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วย พยาบาลและผู้ป่วยร่วมมือกันหากลวิธีในการควบคุมอาการ ลดความรุนแรงของอาการ เพื่อให้เกิดความสบาย ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อควบคุมอาการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสามารในการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ที่ต้องการคือด้าน Emotional status มีความวิตกกังวลลดลง และด้าน Symptom status มีความปวดลดลง โดยเฉพาะความปวดหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นการดูแลรักษาความปวดที่มีเป้าหมายในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Taylor, 2009) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย สามารถดูแลตนเองได้ คงไว้ซึ่งการทำงานปกติของร่างกายและจิตใจและจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ปวด (Heath, 1995) ร่วมกับการลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อ

ความปวดและความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด (Ip et al,2009) ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับสู่การฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว (Samaraee, Rhind, Saleh & Bhattacharya, 2010) จากแนวคิดของ Dodd (2001) สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้โดยการจัดกิจกรรมพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย มุ่งเน้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้จัดการกับอาการของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับอาการและการเจ็บป่วยของตนเองในแต่ละช่วงเวลา กล่าวคือในระยะก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง มีความวิตกกังวลสูง ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการปวด และความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะส่งผลต่อความปวดในระยะหลังการผ่าตัดลดลง แต่ถ้าผู้ป่วยยังคงมีระดับความปวดเพิ่มสูงขึ้น ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ จะทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์และทัศนคติที่ไม่ดีต่อความปวดได้ที่เกิดขึ้น เป็นผลทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นซึ่งจะส่งผลเกี่ยวเนื่องถึงความปวดในระยะหลังผ่าตัดเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน (Lin & Wang, 2005) ในการลดความวิตกกังวลและความปวดก่อนระยะผ่าตัดก่อให้เกิดความผาสุกแก่ผู้ป่วยและมีการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดที่ดี (Hartsfield and Clopton, 1985) ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์และพัฒนารูปแบบกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการจัดการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบที่ 4 สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและลดการเฝ้าทางอารมณ์ ประเมินสภาพผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะพูดคุยด้วยหรือไม่ พูดคุยซักถามถึงอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อรู้ว่าต้องได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน การรับรู้ เข้าใจและประเมินความรุนแรงของอาการปวดท้อง หรือผลกระทบต่อตนเอง ประสบการณ์ในการจัดการกับอาการปวดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการปวดท้อง แนวทางการรักษาด้วยการผ่าตัด ชนิดต่างๆ และปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้ตามความต้องการของผู้ป่วย ตามสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล และอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องและสามารถจัดการกับอาการ ความวิตกกังวลและอาการที่เกิดขึ้นได้ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการผ่าตัด การ

ปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเป็นการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และผลของการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้งเพิ่ม โดยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการรบกวนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามให้เกิดความเข้าใจ นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้ง ผู้วิจัยพูดคุย ซักถามถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติตนเพื่อลดความปวดต่างๆและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้วิจัยสาธิตการฝึกด้วยท่าเตรียมและท่าฝึกซิงกิ้ง 4 ท่า ให้ผู้ป่วยได้ฝึกไปพร้อมกันกับผู้วิจัย โดยแบ่งฝึกเป็น ก่อนการผ่าตัด ให้ฝึกการหายใจและฝึกท่าเตรียมใช้เวลา 15 นาที หลังการผ่าตัด 12 ชั่วโมง ทำการ ฝึกซิงกิ้ง 4 ท่า คือ ท่าที่1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวงอก ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า ท่าที่4 ลมปราณชานกายา โดยให้ผู้ป่วยนั่งฝึก ใช้เวลาฝึกประมาณ 15 นาที ถ้าสภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่พร้อมต่อการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้งใน 4 ท่านี้ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำท่าเตรียมร่วมกับการหายใจที่ถูกต้องใช้เวลา 15 นาที ในวันที่ 1-3 วันหลังการผ่าตัด กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้งทั้ง 4 ท่า ใช้เวลา 15 นาทีและฝึกทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง ซึ่งในการฝึกเน้นการมีสมาธิ การเคลื่อนไหวของร่างกายที่สัมพันธ์กับการหายใจ ยืดหลักการเคลื่อนไหวเป็นวง (Roundness) ความนุ่มนวล (Softness) และหลักการยืดขยายออก (Extensiveness)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยผู้วิจัยประเมินถึงผลลัพธ์ของการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้ง สอบถามความรู้สึกและอาการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดปัญหาและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจหลังการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้ง รวมทั้งการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับอาการปวดและความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ชี้แจงปัญหาและอุปสรรค นำข้อมูลที่ได้ให้กับ ทีมสุขภาพนำไปใช้ในวางแผนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้งในการลดความวิตกกังวลและความปวด

ชบา เรียนมรย์ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้งต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งมี

คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 20 รายและกลุ่มควบคุม 20 ราย ซึ่งมีการพัฒนาโปรแกรมขึ้นมาจากแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) แนวคิดการบริหารกาย-จิตและชี่กง และแนวความคิดมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่าโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชี่กง สามารถลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ การบริหารกาย-จิตแบบชี่กงเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมองค์รวม พยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ เข้าใจสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้น สามารถจัดการกับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรกฎ สุวรรณจักรเดชา (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในระดับคะแนนความเครียด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง ซึ่งโปรแกรมนี้นพัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีระดับคะแนนความเครียดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งภายหลังได้รับโปรแกรมฯไม่มีความแตกต่างกัน

วัชรวรรณ จันทรอินทร์ (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก อายุกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 รายและกลุ่มทดลอง 20 ราย ที่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุมีความแตกต่าง กันไม่เกิน 5 ปี และการได้รับยาเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงและการพยาบาลปกติ ในโปรแกรมนี้นักวิจัยได้พัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความต้องการและ

ประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ 3) การบริหารกาย-จิตแบบซิงก 4) การประเมินผล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงก จำนวน 5 ครั้งร่วมกับการพยาบาลปกติ มีความเหนื่อยล้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลปกติ แต่ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันทีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคะแนนความเหนื่อยล้า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

อุทุมพร รูปเล็ก (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 รายและกลุ่มทดลอง 20 ราย ที่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของคะแนนของความเหนื่อยล้าและระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกและการพยาบาลปกติ ในโปรแกรมนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก 3) การประเมินผล โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงกที่บ้านอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 15 นาที โดยให้กลุ่มทดลองประเมินการปฏิบัติด้วยตนเองในแบบบันทึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงกและนำมาในวันที่นัดพบกับอีก 4 และ 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เกศรางค์ เสียงไพโรจน์ (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนอำเภอพนมสารคาม ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 รายและกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยให้แต่ละกลุ่มมีความเหมือนกันในเรื่องเพศและระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับเท่ากัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ

โดยเน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ในโปรแกรมนี้ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง 3) การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 4) การปฏิบัติการในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง 5) การประเมินผลการจัดการกับอาการหายใจลำบาก โดยให้ผู้ช่วยฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก วันละ 20 - 30 นาที ในเวลาเช้าหรือเย็น เป็นเวลา 6 สัปดาห์ และลงบันทึกในตารางการบริหารกาย-จิตแบบซิงก พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Lee et al. (2003) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาด้วยซิงกต่อระดับความดันโลหิต ความปวด อาการผิดปกติในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยการสุ่มตัวอย่างผู้ร่วมทดลองทั้งหมด 94 คน เป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีอาการปวดเรื้อรัง (ปวดข้อ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อปวดเส้นประสาท ที่มีอาการปวดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 47 คน ได้รับการฝึกซิงกจากครูฝึกที่มีประสบการณ์ในการฝึกซิงกมาอย่างน้อย 1 ปี กลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติแบบหลอก 47 คน ทั้งสองกลุ่มใช้เวลาในการทดลอง 10 นาที พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกซิงกมีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความอ่อนล้าและความปวด ระดับความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติหลอก

Lee et al. (2004) ได้ศึกษาผลของการฝึกซิงกต่อความวิตกกังวล คอร์ติซอล, ACTH และ Aldosterone จากการสุ่มตัวอย่างผู้ชายที่มีอายุระหว่าง 20 - 40 ปี จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน และกลุ่มควบคุม 16 คน โดยทดลองใช้เวลาในการฝึกซิงก 1 ชั่วโมงพบว่าภาวะความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองที่มีการฝึกซิงกมีความวิตกกังวล ระดับคอร์ติซอล, ACTH และ Aldosterone ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Johansson, Hassmen and Jouper (2008) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยซิงกต่อสภาวะทางอารมณ์และความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ฝึกซิงกขั้นพื้นฐานจำนวน 35 คน และเป็นผู้ฝึกซิงกขั้นสูงจำนวน 24 คน ใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 28 คนและกลุ่มควบคุม 31 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยซิงกซึ่งประกอบด้วย การฝึกการผ่อนคลาย การฝึกซิงกและการนวดด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 30 นาที ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีสภาวะทางอารมณ์และความวิตกกังวลหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ แต่สภาวะทางอารมณ์และความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Oh et al. (2008) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต (QOL) ของผู้ป่วยมะเร็งมักจะลดลงเนื่องจากผลข้างเคียงจากการรักษาและอาการของโรค ซี่กิง (เป็นการออกกำลังกายอย่างช้าๆ ผ่อนคลายทางสมาธิและการหายใจตามพื้นฐานศาสตร์แห่งพลังของการแพทย์จีน) ในการศึกษานี้เป็น การศึกษานำร่องถึงความเป็นไปได้ การยอมรับ และผลของ ซี่กิง ในการประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกันจำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการฝึกซี่กิง 8 สัปดาห์ร่วมกับการรักษาตามปกติ ในการ สุ่มตัวอย่างนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างสมบูรณ์ 14 คน และได้รับยาเคมีบำบัด 16 คน ผล การศึกษาพบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมิน ORTC QLQ-C 30 และ ความก้าวหน้าของโรคด้วยการตรวจ biomarker กลุ่มทดลองหลังได้รับการฝึกซี่กิงมีผลข้างเคียง จากการรักษาลดลงและมีการอักเสบลดลงเมื่อตรวจ biomarker

การบริหารกายจิตด้วยชีกง:

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและลดการเฝ้าทางอารมณ์ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อรู้ว่าต้องได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน ประสบการณ์ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้ตามความต้องการของผู้ป่วย ตามการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และผลของการบริหารกาย-จิตแบบชีกงเพิ่ม โดยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการรบกวนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามให้เกิดความเข้าใจ นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแบบชีกง ผู้วิจัยสาธิตการฝึกด้วยท่าเตรียมและท่าฝึกชีกง 4 ท่า โดยแบ่งฝึกเป็น ก่อนการผ่าตัด ให้ฝึกการหายใจและฝึกท่าเตรียมใช้เวลา 5 นาที หลังการผ่าตัด 12 ชั่วโมง ทำการ ฝึกชีกง 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา โดยให้ผู้ป้วยนั่งฝึก ใช้เวลาฝึกประมาณ 15 นาที หลังจากผ่าตัด 1-3 วัน กระตุ้นให้ผู้ป้วยบริหารชีกงทั้ง 4 ท่า ใช้เวลา 15 นาทีและฝึกทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยประเมินถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับอาการปวดและวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป้วยได้ชี้แจงปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งวางแผนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป้วยครอบครัวและทีมสุขภาพ รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลผู้ป้วยต่อไป

ความวิตกกังวลและความปวด

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) ใช้แบบแผนการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งต่อความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน โดยมีแบบแผนการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม O_1 — O_2 — O_3 — O_4, O_5
 กลุ่มทดลอง O_6 — X — O_7 — X — O_8 — X — O_9, O_{10}

O_1, O_6 หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

O_2, O_7 หมายถึง ความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

O_3, O_8 หมายถึง ความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในระยะ 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

O_4, O_9 หมายถึง ความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในระยะ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

O_5, O_{10} หมายถึง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ได้แก่ ไส้ติ่งอักเสบหรือแตก ลำไส้ทะลุ กระเพาะอาหารทะลุ ลำไส้อุดตัน ไข่เลื่อนอุดตัน เยื่อช่องท้องอักเสบเฉียบพลันและอวัยวะในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก และโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่มีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ที่ได้รับการผ่าตัด Appendectomy, Explore lap, Cholecystectomy และ Herniorrhaphy
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังเข้ากลุ่มทดลอง เช่น การเกิดภาวะช็อค การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจภายหลังการผ่าตัด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางของ สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ์ วิรัชชัย (2546) ซึ่งได้เสนอไว้ว่าในการวิจัยกึ่งทดลอง ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละไม่น้อยกว่า 20 คน ซึ่งในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวและมีขนาดใหญ่พอในการทำวิจัย ผู้วิจัยได้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยรวมทั้งหมด 40 คนตามคุณสมบัติและเกณฑ์ที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งในระหว่างการดำเนินการวิจัยพบว่า มีการคัดออกของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม การจัดการอาการที่เน้น การบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกันได้ตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจนครบจำนวนที่ใช้ในการวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม

ในการวิจัยครั้งนี้ได้คัด ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองออก 17 ราย เนื่องจาก ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายและตรวจพิเศษ Ultrasound Abdomen พบว่าเป็นโรคที่ไม่ต้องได้รับการผ่าตัด คือผู้ป่วยเป็นนิ่วในถุงน้ำดี 3 ราย นิ่วในท่อไต 3 ราย ลำไส้อักเสบ 4 ราย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุหลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว หายใจเหนื่อยจำนวน 3 ราย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ตั้งอักเสบมีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบเฉียบพลันในวันที่ 3 หลังผ่าตัด 1 ราย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุหลังผ่าตัดวันที่ 3 มีลำไส้ออกมาทางหน้าท้องตามแนวแผลที่

ผ่าตัด 1 ราย และผู้ป่วยปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการวิจัยในวันแรกหลังผ่าตัด 3 ราย เนื่องจากต้องการพักผ่อน อยู่ในภาวะอารมณ์หงุดหงิดที่ญาติผู้ดูแลไม่ตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วย และเป็นห่วงมารดาที่เกิดอุบัติเหตุล้มกระดูขาหักอยู่ที่บ้าน จึงไม่สามารถมีส่วนร่วมจนครบตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่ตามการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม นอกจากนี้ในกลุ่มทดลองยังมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องและตัดต่อลำไส้ เนื่องจากได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยาน 2 ราย เป็นเนื้องอกในกระเพาะอาหารจำนวน 2 ราย มะเร็งลำไส้เปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง 3 ราย ถูกยิงลำไส้ทะลุเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 8 รายนั้นไม่สามารถนำมาจับคู่กับกลุ่มควบคุมได้ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถจับคู่กับกลุ่มทดลองได้มีจำนวน 10 คน เป็นผู้ป่วยไส้ติ่งแตกได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องมีแผลแนว Mid line 1 ราย ผู้ป่วยเพศหญิงไส้ติ่งแตกอายุ 20 ปี 1 ราย อายุ 35 ปี 1 ราย อายุ 28 ปี 1 ราย และผู้ป่วยเพศชายไส้ติ่งแตกอายุ 56 ปี 1 ราย ผู้ป่วยไส้เลื่อนอุ้งคูดตัน 1 ราย ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บในช่องท้องลำไส้ทะลุ 1 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี เพศหญิง 1 ราย และเพศชาย 1 ราย ผู้ป่วยกระเพาะทะลุอายุ 35 ปี 1 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก และโรงพยาบาลราชบุรี โดยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 20 คนก่อน และหลังจากนั้นพิจารณาจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนตามลำดับ ในการเก็บข้อมูลวิจัยนั้น ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลโพธารามกลุ่มละ 8 คนและโรงพยาบาลดำเนินสะดวก กลุ่มละ 3 คน โรงพยาบาลราชบุรีกลุ่มละ 9 คน โดยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อน การผ่าตัดและในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด และประเมินระดับความปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด , 48 หลังผ่าตัดและ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

2. ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองมาจับคู่กับกลุ่มควบคุม (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันดังต่อไปนี้ คือ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค และวิธีการผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ทั้ง 20 คู่ เป็นเพศชาย 17 คู่ เพศหญิง 3 คู่ ได้รับการวินิจฉัยโรคและ วิธีการผ่าตัดชนิดเดียวกันทั้งหมด (ตารางที่ 9 ในภาคผนวก จ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1.1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติการผ่าตัด

โดยผู้วิจัย/พยาบาลประจำการเป็นผู้สัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์นี้ ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวกและโรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้ด้วยตนเองเนื่องจากเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานของทั้งสองโรงพยาบาลนั้นมีอัตรากำลังไม่เพียงพอกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ขาดผู้ช่วยเหลือคนใช้ พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานแทนเป็นบางครั้ง

1.1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด การใช้ยาระงับความรู้สึก และศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัด ส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแบบบันทึกการรักษาของแพทย์และแบบบันทึกผลของการผ่าตัดของแพทย์

1.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberg และคณะ (1983) ที่มีชื่อเรียกว่า State-Trait Anxiety Inventory STAI Form Y-1 ซึ่งแบบวัดนี้ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ , สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา(2534) ประกอบด้วยคำถามที่แสดงความรู้สึกวิตกกังวลทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ (ข้อที่ 1 , 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20) และข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ (ข้อที่ 3 , 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18) แต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้าง มีค่อนข้างมาก และมีมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมาก
มีบ้าง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก ให้คะแนนดังนี้ มากที่สุดให้ 1 คะแนน ค่อนข้างมากให้ 2 คะแนน มีบ้างให้ 3 คะแนน ไม่มีเลยให้ 4 คะแนน ส่วนข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ การให้คะแนนจะเป็นไปในทางตรงข้าม

สำหรับในกา รวิจัยครั้งนี้ คะแนนรวมทั้งฉบับ มีค่าตั้งแต่ 20 -80 คะแนน โดยคะแนนรวม มากหมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อยหมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ ซึ่งการแบ่ง ระดับของช่วงคะแนนนั้น สปีดเบอร์เกอร์และคณะไม่ได้แบ่งช่วงคะแนนของระดับความวิตกกังวล จากแบบประเมินที่สร้างไว้ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย (ยูทอ ไกรวรรณ์ , 2553) คำนวณค่าคะแนนสูงสุดของแบบสอบถาม ลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้ว นำผลต่างที่ได้ไป ใช้ในการหาค่าความห่างของช่วงคะแนนในอันตรายภาคชั้น ซึ่งแบ่งระดับคะแนนความวิตกกังวลได้ เป็น 5 ระดับคือ

คะแนน 20 - 32 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวล ระดับต่ำมาก

คะแนน มากกว่า 32 - 44 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวลระดับต่ำ

คะแนนมากกว่า 44 - 56 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวล ระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า 56 - 68 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวลระดับ สูง

คะแนนมากกว่า 68 - 80 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวลระดับ สูงมาก

1.3 แบบประเมินความปวด โดยใช้ประเมินระดับความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับ ตัวเลข (Numeric Rating Scale; NRS) ของ Johnson การวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่อง ๆ ละ 1 เซนติเมตร มีระดับความปวดตั้งแต่ 0 – 10 และมีข้อความกำกับอยู่ที่ คะแนน 0, 5, 10 (0 หมายถึงไม่รู้สึกปวด 5 หมายถึงปวดปานกลาง 10 หมายถึงปวดมากจนทน ไม่ได้) ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่มีตัวเลขแทนค่าความรุนแรงของความปวด โดยปลาย ข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด ปลายอีกข้างแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวด รุนแรงมากที่สุด ผู้ป่วยทำเครื่องหมายตรงเลขใดถือเป็นคนคะแนนความปวด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน เป็นรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิด การจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งเพื่อนำไปใช้ลด ความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินซึ่งมีขั้นตอนการสร้าง โปรแกรมคือ

2.1.1 ศึกษา ค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสารวิชาการ บทความ วารสาร ผลงานวิจัย ทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง กับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการ ผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดถึงระยะการผ่าตัด ความปวดจากอาการปวดท้อง แบบเฉียบพลันก่อนการผ่าตัดและอาการปวดแผลหลังการผ่าตัด การจัดการอาการ ของ Dodd

(2001) และการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก ซึ่งมึเนื้อหา สอดคล้องกับ ประสบการณ์และ ความสามารถที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับ 3 องค์ประกอบได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย (Symptom experience) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์จากอาการ (Symptom outcome) นำมาวิเคราะห์และพัฒนาเป็นแนวทาง ในการสร้างโปรแกรมเพื่อ ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการอาการ ที่เกิดขึ้นคือ ความวิตกกังวล และ ความปวดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.1.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนด สาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการ บริหารกาย-จิตแบบซึ่ก เพื่อลดความวิตกกังวล และ ความปวดหลังการผ่าตัด ประกอบด้วยหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของโปรแกรม วิธีการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการ และการประเมินผลของโปรแกรม

2.1.3 วางแผนรูปแบบของการจัดทำกิจกรรม การพยาบาล ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ การประเมินผลภายหลังของการฝึกบริหารสกาย-จิต แบบซึ่ก

2.1.4 จัดทำแผนการสอนและสื่อที่ใช้ประกอบ โดยค้นคว้าจากตำรา และการ ทบทวนวรรณกรรม โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่อง การผ่าตัดช่องท้อง พยาธิสภาพและสาเหตุของ อาการปวดท้องแบบเฉียบพลัน การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้องเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

2.1.5 จัดสร้างโปรแกรม การจัดการอาการที่เน้น การบริหารกาย-จิตแบบซึ่กเพื่อ ลดความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเริ่มจาก การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง ด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึก ว่างใจและลดการเฝ้าทางอารมณ์ พูดคุยซักถามถึงอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความรู้สึกที่ ต้อง ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและ บอกเล่าถึง ความวิตกกังวลที่ เกิดขึ้นเมื่อรู้ว่าต้องได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และ ประสบการณ์ ในการปฏิบัติตนเพื่อลดความปวดต่างๆ และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นที่ผ่านมา สิ่งเหล่านี้จะทำให้ ทราบถึง การรับรู้ ความเข้าใจและ การประเมินความรุนแรงของอาการ หรือผลกระทบ ที่เกิดขึ้น ประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของผู้ป่วย ถ้าหากมีสิ่งที่คุณป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการที่ เกิดขึ้นนั้นได้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยแจ้งให้กับทีมสุขภาพทราบเพื่อนำไปวางแผน แก้ไข

และให้บริการการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามความเหมาะสม และลดปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล ความปวดของผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดช่องท้อง

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ข้อมูล ความรู้ตามความต้องการของผู้ป่วย ตามสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล และอาการรบกวนที่เกิดขึ้น ข้อมูล ที่ให้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด นอกจากนี้ผู้วิจัย ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และผลของการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้งเพิ่ม เต็ม เป็นการเสนอแนวทางในการจัดการกับอาการอีกวิธีทางหนึ่งซึ่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ก่อให้เกิดความสบาย ผ่อนคลายจากความวิตกกังวลและมีความทุกข์ทรมานจากความปวดลดลง โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสอนเป็นรายบุคคล พร้อมกับภาพแผ่นพลิกและคู่มือการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้ง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และมีความรู้ สามารถจัดการกับอาการรบกวนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้ง หลังจากผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้งแล้ว ผู้วิจัยจะสอนและสาธิตการ ผี๊กท่าการบริหารกาย-จิตแบบ ซิงกิ้งร่วมกับผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด จัดให้ผู้ป่วย นิ่งหรือนอนในท่าทางที่สบายต่อการผี๊ก ผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยการเริ่มผี๊กการหายใจที่ถูกต้อง ร่วมกับการสร้างสมาธิและสัมผัสพลังซิงกิ้งด้วยการนำจิตวางไว้ที่ฝ่ามือแล้วขยับฝ่ามือเข้าหากันแล้วออกจากกันซ้ำๆ (อยู่ในช่วงห่าง 5-10 นิ้วฟุต) โดยไม่ให้ฝ่ามือทั้งสองข้างสัมผัสกัน และสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการผี๊กการหายใจและการสร้างสมาธิและพลังซิงกิ้งแล้ว ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อน จัดท่านอนให้สบายเพื่อลดอาการปวดท้อง พุดคุยให้กำลังใจ แก่ผู้ป่วยและญาติ ส่วนในระยะหลังการผ่าตัด ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องแล้ว ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนจนรู้สึกตัวดี ดีขึ้นดี ภายหลังจากการผ่าตัด 12 ชั่วโมง ประเมินสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการผี๊กการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้ง รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในวันที่ 1 ของการผ่าตัดให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบายหรือไขว่ห้างปรับระดับให้นอนหัวสูงร่วมกับการผี๊กการหายใจและขยับฝ่ามือเข้าหากัน 15 นาที ในวันที่ 2-3 ของการผ่าตัดผู้วิจัยผี๊กสอนซิงกิ้ง 4 ท่าให้กับผู้ป่วย โดยจัดท่าให้ผู้ป่วยนั่ง หรือนอนบนเตียง ในท่าที่สบายผี๊กซิงกิ้ง 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา โดยให้ผู้ป่วยผี๊กไปพร้อมกับผู้วิจัย ใช้เวลาผี๊กประมาณ 15 นาที ถ้าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่มีแผลที่หน้าท้องยาว ในวันที่ 2-3 หลังผ่าตัดให้ผี๊กท่าเดียวกับวันที่ 1 ได้พร้อมทั้งแจกคู่มือการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้งสำหรับผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ให้ผู้ป่วย ผี๊กการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้งทั้ง 4 ท่า และผี๊กทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง ซึ่งในการผี๊กเน้นการมีสมาธิ การ

เคลื่อนไหวของร่างกายที่สัมพันธ์กับการหายใจ ยึดหลักการเคลื่อนไหวเป็นวง (Roundness) ความนุ่มนวล (Softness) และหลักการยืดขยายออก (Extensiveness)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยผู้วิจัยประเมินถึงผลลัพธ์ของการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ สอบถามความรู้สึกและอาการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดปัญหาและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ หลังการฝึกการบริหารกายจิตแบบซิงก์ รวมทั้งการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับอาการปวดและความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ชี้แจงปัญหาและอุปสรรค นำข้อมูลที่ได้ให้กับทีมสุขภาพนำไปใช้ในวางแผนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

การสร้างสื่อที่ใช้ในโปรแกรมการบริหารกายจิตแบบซิงก์สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมีรายละเอียดดังนี้

แผนการสอนเรื่องการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับพยาธิสภาพและสาเหตุของอาการปวดท้องแบบเฉียบพลัน การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

2.2 คู่มือการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของการผ่าตัดช่องท้อง สาเหตุและอาการปวดท้องเฉียบพลัน การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดช่องท้อง การดูแลตนเองหลังผ่าตัด ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง วิธีการจัดการความวิตกกังวลและความปวด การบริหารกาย-จิตแบบซิงก์สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องซึ่งจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักของซิงก์ ประโยชน์ของการฝึกซิงก์ ข้อควรระวังในการฝึกซิงก์ การฝึกซิงก์สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง และการเก็บพลัง การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจหาความตรงตามเนื้อหา(Content Validity)

1.1 โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ ผู้วิจัยนำโปรแกรมนี้และสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด แบบบันทึกสัญญาณชีพและคู่มือการบริหารกายจิตแบบซิงก์สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง นำไปเสนอผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน คือ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญทางด้านศัลยกรรม 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญทางด้านศัลยกรรม 2 คน ผู้มีความรู้ความชำนาญเรื่องการบริหารกาย-จิต 1 คน และ

พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลศัลยศาสตร์ 1 คน ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา และนำข้อเสนอแนะที่ได้รับการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน 3 ราย

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ตรวจสอบ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ และความสอดคล้องระหว่างสื่อที่ใช้กับเนื้อหา โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. ให้ปรับแก้ไขในความถูกต้องของภาษาที่ใช้ทั้งในแผนการสอนและในคู่มือ ให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน เน้นการสื่อความหมายด้วยภาพซึ่งจะเห็นภาพได้ชัดเจนกว่าเป็นตัวหนังสือ เพิ่มขนาดของตัวหนังสือให้เห็นชัดเจนกว่าเดิม
2. คู่มือการบริหารกายจิตแบบซิงกสำหรับผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัด ช่องท้อง ให้สื่อสารด้วยภาพมากขึ้นและควรเป็นภาพของคนไทยหรือภาพการ์ตูนแทนการใช้ภาพของชาวต่างชาติ ภาษาที่ใช้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ขนาดตัวหนังสือให้มีขนาดใหญ่ขึ้น และมุ่งประเด็นให้เห็นความสำคัญของการฝึกบริหารกายจิตแบบซิงก มีประโยชน์อย่างไร

ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุง สื่อประกอบ และคู่มือความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

1.2 แบบประเมินอาการวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI from Y-1) ของ Spielberger และคณะ (1983) ฉบับที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา(2534) โดยได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความเหมาะสมของแบบประเมินอาการวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาซ้ำ เนื่องจากแบบวัดวิตกกังวล STAI from Y-1 เป็นแบบวัดที่ใช้ได้อย่างแพร่หลายในหลายกลุ่มบุคคล (Grimm, 1997) มีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับ และยังไม่มีพบปัญหาการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger, 1983 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534)

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

2.1 โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ภายหลังการ

แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้เสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลโพธาราม จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม ภาพสื่อความหมาย ความเหมาะสม ทางด้านภาษาที่ใช้ และระยะเวลาอีกครั้ง พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในเนื้อหาได้ดี ขนาดและรูปแบบตัวหนังสือมีความเหมาะสมและภาษาที่ใช้เข้าใจได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นมากขึ้น การสื่อสารด้วยภาพแล้วเข้าใจได้ง่าย และสามารถนำคู่มือที่ได้รับไปปฏิบัติได้

1.2 แบบประเมินอาการวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI from Y-1) ของ Spielberger และคณะ (1983) ฉบับที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ , สมโภชน์ เอี่ยมสุภาสิต และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา(2534) ได้นำไปวัดความวิตกกังวลของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของโรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่ จำนวน 86 คน นำผลการทดลองที่ได้นำมาทดสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .90 และเป็นแบบวัดความวิตกกังวลที่ใช้ได้ในกลุ่มตัวอย่างหลายประเภท

ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินแต่เป็นคนละกลุ่มกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ในโรงพยาบาลโพธาราม จำนวน 12 คน และโรงพยาบาลราชบุรีจำนวน 18 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .79 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ผู้วิจัยได้นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอีกครั้งได้เท่ากับ .90 ซึ่งเป็นค่าที่สูงยอมรับได้ ค่าที่ยอมรับได้มีค่าเท่ากับ .70 ขึ้นไป (DeVellis, 1991)

1.3 แบบประเมินความปวด โดยใช้ประเมินระดับความปวดแบบเส้นตรง เรียงลำดับตัวเลข (Numeric Rating Scale; NRS) ของ Johnson ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (Numeric Rating Scale; NRS) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน โดยการประเมินความปวดซ้ำ (Test-retest Method) ห่างกัน 1 ชั่วโมง แล้วนำคะแนนที่ได้มาหาความสัมพันธ์ (Pearson's Product Moment Correlation) จำใช้ค่า $r \geq .70$ จึงจะกล่าวได้ว่าแบบสอบถามมีความคงที่สูง (Carmine and Zeller, 1979) ซึ่งได้ค่า $r = .77$ และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจาก

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ผู้วิจัยได้นำมาคำนวณหาความสัมพันธ์อีกครั้ง $r = .75$ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

1.1 เตรียมผู้วิจัย

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่องราวโรคที่ต้องได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน ความวิตกกังวล ความปวด และการบริหารกาย-จิตแบบซิงก โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งต่างประเทศและในประเทศ กับ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงกโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1.1 ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและเหมาะสม

1.1.2 ผู้วิจัยศึกษา ฝึกฝนและทดลองปฏิบัติวิธีการการบริหารกาย-จิตแบบซิงกที่ถูกต้องและมีคุณภาพกับรองศาสตราจารย์สุวีพร ธนศิลป์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 2 ครั้ง ในระยะเวลา 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตแบบซิงกกับผู้ป่วยภายใต้คำแนะนำของอาจารย์เพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ผู้วิจัยเป็นผู้นำการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงกในการฝึกปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ที่เข้ารับการดูแลรักษาในวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร 6 ครั้ง ใช้เวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 40 นาที

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยเลือกพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมมากกว่า 5 ปี จำนวน 3 คน ผู้วิจัยให้ความรู้และอธิบายขั้นตอนการวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยรับทราบและเข้าใจถึงการบริหารกาย-จิตแบบซิงก การประเมินความปวดและความวิตกกังวล โดยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมแบบ สัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวล ขณะเผชิญและประเมินระดับความปวดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. 3 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล ขณะเผชิญ แบบบันทึก ระดับความปวด แบบบันทึกสัญญาณชีพ คู่มือการบริหารกาย-จิตแบบซิงกสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

1. 4 เตรียมสถานที่สำหรับดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ เครื่องมือวิจัย และ

หนังสือจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก และโรงพยาบาลราชบุรีเพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ในการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลราชบุรี เมื่อได้รับอนุญาต ให้ดำเนินการวิจัยได้ แล้ว จึงขออนุญาตหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม ทั้ง 3 โรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และใช้สถานที่ในการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการทดลอง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยศัลยกรรม ในโรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวกและโรงพยาบาลราชบุรี โดยมีกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยการแนะนำตัว พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเอง และ บันทึก ข้อมูลส่วนบุคคล ในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวล (Pre-test) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นต้องผ่าตัดแบบฉุกเฉินได้แก่ การผ่าตัดได้ตั้งอักเสบหรือแตก ถ้าไส้ทะลุ กระเพาะอาหารทะลุ ถ้าไส้อุดตัน ไส้เลื่อนอุดตัน เยื่อช่องท้องอักเสบเฉียบพลันและอวัยวะในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ การลงนามยินยอมรับการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก การมีแผลผ่าตัด การกระตุ้นให้ลุกเร็วและการให้ยาระงับอาการปวด เป็นการให้ข้อมูลรายบุคคล สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ต้องได้รับการผ่าตัดและการผ่าตัดที่ได้รับ ผู้วิจัยศึกษาจากบันทึกการรักษาของแพทย์ตนเอง

ครั้งที่ 2 หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องแล้ว ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนจนรู้สึกตัวดี ดีขึ้นดีภายหลังการผ่าตัด 12 ชั่วโมง โดยให้การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ บันทึกความปวดหลังผ่าตัดร่วมกับการบันทึกสัญญาณชีพ

ครั้งที่ 3 ภายหลังการผ่าตัดให้การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ บันทึกความปวดหลังผ่าตัดร่วมกับการบันทึกสัญญาณชีพหลังผ่าตัดวันที่ 2

ครั้งที่ 4 หลังผ่าตัดวันที่ 3 เยี่ยมผู้ป่วยบันทึก ความปวดหลังผ่าตัดร่วมกับการบันทึกสัญญาณชีพ และประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยได้ให้

ความรู้เกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน พร้อมทั้งแจกคู่มือการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงสำหรับผู้ป่วย ที่ได้รับผ่าตัดช่องท้องและแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย

2.2 กลุ่มทดลองได้รับ การพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกับที่กลุ่มควบคุมได้รับ ร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้น การบริหารกาย-จิตแบบชี่กง โดยมีกิจกรรมพบกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ครั้งที่ 1 ในระยะก่อนการผ่าตัดผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นรายบุคคล ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ ผู้ป่วยต้องได้รับการ รักษาด้วยการ ผ่าตัดและ ชนิดของ การผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับจากบันทึกการรักษาของแพทย์ตนเอง เริ่มสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากผู้ป่วย พุดคุยสอบถามอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความรู้สึกที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจและวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น สอบถามถึงประสบการณ์เกี่ยวอาการปวด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เพื่อเป็นการระบายความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น รวมทั้งประเมินความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดเป้าหมายวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ในการแก้ไขปัญหาและลดความวิตกกังวลและความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยให้ข้อมูล ความรู้ตามความต้องการของผู้ป่วย ตามสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล และอาการรบกวนที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด นอกจากนี้ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และผลของการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงเพิ่มเติม โดยใช้สื่อภาพแผ่นพลิก

ก่อนการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยประเมินสภาพร่างกาย ความรุนแรงของอาการปวดท้อง และภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อ จัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการปวดท้องรุนแรง ไม่สุขสบาย ผู้วิจัยจะดำเนินการทดลองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย สุขสบาย ลดภาวะความตึงเครียดและความทุกข์ทรมาน จากอาการปวดก่อนโดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ปวยนั่งหรือนอนในท่าที่สุขสบายเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และเริ่มต้นการฝึกการหายใจที่ถูกต้อง ร่วมกับการทำท่าเตรียม ใช้เวลาประมาณ 15 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกการหายใจและท่าเตรียมแล้ว ดูแลให้ผู้ปวยนอนพักผ่อน จัดท่านอนให้สุขสบายเพื่อลดอาการปวดท้อง พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลายมากขึ้น

จากการพูดคุยและสอบถามถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน ในความรู้สึกของผู้ป่วยสรุปได้ประเด็นดังต่อไปนี้ คือ

ในระยะก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดเลย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก ผู้ป่วยกลัวการผ่าตัด เมื่อได้รับการการดมยาสลบแล้วกลัวไม่ตื่น กลัวตาย กลัวจะเป็นโรคร้ายแรงโดยเฉพาะโรคมะเร็ง กลัวจะทำงานไม่ได้ เป็นห่วงบุคคลในครอบครัว กลัวตนเองจะมีอาการรุนแรง กลัวแผลติดเชื้อ มีหนองในท้องมาก สิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยทุกคนกลัวคือกลัวความปวดหลังผ่าตัด วิธีการจัดการอาการดังกล่าวของผู้ป่วยบางราย สอบถามอาการกับผู้ป่วยอื่นที่ได้รับการผ่าตัดโรคเดียวกัน หรือเคยเห็นคนผ่าตัดมาแล้ว ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้วแต่ไม่ใช่การผ่าตัดในช่องท้อง ยังคงมีความรู้สึกกลัวอยู่เช่นกัน กลัวว่าจะเป็นมะเร็ง กลัวไม่ตื่น กลัวความเจ็บปวด กลัวการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังเนื่องจากครั้งที่แล้วได้รับการผ่าตัดกระดูกขาหัก ใช้วิธีการให้ยาทางไขสันหลังแต่แพทย์ไม่สามารถทำได้ ต้องปวดหลังอยู่นาน

ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากขึ้นเมื่อผลของการผ่าตัดไม่ดี เช่น ถ้าไส้รั่ว มีหนองในช่องท้อง ถ้าไส้มีการฉีกขาดเพิ่ม ไม่ได้เย็บปิดแผล กลัวแผลแยก แผลเกิดการติดเชื้อ แผลแยก ต้องอยู่โรงพยาบาลนาน กลัวจะทำงานไม่ได้ขาดรายได้ ต้องเป็นภาระพึ่งพของบุคคลในครอบครัว ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ เหมือนเดิม และกลัวเงินไม่ได้

ประเมินระดับความวิตกกังวลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะจัดการอาการของตนเองด้วยการนอนในท่าที่ตนเองรู้สึกสบายมากที่สุด เมื่อผู้วิจัยได้สอนและให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลในท่าเตรียมในเวลา 15 นาทีพบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ดี รู้สึกสบายขึ้น โล่ง สบายตัวและสบายใจ ไม่หงุดหงิด อาการปวดท้องทุเลาลง นอนหลับได้ อัตราเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิตลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลลดลง (ดังในตารางที่....ภาคผนวก)

ครั้งที่ 2 ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องแล้ว ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนจนรู้สึกตัวดี ดีขึ้นดี ภายหลังจากการผ่าตัด 12 ชั่วโมง กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ก่อนการฝึกซิงเกิ้ลผู้วิจัยจัดทำให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนฝึกบนเตียงในท่าที่รู้สึกสบายเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยในแต่ละราย ให้ผู้ป่วยเริ่มต้นด้วยการ ฝึกการหายใจพร้อมกับท่าท่าเตรียม 5 ครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยฝึกสอนซิงเกิ้ล 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวงอก ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา ผู้วิจัยและผู้ป่วยฝึกทำซิงเกิ้ลพร้อมกัน ทำท่าละ 5 ครั้ง ใช้เวลาฝึกประมาณ 15 นาที และทำการปั้นพลัง เก็บพลัง หลังจาก

นั้นให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อน พร้อมทั้งแจกคู่มือการบริหารกาย- จิตแบบซึ่กสำหรับผู้ป่วย ที่ได้รับการ ผ่าตัดช่องท้อง

ภายหลังการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตื่นดี ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัว เหยียดงอ ขา บริหารข้อเท้าได้ตามคำแนะนำ ผู้ป่วยเริ่มฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กด้วยท่าเตรียมก่อน 5 ครั้ง ผู้วิจัยสอนให้ผู้ป่วยฝึกท่าซึ่ก 4 ท่า ร่วมกับการมีสมาธิ และการหายใจ ในระยะเริ่มต้นของการฝึกผู้ป่วยจะรู้สึกปวดตึงแผลเวลาหายใจ แต่เมื่อฝึกอย่างต่อเนื่องตามที่ผู้วิจัยสอนไว้ ผู้ป่วย รู้สึกสบายตัว โลง ลำไส้บีบตัวมีลมวิ่งไปมาในท้อง อาการปวดแผลลดลงจากเดิม บางคนไม่มี อาการปวดแผลเลย สามารถลุกเดินจากเตียงได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุม ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ตั้ง อักเสบเฉียบพลัน 6 คน ผ่าตัดกระเพาะอาหารทะเล 2 คน ขณะทำการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก นอนหลับไปเลย ระดับความปวดของแผลผ่าตัดลดลงอย่างต่อเนื่อง อัตราการเต้นของหัวใจและ ระดับความดันเลือดลดลง

ครั้งที่ 3 หลังผ่าตัดวันที่ 2 ให้ผู้ป่วยฝึกซึ่กทั้ง 4 ท่า ทำท่าละ 5 ครั้ง ใช้เวลา 15 นาที ในการฝึกซึ่กกำหนดให้ฝึกทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและเย็นในเวลาใกล้เคียงกัน ในเวลา 08.00 – 09.00น. และเวลา 17.00 – 18.00 น. เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลต่างๆ เหมาะแก่การฝึกซึ่ก ภายหลังจากฝึกเรียบร้อยแล้ว ทำการปั่นพลัง และเก็บพลัง ต่อด้วยการทำสมาธิเพื่อเป็นการผ่อนคลาย

ผู้ป่วยสามารถฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กด้วยตนเอง รู้สึกหายใจได้เต็มที่ โลง สบาย ตัว จิตใจสงบขึ้น นอนหลับได้ดี อาการปวดแผลทุเลาลง มีการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด น้อยลง อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิตลดลง

ครั้งที่ 4 ในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยฝึกซึ่กเหมือนครั้งที่ 3 เมื่อทำการฝึก การบริหารกาย-จิตซึ่กเสร็จสิ้น ในการฝึกทุกครั้งพูดคุยให้กำลังใจ และชมเชยผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย มีกำลังใจในการฝึกครั้งต่อไป และให้ผู้ป่วยได้ ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการฝึก การบริหาร กาย-จิตแบบซึ่กที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลให้ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันวางแผนในการ แก้ไขที่เกิดขึ้น ผู้วิจัย ประเมินผลลัพธ์ของการฝึกการบริหารกายจิตแบบซึ่ก โดยการ สอบถาม ผู้ป่วย ถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ สังเกตการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม สอบถามถึงความรู้สึกในการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจาก กลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างว่า สิ้นสุดการวิจัย กล่าวขอบคุณในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ผู้ป่วยสามารถฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตแบบที่กึ่งได้อย่างถูกต้องทุกท่า ภายหลังจากฝึกเสร็จสิ้น ผู้ป่วยรู้สึกสบาย จิตใจสงบ รู้สึกผ่อนคลาย ผายลมได้ ไม่แน่นท้อง สามารถลุกจากเตียงได้ดีขึ้น ร่างกายแข็งแรงขึ้น หายใจได้ดีเต็มที่ อาการปวดแผลน้อยลง กลุ่มทดลองมีการใช้ยาเพื่อระงับอาการปวดน้อยลงมากเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลองในระยะ 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด มีผู้ป่วยไม่ใช้ยาระงับอาการปวดเลย 16 คน และในระยะ 72 ชั่วโมงผู้ป่วยทั้ง 20 คน ไม่ได้ใช้ยาระงับอาการปวด ส่วนกลุ่มควบคุมในระยะ 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด มีผู้ป่วยไม่ใช้ยาระงับอาการปวด 3 คน และในระยะ 72 ชั่วโมงผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาระงับอาการปวด 12 คน (ดังในภาคผนวก จ หน้า...) ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์มาก รู้สึกร่างกายแข็งแรงเร็วขึ้น ท้องอืดลดลง ไม่แน่นท้อง รู้สึกผ่อนคลาย จิตใจสงบ สบายตัว โลงสบาย นอนหลับได้ดี สามารถนำไปให้ญาติที่บ้านฝึกได้ เป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้ง่าย แต่ในขณะที่ฝึกบริหารกาย-จิตแบบที่กึ่งถ้ามีเสียงรบกวนจะไม่มีสมาธิในการฝึกปฏิบัติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ประกอบในการวิจัยเพื่อขอการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย แล้ว ผู้วิจัยขอทำหนังสือ แนะนำตัว จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ เครื่องมือวิจัยและหนังสือจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก และโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ในการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลราชบุรีได้ดำเนินการเรื่องผ่านการพิจารณาของอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนอีกครั้ง ก่อนการเก็บข้อมูล
3. หลังจากผ่านการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวกและโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย
4. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจนครบกลุ่มละ 20 คนก่อน และเข้ากลุ่มควบคุมภายหลัง จำนวน 20 คน ซึ่งการเก็บข้อมูล

วิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นั้นได้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลโพธารามกลุ่มละ 8 คนและโรงพยาบาลดำเนินสะดวกกลุ่มละ 3 คน โรงพยาบาลราชบุรีกลุ่มละ 9 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดย คำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ เพศ โรค และชนิดของการผ่าตัด เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง กลุ่ม และดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้ว

5. รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความวิตกกังวล (Pre – test) ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังที่กล่าวมาข้างต้น และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับ โปรแกรมการจัดการที่เน้น การบริหารกาย-จิตแบบชี่กง จำนวน 6 ครั้ง และประเมินความวิตกกังวลหลังการผ่าตัดในการพบผู้ป่วยครั้งที่ 4

6. ประเมินระดับความปวดและตรวจวัดสัญญาณชีพในการเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 2, 3 และ 4 ซึ่งในกลุ่มทดลองจะประเมินระดับความปวดและตรวจวัด สัญญาณชีพ ก่อนและหลังการฝึกบริหารกาย-จิตแบบชี่กงทุกครั้งที่พบผู้ป่วย

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบประเมินความวิตกกังวล การบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ ผลการบันทึก ระดับ ความปวด และผลการบันทึกสัญญาณชีพ ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินทั้งหมดนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

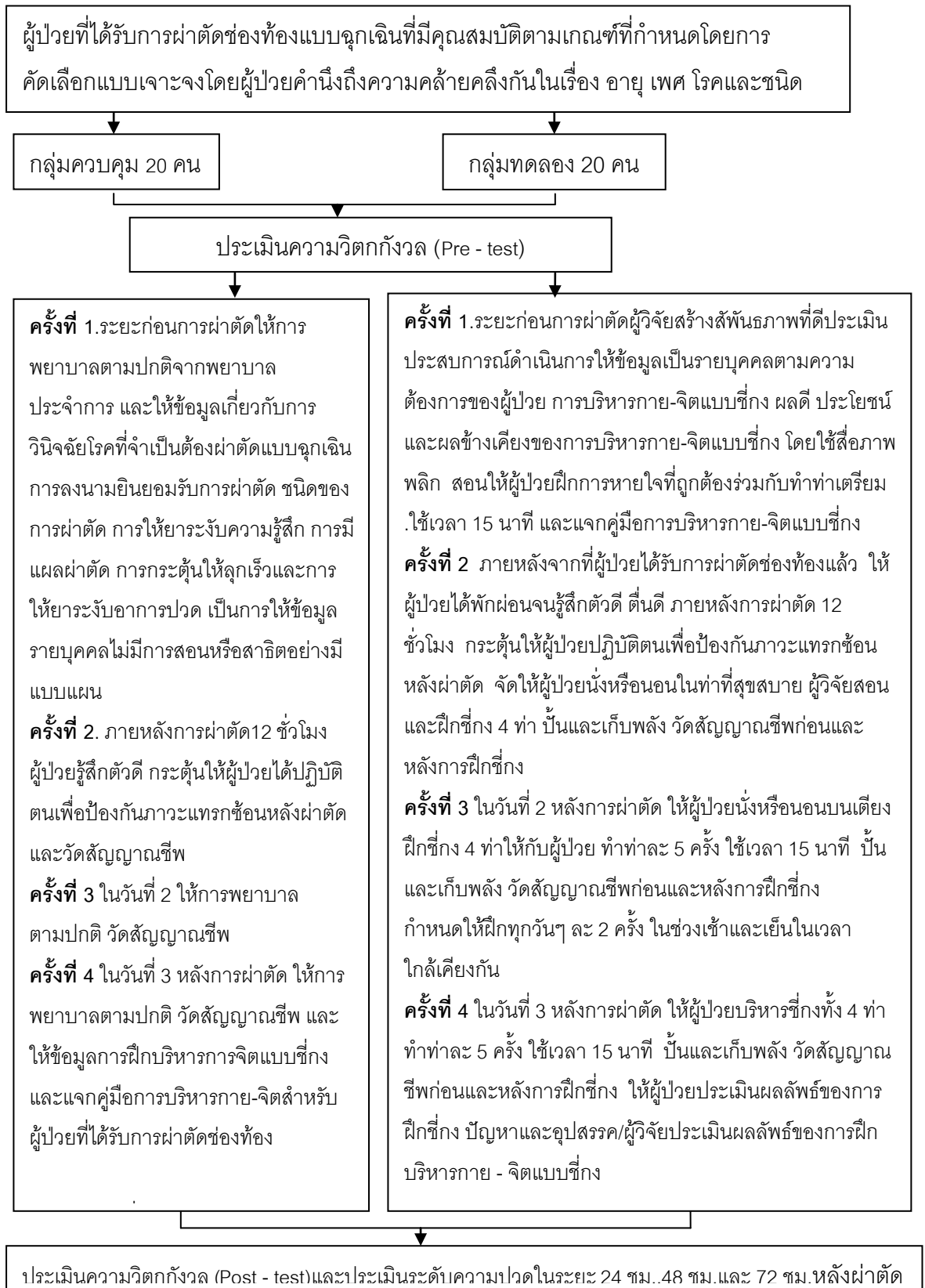
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชบุรี ประจำปีงบประมาณ 2555 ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยในครั้งนี้ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใดๆให้กับผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้อง ผลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวมของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิเข้าร่วมหรือยกเลิกในการทำวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา การทำวิจัยจะไม่มีผลต่อการให้การพยาบาลและการรักษาของแพทย์และทีมสุขภาพ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามไปยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย (Descriptive Analysis) ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติทดสอบค่า t- test (dependent)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่า t- test (Independent)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด , 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติทดสอบค่า t - test (Independent)



ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนวิธีการดำเนินการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ และ ประวัติการผ่าตัด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
20-30 ปี	5	25.00	5	25.00	10	25.00
31-40 ปี	7	35.00	6	30.00	11	27.50
41-50ปี	6	30.00	9	45.00	15	37.50
51-60 ปี	2	10.00	0	0.00	2	10.00
ค่าเฉลี่ย	37.05		37.85			
SD	8.25		8.71			
เพศ						
ชาย	17	85.00	17	85.00	34	12.50
หญิง	3	15.00	3	15.00	6	72.50
ประวัติการผ่าตัด						
เคยผ่าตัด	8	40.00	8	40.00	16	40.00
ไม่เคยผ่าตัด	12	60.00	12	60.00	24	60.00

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบ ดูกเงิน เป็นเพศชายมากที่สุดร้อยละ 85 และไม่เคยมีประวัติการผ่าตัดมาก่อนมากที่สุดร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลองผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 31- 40 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 35) รองลงมาคืออายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 30) ในกลุ่มควบคุมผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ อายุ 31- 40 ปี (ร้อยละ 35) โดยมีอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 37.05 ปีและ 37.30 ปี ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรค						
Acute appendicitis	14	70.00	14	70.00	28	70.00
Rupture appendicitis	3	15.00	3	15.00	6	15.00
Peptic ulcer perforation	3	15.00	3	15.00	6	15.00
ชนิดของการผ่าตัด						
Appendectomy	17	85.00	17	85.00	34	85.00
Explore lap	3	15.00	3	15.00	6	15.00
ระยะเวลาผ่าตัด						
30 - 60 นาที	18	90.00	16	80.00	34	85.00
61 - 90 นาที	1	5.00	-	-	1	2.50
91-120 นาที	1	5.00	3	15.00	4	10.00
มากกว่า 120 นาที	-	-	1	5.00	1	2.50
ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย	50.25		58.50			
SD	20.71		31.62			
ระยะเวลาอนนอนในโรงพยาบาล						
3 วัน	14	70.0	11	55.0	25	62.5
4 วัน	2	10.0	3	15.0	5	12.5
5 วัน	3	15.0	1	5.0	4	10.0
มากกว่า 5 วัน	1	5.0	5	25.0	6	15.0
ระยะเวลาอนนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย	3.55		4.15			
SD	0.94		1.59			

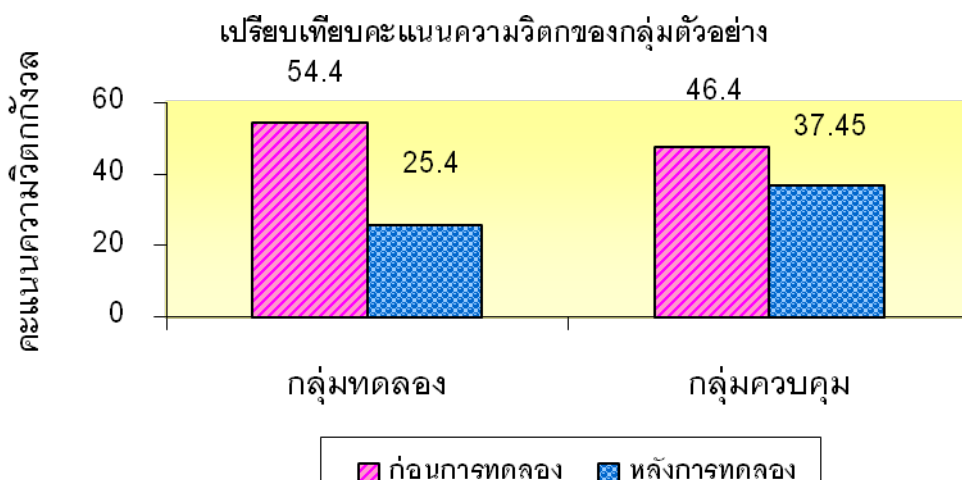
จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องได้รับการผ่าตัดคือ Acute Appendicitis มากที่สุดกลุ่มละ 14 คน (ร้อยละ 70) และได้รับการผ่าตัด Appendectomy มากที่สุด (ร้อยละ 85) ระยะเวลาในการผ่าตัดของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 50.25 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 58.50 นาที ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 3.55 วัน และกลุ่มควบคุม 4.15 วัน

ส่วนที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ก่อนการทดลอง หลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = n_2 = 20$)

ระยะเวลา	ความวิตกกังวล					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	\bar{X}	SD	ระดับความวิตกกังวล	\bar{X}	SD	ระดับความวิตกกังวล
ก่อนการทดลอง	54.40	10.81	ปานกลาง	46.80	9.13	ปานกลาง
หลังการทดลอง	25.40	2.47	ต่ำมาก	37.45	8.56	ต่ำ

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 54.40 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 46.80 โดยทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงเหลือ 25.40 ซึ่งเป็นความวิตกกังวลในระดับต่ำมาก ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงเป็น 37.45 ความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ จะเห็นได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงเช่นเดียวกัน แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในกราฟภาพที่ 4



ภาพที่ 4 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (n = 20)

กลุ่ม	ความวิตกกังวล					
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Mean difference	SE	t- test	df
กลุ่มทดลอง	54.40	25.40	29.00	2.70	10.71*	19
กลุ่มควบคุม	46.80	37.45	9.35	2.19	4.26*	19

*p < .05

จากตารางที่ 4 พบว่าภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกายจิตแบบซึ่งกหลังการทดลองมีค่าคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล 54.40 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงเหลือ 25.40 (t = 10.71) ส่วนภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองมี มีค่าคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล 46.80 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงเหลือ 37.45 (t = 4.26)

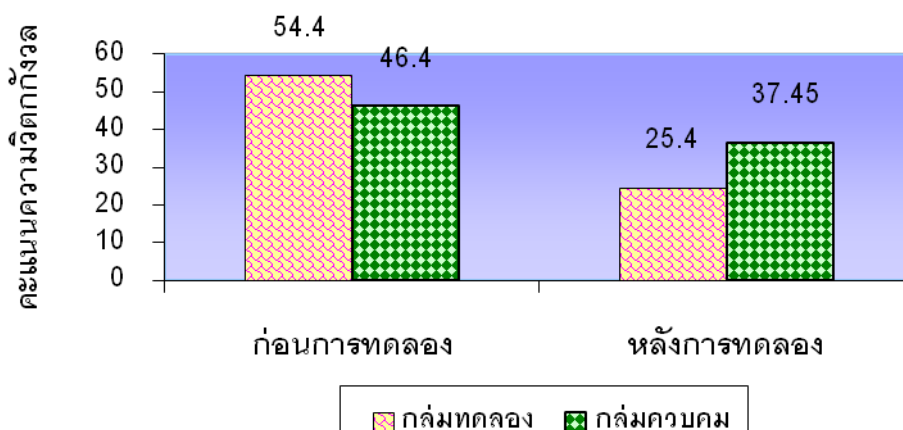
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = n_2 = 20$)

ความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Df	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ก่อนการทดลอง	54.40	10.81	46.40	9.13	38	2.40	.022
หลังการทดลอง	25.40	2.47	37.45	8.56	38	6.04	.006

$P < .05$

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับ โปรแกรมการจัดการอาหารที่เน้นการบริการกาย-จิตแบบซึ่งสามารถลดความวิตกกังวลได้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังกราฟในภาพที่ 5

เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง



ภาพที่ 5 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

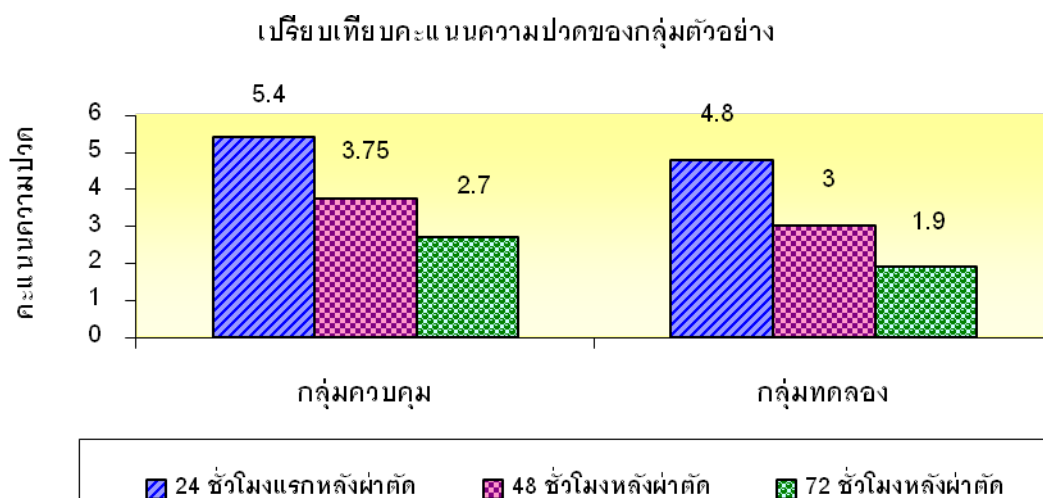
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ง และกลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ในระยะเวลาต่างๆระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = n_2 = 20$)

ความปวด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด	4.80	1.47	5.40	1.90	1.11	.136
48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	3.00	1.07	3.75	1.58	1.75	.044
72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	1.90	1.29	2.70	1.38	1.89	.033

$P < .05$

จากตารางที่ 6 พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด, 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดลดลงตามลำดับ (4.80, 3.00 และ 1.90) และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด, 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ลดลงตามลำดับเช่นกัน (5.40, 3.75 และ 2.70) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ในระยะ 48 ชั่วโมงและ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดทั้งสามระยะในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริการกาย-จิตแบบซึ่งสามารถลดความปวด ในระยะหลังผ่าตัดได้ มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติดังในกราฟภาพที่ 6



ภาพที่ 6 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในระยะต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

จากการดำเนินการทดลองโดยศึกษาจากความรู้สึกของผู้ป่วยจากการเข้าร่วมโปรแกรม การจัดการอาการที่เน้น การบริหารกาย-จิตแบบซึ่งต่อความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน ไม่ได้การวางแผนล่วงหน้ามาก่อน เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมนี้มีความรู้สึกที่แตกต่างกัน โดยสรุปประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. การส่งเสริมและเพิ่มศักยภาพในการจัดการอาการและการดูแลตนเองจากการซักถาม และพูดคุยพบว่าผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ภายหลังจากที่ได้รับการพูดคุยและประเมินการรับรู้ต่ออาการและการจัดการอาการทำให้ความรู้ คำแนะนำในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งเป็นข้อมูลที่เข้าใจง่าย ชัดเจนและกระชับ รวมทั้งได้ฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งตั้งแต่นะยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สบายทั้งร่างกายและจิตใจ มีความวิตกกังวลและความปวดลดลง สามารถดูแลตนเองในระยะหลังผ่าตัดเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วขึ้น เป็นโปรแกรมที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

“ เป็นครั้งแรกที่รักษาในโรงพยาบาลที่ต้องรับการรักษาด้วยการทำผ่าตัดไส้ติ่ง ถึงผมจะอายุมากแล้ว แต่ยังรู้สึกกลัวมาก วิตกกังวล คิดมาก ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง ไม่รู้ ว่าหลังผ่าตัดแล้วจะเป็นอย่างไรบ้าง เมื่อได้เข้าร่วมการวิจัย ครั้งนี้ ผม รู้สึกผ่อนคลายตั้งแต่ก่อนผ่าตัด

เพราะเป็นช่วงที่ผมรู้สึกปวดท้อง ทำให้ไม่อยากจะฟังอะไร เมื่อได้ฝึกซึ๊ง ผ มารู้สึกโล่ง สบายตัว สบายใจ รู้สึกผ่อนคลาย จิตใจสงบลง ทำให้รับรู้ข้อมูลที่พยาบาลให้มากขึ้น ภายหลังการผ่าตัดยัง ได้ฝึกซึ๊งอีก ทำให้ผมรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกโล่ง สบายตัวและสบายใจ ปวดแผล ผ่าตัดลดลง และสามารถพักผ่อนได้อย่างสบาย นอกจากนั้นผมยังผายลมได้ก่อนหน้านั้นผมกังวลเหมือนกันเพราะคนที่มาผ่าตัดไส้ติ่งที่นอนข้างเตียงผมบอกว่าเมื่อเกิดอาการท้องอืดแล้วจะทรมานมาก แน่นท้องไม่สุข สบายเลย แต่ผมไม่มีปัญหาเรื่องอาการแน่นท้องและท้องอืด คนไข้ข้างเตียงบอกกับผมว่าผมฟื้นฟู สภาพหลังผ่าตัดเร็วกว่าเขา ปวดแผลน้อยกว่าเขา เขาต้องฉีดยาแก้ปวดถึง 2 วัน แต่ผมฉีดยาแก้ ปวดแค่ครั้งเดียวเอง เพราะผมได้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ผมรู้สึกสบายตัวสบายใจ ผ่อนคลายมีความปวดและความวิตกกังวลลดลงทั้งก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ”

“ ขณะที่ผมกำลังปวดท้องอยู่ นอกจากผมจะรู้สึกปวดท้องอย่างต่อเนื่องแล้ว ผมยังรู้สึกกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเหมือนกัน แต่เมื่อผมได้รับการฝึกสอนเกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตแบบ ซึ๊งก่อนผ่าตัดผมฝึกจนผมหลับไปตอนไหนผมไม่รู้สึกเลย ไม่น่าเชื่อว่าผมจะหลับไปเลย ตื่นขึ้นมา รู้สึกสบายตัว โล่งใจ อาการปวดท้องผมน้อยลง ตอนผมปวดท้องไม่ค่อยฟังเท่าไรที่ว่าพยาบาลบอก ให้ผมต้องทำอะไรบ้าง ผมจำได้บ้าง ไม่ได้บ้าง เพราะผมปวดท้อง ไม่ค่อยรับข้อมูลเท่าไร แต่เมื่อ ผมหลับไป ตื่นมาผมรู้สึกสบายตัว สบายใจ เมื่อพยาบาลให้ข้อมูลสั้นๆว่าผมตั้งทำอะไรบ้าง ผมจำ ได้ดีว่าผมต้องทำอะไรบ้างหลังการผ่าตัด หลังการผ่าตัดได้ฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซึ๊งอีก โดย วันแรกที่ได้นอนฝึก รู้สึกสบายตัว โล่งตัวเบา ผ่อนคลาย รู้สึกมีลมในลำไส้วิ่งไปมา อาการปวดแผล ที่มีอยู่ก่อนหน้านั้น หลังจากที่ผมฝึกซึ๊งไปเรื่อยๆ ไม่รู้สึกปวดแผลเลย ทำให้ผมลุกเดินได้เร็วกว่าคนที่ ผ่าตัดเมื่อวาน ”

“ สมุดคู่มือที่ได้รับมีประโยชน์มาก สามารถนำมาอ่านได้เมื่อในระยะหลังผ่าตัด ในยามว่าง เพราะบางครั้งพยาบาลให้คำแนะนำแล้วจำไม่ได้ ลืม ก็นำสมุดคู่มือมาอ่านซ้ำ ทำให้รู้ว่า โรคที่ต้อง รักษาด้วยการผ่าตัดนั้นมีโรคอะไร การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งการ ฝึกซึ๊งสามารถฝึกได้ที่บ้านเพราะเป็นท่าที่ง่ายต่อการฝึกและสามารถนำไปสอนคนอื่นได้ เพราะ ประโยชน์ของซึ๊งมีหลายอย่าง ”

2. มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการการปวดแผลผ่าตัด และความวิตกกังวลด้วย วิธี ผสมผสาน ซึ่งวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการความเจ็บปวด และความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา เป็น วิธีการจัดการอาการรบกวนอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา และลดการใช้ยาเพื่อ บรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆให้น้อยลง เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง ง่ายต่อการ ปฏิบัติ

“ ก่อนการผ่าตัดผมหายใจไม่ค่อยสุด ดำน้ำไม่ได้มา 2 ปีแล้ว เมื่อต้องได้รับการผ่าตัดเพราะ กระเพาะอาหารทะลุ ผมกลัวเรื่องการผ่าตัด จะเหนื่อยหรือเปล่า จะเป็นอะไรมากไหม นอกจากนั้น ผมปวดท้องมาก ไม่อยากจะรับรู้อะไร ทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้องมาก พยาบาลฉีดยาแก้ปวด ให้ อาการทุเลาปวดลงบ้าง แต่ยังไม่รู้สึกไม่สบาย เมื่อได้เริ่มฝึกชี่กง ตอนแรกไม่คิดว่าจะเป็น ประโยชน์กับผม เมื่อได้ฝึกไปเรื่อยๆ จนครบ 15 นาที ไม่คิดว่าจะรู้สึกสบาย รู้สึกโล่ง ผ่อนคลาย สุขใจและสบายตัว อาการปวดท้องลดลงมากกว่าตอนแรก เมื่อพยาบาลให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังผ่าตัดทำให้ผมเข้าใจมากขึ้นเพราะอาการปวดท้องก่อนหน้านี้ทุเลาลง หลังผ่าตัดได้ฝึกชี่ กงต่อ มีความรู้สึกสบายตัว ปวดแผลทุเลาลง ผายลมได้ ไม่แน่นท้อง ผมสามารถลุกจากเตียงได้ เร็วกว่าคนไข้ที่ผ่าตัดก่อนหน้านี้ผม สิ่งสำคัญผมสามารถหายใจได้สุด เพียงแค่ฝึกชี่กง 4 ท่า ไม่น่าเชื่อ ว่าจะทำให้สบายทั้งตัวและใจ”

“หลัง การผ่าตัดได้ตั้งเนื่องจากได้ตั้งแตก ผมนอนร้องคราง หน้ามืดวิงเวียนเนื่องจากมีอาการ ท้องอืด ปวดแผลผ่าตัด แน่นท้องไม่สบาย รู้สึกหงิดหงิดมาก ลุกเดินจนเจ็บแผลระบมไปหมด พอฉีดยาแก้ปวดไป ก็หลับไปได้ระยะหนึ่ง พอตื่นขึ้นมาก็ยังคงแน่นท้องอยู่ เมื่อพยาบาลให้ผมทำ จิตใจให้ผ่อนคลาย สงบ ทำสมาธิ แล้วสอนให้ผมฝึกชี่กงด้วยท่าเตรียม ทำอยู่ 15 นาที ผมรู้สึกว่า มีลมวิ่งไปมาในท้องและ ผายลมได้ รู้สึกสบายท้องมาก ยิ้มออกได้เลย ไม่เคยรู้สึกแน่นท้องและ ทรมานขนาดนี้เลย ไม่น่าเชื่อว่าเพียงแค่ฝึกแค่นี้สามารถทำให้รู้สึกตัวเบา โล่งสบายตัว สบายใจจริงๆ นี่มีประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างผม”

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษา ผลของการจัดการอากาศที่เน้น การบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เป็นการศึกษากลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอากาศที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่และภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอากาศที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลหลังการทดลองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ความวิตกกังวลหลังการทดลองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอากาศที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ความปวดหลังผ่าตัดในเวลาต่างๆ กันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอากาศที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้แก่ ไส้ติ่งอักเสบหรือแตก ลำไส้ทะลุ กระเพาะอาหารทะลุ ลำไส้อุดตัน ไส้เลื่อนอุดตัน เยื่อช่องท้องอักเสบเฉียบพลันและอวัยวะในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก และโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่มีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ที่ได้รับการผ่าตัด Appendectomy, Explore lap, Cholecystectomy และ Herniorrhaphy
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย
4. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย หากมีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 20 คนก่อน และหลังจากนั้นพิจารณาจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนตามลำดับ การเก็บข้อมูลวิจัย ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นั้นได้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลโพธารามกลุ่มละ 8 คนและโรงพยาบาลดำเนินสะดวกกลุ่มละ 3 คน โรงพยาบาลราชบุรีกลุ่มละ 9 คน ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองมาจับคู่กับกลุ่มควบคุม (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติล้ำคล้ายคลึงกันในลักษณะเพศ อายุ โรค และชนิดของการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
 - 1.3 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย
 - 1.4 แบบประเมินความปวดหลังการผ่าตัด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย
 - 2.1 โปรแกรมการจัดการกับอาการที่เน้นการบริหารกายจิตแบบชั่งกงสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
 - 2.2 คู่มือการบริหารกาย-จิตแบบชั่งกงสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยศึกษาประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคที่ต้องได้รับการผ่าตัดคือ Acute appendicitis, Rupture appendicitis, Peptic ulcer perforation, Incarcerated hernia, Gut obstruction, Acute cholecystitis และ Blunt trauma abdomen ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลโพธารามและโรงพยาบาลราชบุรี

2. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลดำเนินสะดวกและโรงพยาบาลราชบุรี ส่วนในโรงพยาบาลโพธาราม ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยช่วยเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลขณะที่รอรับการผ่าตัด ช่องท้องตามชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษา ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลโพธาราม และโรงพยาบาลราชบุรี โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย 4 วันและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมในการวิจัยและให้ลงชื่อในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวล (Pre-test) ของทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง

4. การดำเนินการทดลองมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและลดการเฝ้าทางอารมณ์ ประเมินสภาพผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะพูดคุยด้วยหรือไม่ พูดคุยซักถามถึงอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อรู้ว่าต้องได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน การรับรู้ เข้าใจและประเมินความรุนแรงของอาการปวดท้อง หรือผลกระทบต่อตนเอง ประสบการณ์ในการจัดการกับอาการปวดท้องและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างไร หลังจากนั้น ผู้วิจัยประเมินความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการปวดท้อง แนวทางการรักษาด้วยการผ่าตัดชนิดต่างๆ และปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ความรู้ตามความต้องการของผู้ป่วย ตามสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล และอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องและสามารถจัดการกับอาการ ความวิตกกังวลและอาการที่เกิดขึ้นได้ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการผ่าตัด การ

ปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และผลของการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้งเพิ่ม โดยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการรบกวนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามให้เกิดความเข้าใจ นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้ง ผู้วิจัยพูดคุย ซักถามถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติตนเพื่อลดความปวดต่างๆและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้วิจัยสาธิตการฝึกด้วยท่าเตรียมและท่าฝึกซิงกิ้ง 4 ท่า ให้ผู้ป่วยได้ฝึกไปพร้อมกันกับผู้วิจัย โดยแบ่งฝึกเป็น ก่อนการผ่าตัด ให้ฝึกการหายใจและฝึกท่าเตรียม หลังการผ่าตัด 12 ชั่วโมง ทำการ ฝึกซิงกิ้ง 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวงอก ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา โดยให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนฝึก ใช้เวลาฝึกประมาณ 15 นาที หลังจากผ่าตัด 1-3 วัน ให้ผู้ป่วยบริหารซิงกิ้งทั้ง 4 ท่า ใช้เวลา 15 นาทีและฝึกทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง ซึ่งในการฝึกเน้นการมีสมาธิ การเคลื่อนไหวของร่างกายที่สัมพันธ์กับการหายใจ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยผู้วิจัยประเมินถึงผลลัพธ์ของการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้ง สอบถามความรู้สึกและอาการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดปัญหาและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจหลังการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้ง รวมทั้งการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับอาการปวดและความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ชี้แจงปัญหาและอุปสรรค นำข้อมูลที่ได้ให้กับทีมสุขภาพนำไปใช้ในวางแผนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย (Descriptive Analysis) ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบริหารกาย-จิตแบบซิงกิ้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติทดสอบค่า t- test (dependent)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ

ฉุกเฉินหลังได้รับโปรแกรมการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กในกุ่มทดลองและกุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบค่า t- test (Independent)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินในกุ่มควบคุมและกุ่มทดลองในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด, 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติทดสอบค่า t- test (Independent)

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของ การบริหารกายจิตแบบซึ่กต่อความวิตกกังวล และ ความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินภายหลังได้รับโปรแกรม การจัดการอาการที่เน้น การบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

2. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินภายหลังได้รับโปรแกรม การจัดการที่เน้น การบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก ต่ำกว่ากุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

2. ความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินหลังได้รับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กต่ำกว่ากุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของ การบริหารกาย-จิตแบบซึ่กต่อความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน โดยเปรียบเทียบกุ่มตัวอย่าง 2 กุ่ม คือ กุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน และกุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก จำนวน 20 คน

จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในกุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 และต่ำกว่ากุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 ความปวดหลังผ่าตัดในเวลาต่างๆ กันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ได้รับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก ต่ำกว่ากุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีแนวคิดพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งในโปรแกรมนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์และพัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ที่เน้นการจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและใช้ในการดูแลตนเอง (Self care) ซึ่งเน้นทักษะ ความรู้และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการอาการของตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้จัดการอาการของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ที่เป็นการพัฒนาทักษะในการควบคุมพลัง พลังชีวิตในร่างกาย (Movahed, 2008) ซึ่งการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่สามารถทำได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง เป็นการรวมการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ เข้ากับสมาธิ การผ่อนคลายและการหายใจ (Lee et al, 2003; Johnson & Hassmen, 2008) ก่อให้เกิดสมาธิและการผ่อนคลาย เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ (สุรีพร ธนศิลป์, 2553) ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวม จึงทำให้ระดับความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ ที่ดี การพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง ด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วย รู้สึกไว้วางใจ เชื่อใจ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้วิจัย ผู้ป่วยสามารถ ระบายความรู้สึกและ บอกเล่าถึง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อรู้ว่าต้องได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และ ประสบการณ์ในการปฏิบัติตนเพื่อลดความปวดต่างๆ และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้เปิดเผยความรู้สึกของตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้วิจัยทราบถึง การรับรู้อาการ การเจ็บป่วย ความเข้าใจและ การประเมินความรุนแรงของอาการ หรือผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งการใช้ ประสบการณ์ในการจัดการกับอาการ ในมุมมองของผู้ป่วย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้รับนำไปให้ทีมสุขภาพเพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลและให้การดูแลรักษาพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนั้นก่อนเริ่มการทดลองผู้วิจัยได้ประเมินสภาพร่างกาย อาการและความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความวิตกกังวล ความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้อง เพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ในขั้นตอนต่อไป เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมาก นอนไม่สุขสบาย ผู้วิจัยดูแลช่วยเหลือด้วยการจัดท่านอนให้สุขสบาย ประสานงาน

กับที่มสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ก่อนการซักถามข้อมูลที่กำลังมาข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น อาการปวดท้องลดลง รู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินมีระดับความปวดและความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นผลดีต่อการรับรู้และการเผชิญปัญหามากขึ้น การรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ดีขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการจัดการกับอาการที่ติชของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้จัดการอาการของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรวรรณ จันทรินทร์ (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์มีความเหนื่อยล้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของอุทุมพร รูปเล็ก (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ที่บ้านอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 15 นาที โดยให้กลุ่มทดลองประเมินการปฏิบัติด้วยตนเองในแบบบันทึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์และนำมาในวันทีนัดพบกับอีก 4 และ 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในการศึกษาของ เกศรางค์ เสียงไพโรจน์ (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ วันละ 20 – 30 นาที ในเวลาเช้าหรือเย็น เป็นเวลา 6 สัปดาห์ และลงบันทึกในตารางการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งในการศึกษาของขวัญจิต ใจชุ่ม (2549) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ผลการทดลองพบว่าโปรแกรม

การจัดการความปวดร่วมกับการฝังดนตรีบำบัดสามารถลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินในกลุ่มทดลองและได้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้ข้อมูล ความรู้ตามความต้องการของผู้ป่วย ตามสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล และอาการรบกวนที่เกิดขึ้น ข้อมูล ที่ให้ เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด นอกจากนี้ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และผลของการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งเพิ่ม เต็ม ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อน ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น ระยะเวลาอนอนในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ ถูกแยกจากครอบครัวและสังคม สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Lin & Wang, 2004) จากการศึกษาผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความกลัว ความวิตกกังวล (Badner et al, 1990) เกี่ยวกับการได้รับยาสลบ ความปวด ภาพลักษณ์ ความตายและสิ่งที่ไม่รู้ (Ail et al, 1991) สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการผ่าตัด (Hume et al, 1994 cited in ไสว นรสาร, 2540) การให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีทัศนคติที่ดี ทำให้ความวิตกกังวลและความปวดในระยะหลังการผ่าตัดลดลง (Lin & Wang, 2004) ซึ่งในการสอนหรือการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ในระยะก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินต้องกระชับ เข้าใจง่ายและปฏิบัติได้ง่าย เป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความทนต่อความเจ็บปวด(นวลสกุล แก้วลาย, 2545) จากการศึกษาของเอื้องพร พิทักษ์สังข์และคณะ (2554) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าความต้องการข้อมูลก่อนการผ่าตัดโดยรวมระดับปานกลาง และข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างต้องการมากที่สุดคือด้านเกี่ยวกับการผ่าตัดโดยเฉพาะการผ่าตัดเป็นประสบการณ์ใหม่ ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดและสามารถวิเคราะห์หันามาประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้อง ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยตรง สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองหรือมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ (เสงี่ยม ชวณัฐและชวณพิศ มีสวัสดิ์, 2543)ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นการควบคุมความเจ็บปวดโดยการปรับเปลี่ยนการรับรู้ในระดับสมอง ลดการเฝ้าทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลลงมาควบคุมความเจ็บปวดทั่วร่างกายทั้งที่ระดับไขสันหลังและที่สมอง การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทำให้ความวิตกกังวลลดลง ผู้ป่วยสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นและเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งทำให้ความอดทนต่อความปวดเพิ่มขึ้น (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ , 2535) มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด มีผลดีต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัดจากการศึกษา

ผลการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยต่อการลดความรู้สึกเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าการให้ข้อมูลตามความต้องการลดระดับความเจ็บปวดและลดจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด (ปรานี พัทธาศลกิจ, 2537) และการศึกษาของอุรวาทิ เจริญไชย , สุจิตรา ลัมอำนวยลาภ, บุญศรี ปราบ ณ ศักดิ์, และวิลาวรรณ พันธุ์พุกฤษ (2540) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึกและคำแนะนำ สิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม มีความวิตกกังวล ความรู้สึกปวด ความทุกข์ทรมาน จำนวนครั้งการใช้ยาแก้ปวดและมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดด้านสีหน้า น้ำเสียง การเคลื่อนไหวและการปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจිරพร อินนอก (2551) พบว่าการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสามารถลดความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องได้ มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด มีผลดีต่อการฟื้นฟูหลังผ่าตัด จากการศึกษาผลการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยต่อการลดความรู้สึกเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าการให้ข้อมูลตามความต้องการลดระดับความเจ็บปวดและลดจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด (ปรานี พัทธาศลกิจ , 2537) และการศึกษาของอุรวาทิ เจริญไชย (2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึกและคำแนะนำ สิ่งที่ต้องปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม มีความวิตกกังวล ความรู้สึกปวด ความทุกข์ทรมาน จำนวนครั้งการใช้ยาแก้ปวดและมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดด้านสีหน้า น้ำเสียง การเคลื่อนไหว และการปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความกลัวและความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดลดลง ความปวดหลังการผ่าตัดลดลง (Sjoling et al, 2002) ในการให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีรูปแบบและเนื้อหาที่แน่นอน ครอบคลุมโดยมีสถานที่ในการให้ข้อมูลเป็นส่วนที่ไม่มีเสียงรบกวน ทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิในการรับข้อมูล มีการใช้สมุฏภาพ พร้อมคำบรรยายซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรับทราบ เห็นภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับขบวนการต่างๆ ที่ต้องเผชิญใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และสามารถพิจารณาตัดสินใจและเลือกวิธีเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นผลให้การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อผู้ป่วยช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการระดับความรู้สึกแบบทั้งตัว (ดวงดาว อธิญาสน์ และคณะ, 2555)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสอน ผู้ป่วย เป็นรายบุคคล พร้อมกับภาพแผ่นพลิกและคู่มือการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ทำให้ผู้ป่วย มีความเข้าใจ และมีความรู้ สามารถจัดการกับอาการรบกวนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ในระยะก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ จิตใจสงบ ผ่อนคลาย มีความวิตกกังวลและอาการปวดท้องลดลง เมื่อมีเวลาว่างจะนำคู่มือที่ได้รับมาอ่าน ทำให้มีความรู้และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านได้ นอกจากนี้ ญาตินำไปอ่านทำให้เข้าใจถึงโรคที่ต้องได้รับการผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด และมีญาติของผู้ป่วย 2 คนร่วมฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงกร่วมกับผู้ป่วยได้ดี ญาติศึกษาตามคู่มือ และจากการสอบถามผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคู่มือได้ดี

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงก เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ภายหลังจากผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกแล้ว ผู้วิจัยจะสอนและสาธิตการฝึกท่าการบริหารกาย-จิตแบบซิงกร่วมกับผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่ ระยะก่อน การผ่าตัด มีการจัดทำให้ผู้ป่วย นั่งหรือนอนในท่าทางที่สุขสบาย ต่อการฝึกเพื่อลดอาการปวดท้อง พุดคุยให้กำลังใจ แก่ผู้ป่วยและญาติ ส่วนในระยะหลังการผ่าตัด ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องแล้ว ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนจนรู้สึกตัวดี ดีขึ้นดี ภายหลังจากการผ่าตัด 12 ชั่วโมง ประเมินสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สุขสบายหรือไขเตียงปรับระดับให้นอนหัวสูงร่วมกับการฝึกการฝึกซิงก 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา และฝึกทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง ซึ่งในการฝึกเน้นการมีสมาธิ การเคลื่อนไหวของร่างกายที่สัมพันธ์กับการหายใจ ยึดหลักการเคลื่อนไหวเป็นวง (Roundness) ความนุ่มนวล (Softness) และหลักการยืดขยายออก (Extensiveness) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสอนและฝึกท่าการบริหารกาย-จิตแบบซิงกแก่ผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ผู้ป่วยสามารถฝึกปฏิบัติด้วยท่าเตรียม การบริหารกาย-จิตแบบซิงก 4 ท่า การปั้นพลังและเก็บพลังได้ดี จากการศึกษาผลวิธีการการพยาบาลต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรมของสุรศักดิ์ พุฒิวริชญ์ (2545) การสอนหรือการให้ข้อมูล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมไปในทางที่ดี นอกจากนี้การสอนแบบสาธิตเป็นการบรรยายประกอบการแสดงวิธีการปฏิบัติพร้อมกัน โดยแสดงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องให้ผู้เรียนดู โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ สามารถปฏิบัติได้ และเกิดทักษะ เป็นวิธีการที่เหมาะสมที่จะให้เกิดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดทักษะ

โดยสอนแล้วให้ปฏิบัติทันที (สุวพีร์ จันทระเจษฎา , 2547) ในการวิจัยครั้งนี้การให้ข้อมูลและการสอนการบริหารกาย-จิตแบบซิงก แบบสาธิตเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติในท่าต่างๆ ได้ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ถูกต้องตามการสอนและสาธิต ผลที่ได้ผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลาย จิตใจสงบ ความวิตกกังวลลดลงทั้งระยะก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ความปวดระยะหลังผ่าตัดลดลง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการพบกลุ่มตัวอย่างทุกครั้ง ผู้วิจัยประเมินถึงผลลัพธ์ของการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก โดยการสอบถาม ความรู้สึกและอาการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ปัญหาและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ หลังการฝึกบริหาร-กายจิตแบบซิงก รวมทั้งการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับอาการปวดและความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ชี้แจงปัญหาและอุปสรรค นำข้อมูลที่ได้ให้กับทีมสุขภาพนำไปใช้ในวางแผนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินผลกลวิธีในการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติเพื่อลดอาการหรือกลุ่มอาการ โดยการจัดการนั้นผู้ป่วยหรือครอบครัวแสดงให้เห็นถึงการนำไปใช้ก่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการ การเกิดอาการน้อยลง ภาวะความวิตกกังวลลดลง การทำงานของร่างกายและจิตใจดีขึ้นคุณภาพชีวิตดีขึ้น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสั้นลง ลดค่าใช้จ่ายของตนเอง ครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ (Dodd et al, 2001) ซึ่งในการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในกลุ่มทดลอง จากการสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยทุกคนหลังได้รับการฝึกบริหารกายจิตแบบซิงกแล้วจะรู้สึกผ่อนคลาย โลงสบาย สบายใจ สบายตัว อาการปวดแผลลดลง นอนหลับได้มากขึ้น ท้องอืดน้อยลง สามารถเรอและผายลมได้ขณะการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก ไม่ปวดแน่นท้อง รู้สึกร่างกายแข็งแรงขึ้น หายใจสะดวก ได้รับอากาศอย่างเต็มที่ สิ่งเหล่านี้เป็นผลมาจากการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก

ในผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงกมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) กล่าวคือการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงกทำให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย เมื่อผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายจะมีผลต่อสมองส่วนไฮโปธาลามัส จะลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายคือ ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง มีการลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับของความดันโลหิต กรดแลคติกในเลือดลดลง และมีการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน จากต่อมใต้สมองกระจายไปสู่สมองส่วนไฮโปธาลามัส

เป็นสารที่ก่อให้เกิดความสุข (Benson, 1976 อ้างในโสรัจญา สุริยันต์, 2545) นั่นคือมีการหลั่งสาร Endorphin จะส่งเสริมจิตใจให้เข้มแข็งแจ่มใส ลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจและเพิ่มความสามารถการทำงานต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้นมีการผลิตคอร์ติซอลน้อยลง จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง ความปวดจะลดลงตามมา (Vaughn et al, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรกฎ สุวรรณอักษรเดชา (2551) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในระดับคะแนนความเครียด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ ซึ่งโปรแกรมนี้พัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีระดับคะแนนความเครียดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของคอร์ติซอลในน้ำลายทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lee et al. (2003) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาด้วยซิงก์ต่อระดับความดันโลหิต ความปวด อาการผิดปกติในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยการสุ่มตัวอย่างผู้ร่วมทดลองทั้งหมด 94 คน เป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีอาการปวดเรื้อรัง (ปวดข้อ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อปวดเส้นประสาท ที่มีอาการปวดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 47 คน ได้รับการฝึกซิงก์จากครูฝึกที่มีประสบการณ์ในการฝึกซิงก์มาอย่างน้อย 1 ปี กลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติแบบหลอก 47 คน ทั้งสองกลุ่มใช้เวลาในการทดลอง 10 นาที พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกซิงก์มีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความอ่อนล้าและความปวด ระดับความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติหลอก และในการศึกษาของ Lee et al. (2004) ที่ได้ศึกษาผลของการฝึกซิงก์ต่อความวิตกกังวล คอร์ติซอล, ACTH และ Aldosterone โดยจากการสุ่มตัวอย่างผู้ชายที่มีอายุระหว่าง 20- 40 ปีจำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน และกลุ่มควบคุม 16 คน โดยทดลองใช้เวลาในการฝึกซิงก์ 1 ชั่วโมงพบว่าภาวะความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองที่มีการฝึกซิงก์มีความวิตกกังวล คอร์ติซอล, ACTH และ Aldosterone ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเช่นเดียวกับการศึกษาของ Johansson, Hassmen and Jouper (2008) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยซิงก์ต่อสภาวะทางอารมณ์และความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ฝึกซิงก์ขั้นพื้นฐานจำนวน 35

คน และเป็นผู้ฝึกที่กึ่งขึ้นสูงจำนวน 24 คน ใช้วิธีการสู่มเข้ากลุ่มทดลอง 28 คนและกลุ่มควบคุม 31 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยซิงซึ่งประกอบด้วย การฝึกการผ่อนคลาย การฝึกซิงและการนวดด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 30 นาที ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีสภาวะทางอารมณ์และความวิตกกังวลหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สภาวะทางอารมณ์และความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนั้นความปวดจะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้การไหลเวียนของเลือดและการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง ความปวดยับยั้งการทำงานของประสาทเวกัส (Vagus nerve) ระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง ส่งเสริมให้เกิดภาวะท้องอืดมากขึ้น และความปวดทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว กล้ามเนื้อระบบทางเดินอาหารคลายตัว อ่อนแรงเช่นกัน จึงเป็นสาเหตุของการแน่นอึดอัด ท้องผูก และมีอาการคลื่นไส้อาเจียน (ทิพวรรณ วัฒนเวช, 2545) การฝึกซิงทำให้มีการเพิ่มการทำงานของเส้นประสาทเวกัส (Vagus) ซึ่งเป็นเส้นประสาทคลายตัว ทำให้ลำไส้ทำงานมากขึ้นให้มีอาการเรอและผายลมได้ระหว่างฝึก (เทอดศักดิ์ เดชคง , 2547) ในการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิง เป็นการรวมการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ เข้ากับสมาธิ และการหายใจ ซึ่งในการหายใจนั้นเป็นการใช้ผนังหน้าท้องและกระบังลม โดยการหายใจลึกๆช้าๆ ให้ลมหายใจลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด ทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกเวลาหายใจเข้า และยุบลงเวลาหายใจออก (รุ่งทิพย์ จามรมาน , 2532) การหายใจโดยใช้เทคนิค หายใจผ่อนคลายเป็นการฝึกการผ่อนคลายที่บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องได้อย่างหนึ่ง เป็นการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้และช่วยในการขับแก๊สออกไป ผลของการหายใจผ่อนคลายเป็นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าท้องและแรงกดที่ลำไส้ส่วนต้นและส่วนขวางเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้การขับไล่แก๊สจากลำไส้ใหญ่ส่วนต้นไปยังส่วนขวางและส่วนปลายและถูกขับออกทางทวารหนักได้ (สายหยุด วัฒนธัญญกรรม , 2529) จากการศึกษาของสุนัหา ศรีวิวัฒน์ (2538) ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายต่อความปวด ภาวะท้องอืดและการพักผ่อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี โดยใช้วิธีการของ Benson' s Respiratory One Method พบว่าผู้ป่วยมีความปวด ภาวะท้องอืดน้อยกว่าและการพักผ่อนหลังการผ่าตัดเร็วกว่ากลุ่มการพยาบาลปกติ

จะเห็นได้ว่า การจัดกิจกรรมพยาบาลของโปรแกรมการบริหารกาย-จิตแบบซิงนั้น เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวมและเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยเป็นการผสมผสานแนวความคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ที่เน้นการจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและใช้ในการดูแลตนเอง (Self care) ซึ่งเน้นทักษะ

ความรู้และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการอาการของตนเอง และได้รับการส่งเสริมให้จัดการอาการของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมการดูแลผสมผสานด้วยการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซิงกเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมอง จิตใจ ร่างกายและพฤติกรรม และความทรงจำภาพทางอารมณ์ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และพฤติกรรมส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยตรง ให้บุคคลมีความตระหนักและมุ่งเสริมสร้างศักยภาพในการที่รู้จักตนเองและการดูแลตนเอง โดยมีบุคคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ช่วยกระตุ้นและแนะนำ (วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี , 2548) ซิงกเป็นการบริหารร่างกาย บริหารจิต และบริหารลมหายใจ ก่อให้เกิดสมาธิและการผ่อนคลาย เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ (สุรพร ธนศิลป์ , 2553) เป็นการพัฒนาทักษะในการควบคุมพลัง พลังชีวิตในร่างกาย (Movahed, 2008) ซึ่งการบริหารกายจิตแบบซิงก เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่สามารถทำได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง (Lee et al, 2003;Johnson & Hassmen, 2008)

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ให้การดูแลและปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดของท้องนั้นสามารถทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้ เมื่อผู้ป่วย มีอาการปวดท้องไม่สุขสบาย บางครั้งอาการปวดท้องรุนแรงต้องใช้อายระงับอาการปวด แพทย์ตรวจวินิจฉัยพบว่าผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทันที ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลเกิดขึ้นเนื่องจากเห็นว่าการรักษาด้วยการผ่าตัด ทันทีกุณ เป็นเหตุการณ์ สำคัญ ที่ก่อให้เกิดความเครียด การผ่าตัดถูกเงินเป็นการรักษาที่เร่งด่วน มีเวลาในการเตรียมตัวผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อการรักษาและการผ่าตัดน้อย ร่วมกับผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลภายใต้กฎระเบียบของโรงพยาบาล อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ได้รับการรักษาและตรวจวินิจฉัยต่างๆ ถูกแยกจากครอบครัว ซึ่งในระยะก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวลที่เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการใช้อายระงับความรู้สึก การทำหัตถการต่างๆ ประสบการณ์ในอดีต ลักษณะของบุคคลและความสามารถในการเผชิญปัญหา (Kindler et al, 2000) นอกจากนั้นผู้ป่วยยังรู้สึกกลัวตาย กลัวการให้อายระงับความรู้สึก กลัวการผ่าตัดล้มเหลว ผลของการผ่าตัดที่อาจไม่ดี และกลัวสูญเสียการควบคุมตนเอง ซึ่งความวิตกกังวลระดับสูงในระยะก่อนการผ่าตัดจะส่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางทางด้านร่างกายเช่นมีอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ และคลื่นไส้อาเจียนได้ (Karanci & Dirik, 2003) แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเสร็จสิ้นแล้ว ไม่เกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่คาดว่าอาจจะเกิดขึ้นในช่วงระหว่างการผ่าตัด จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nijkamp et al (2004) cited in Erci et al, 2004 พบว่าความวิตกกังวลจะสูงที่สุดก่อนการผ่าตัด จะลดลงทันทีหลังผ่าตัด และจะเพิ่มขึ้นอีกในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขึ้นอีกเนื่องจากผู้ป่วยกลัวความเจ็บปวด กลัวสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย การผ่าตัดทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงทางด้านภาพลักษณ์ การกลับสู่ชีวิตประจำวัน และอาจมีปัญหาเรื่องผู้ดูแล เป็นต้น ทั้งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะก่อนและหลังการผ่าตัดมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายล่าช้า อยู่โรงพยาบาลนานขึ้นและมีระดับความปวดหลังการผ่าตัดมากขึ้น (Karanci & Dirik, 2003; Erci et al, 2004) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จะมีความเจ็บปวดที่รุนแรงมากที่สุดในวันที่ 1 หลังการผ่าตัดและจะลดลงต่ำที่สุดในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535; ชญาภรณ์ ไชยเนตตา, 2542; อภิรดี ใจกล้า, 2545; อรพรรณ ไชยชาติและคณะ, 2548; ชลธิรา เรียงคำ, 2551) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการขอยาแก้ปวดเป็นปัจจัยที่ลดอาการเจ็บปวดได้ (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องใน 24 ชั่วโมงแรกได้รับยาแก้ปวดไม่แตกต่างกัน ในระยะ 48 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองได้รับยาแก้ปวดในปริมาณที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางในภาคผนวก จ หน้า 154-156)

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการผสมผสานแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ที่เน้นการจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและใช้ในการดูแลตนเอง (Self care) ซึ่งเน้นทักษะ ความรู้และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการอาการของตนเองที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวมได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ หรือลดอาการรบกวน ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล และความปวดที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะก่อนการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายตั้งแต่ในระยะการผ่าตัด ผู้ป่วยมีการรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพมากขึ้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในด้าน Emotional status กล่าวคือกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำมาก ในด้าน Symptom status ความรุนแรงของความปวดแผลผ่าตัดลดลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ลดการเข้ายาในการลดปวดลงหรือไม่ใช้ยาระงับอาการปวดเลย โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงกเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีของกิจกรรมการพยาบาลและมีประสิทธิภาพมากขึ้นทำให้ความวิตกกังวลและความปวดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ นอกจากนั้นยังเป็นกิจกรรมพยาบาลที่ง่ายต่อการฝึกฝนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้ทุกเวลาที่พร้อม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการบริหารกาย-จิตแบบซิงก สามารถลดความวิตกกังวล

และความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินได้มาก กว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ในการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมพยาบาลควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินทุกรายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมในการลดความวิตกกังวลทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด ลดอาการปวดของแผลผ่าตัดลง โดยเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการอาการของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจตั้งแต่ในระยะก่อนการผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดเร็วขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้องน้อยลง

1.2 ควรจัดให้มีการนำโปรแกรมการ บริหารกาย-จิตแบบซึ่งก ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดชนิดอื่นๆ ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ลดความวิตกกังวลและความปวดทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด

1.3 จากผลการวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินจะมีความวิตกกังวลมากในระยะก่อนการผ่าตัดเนื่องจากการรักษาโรคที่ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยด้วยการผ่าตัดนั้นเป็นสิ่งที่ไม่คาดการณ์มาก่อนและความปวดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญซึ่งในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความปวดมากกว่าช่วงระยะหลังการผ่าตัด ดังนั้นบุคลากร ทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยต้องให้ การปฏิบัติการพยาบาล ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง จัดการอาการรบกวนด้วยตนเองซึ่งจะส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และลดปริมาณการใช้ยาระงับอาการปวดลง นอกจากนี้ยัง เป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 น่าจะนำผลการวิจัยที่ได้จากงานวิจัยนี้ไปทดสอบว่าเป็นไปตามคำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือไม่ เช่น การฝึกซึ่งกทำให้อาการแน่นท้องทุเลาลง

จากผลการวิจัยที่พบว่า “ภายหลังการฝึกซึ่งกทำให้อาการท้องอืดลดลงและการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยเร็วกว่าปกติ ” จึงควรศึกษาผลของการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกต่อภาวะท้องอืดและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกต่ออาการดังกล่าว

2.2 ควรทำการวิจัยศึกษาผลของการ บริหารกาย-จิตแบบซึ่กง ต่อความวิตกกังวล และความปวดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องทางด้านสูตินารีเวชกรรม และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด กระดูกและข้อ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรรกฎ สุวรรณอัศวระเดชา. (2551). **ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกงต่อความเครียดและระดับคอร์ติซอลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา อุปปัญ และคณะ. (2551). การรับรู้ของผู้ป่วยอีสานต่อการผ่าตัด: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลรัฐ. **ศรีนครินทร์เวชสาร** 23(3): 304-310.
- เกศรางค์ เสียงไพโรจน์. (2549). **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากโดยเน้นการบริหารกาย-จิตแบบชีกงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญจิต โอชุม. (2549). **ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฝังดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ สิงห์เสนี. (2548). **ผลของโปรแกรมการจัดการกับความปวดต่อระดับความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จีรพร อินนอก. (2551). **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จุฑามาศ คำแพรวดี และเบญจวรรณ ชีระเทอดตระกูล. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาที่พบบ่อย. ใน เบญจมาศ ปรีชาคุณ และเบญจพรรณ ชีระเทิดตระกูล (บรรณาธิการ), **การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น**. กรุงเทพฯ; เอ.พี.ลีสฟิง.
- เจ็อกุล อโนธารมณ. (2545). บทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวด. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 20(3): 8-18.
- ชบา เรือนรมย์. (2551). **ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบ**

ซึ่งต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชลธิรา เรียงคำ. (2551). **การศึกษาความรุนแรงของความเจ็บปวด การจัดการกับความปวดโดยผู้ป่วยและกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงดาว อรัณวาสน์, สิริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์, เทพกร สาธิตการมณี และกชกร พลาชีวะ. (2555).

ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับบริการระดับความรู้สึกแบบทั้งตัว. **วิสัยทัศน์สาร** 38(2): 102-108.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). **จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร:

สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทิพวรรณ วัฒนเวช. (2545). **อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อ**

อาการท้องอืดของผู้ป่วยเข้าผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

เทอดศักดิ์ เดชคง. (2547). **ซึ่ง พลังสร้างสุข.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนพบลับลิชชิง.

ธนิต วัชรพุกก์. (2544). Preoperative and postoperative care. ใน **ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์ และ**

ธนิต วัชรพุกก์. (บรรณาธิการ), **ตำราศัลยศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นวลสกุล ลายแก้ว. (2545). **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับ**

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล

อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นันทา เล็กสวัสดิ์. (2540). **การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด.** (พิมพ์ครั้งที่ 4). ภาค

วิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2535). **การรับรู้ความเจ็บปวด และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด**

ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล

ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรจบ อินทรสุขศรี. (2542). **การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด.** ใน ไพบุญย์ สุทธิวรรณ และ

บรรจบอินทรสุขศรี (บรรณาธิการ), **ตำราศัลยศาสตร์ สำหรับนักศึกษาแพทย์.**

- กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุปผา โคตะนิวงษ์ และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2550). การพัฒนาเครื่องมือประเมินความปวดแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยระยะวิกฤตทางศัลยกรรมสำหรับพยาบาล. **วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น** 7(1): 83 – 93.
- ประภาศรี จีระยิ่งมงคล. (2536). **ผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรีดา สัมฤทธิ์ประดิษฐ์. (2549). การใช้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดฉุกเฉิน (Anesthesia for Emergency Surgery). ใน ไสภณ จิรสิริธรรม, จักรพันธ์ เอื้อสรเศรษฐ์, ทวีศักดิ์ จันทร์ วิทยานุกิต, ณรงค์ บุญยะโหดระ, สาธิต กรณศ, สุกษม อัตนวานิช และ เจริญ นีนายุพันธ์ (บรรณาธิการ), **ศัลยกรรมฉุกเฉิน หลักการและแนวปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- ปิลันธุ์ ลิขิตกำจร. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริณ และก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร. (2547). **ความปวด: Pain เล่มที่ 1**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: หน่วยวิจัยปวด ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงษ์พิช เพชรสกุลวงศ์. (2547). **สถิติพื้นฐาน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เขตการศึกษาดุสิต.
- พรพงษ์ พรายมณี. (2542). **การฝึกพลังลมปราณชี่กง**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- มณฑิชา แสนทวิสุข. (2541). **ผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวลและการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา.
- ไมตรี ยอดแก้ว, วินิภาญจน์ คงสุวรรณ และศรีสุดา วนาสีสิน. (2553). การทบทวนวรรณกรรม: แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลขณะผ่าตัดและระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2(3): 50-70.
- ยุทธ ไทยวรรณ. (2553). **หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS**. พิมพ์ครั้งที่ 2.

- กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รักชนก ชูเขียน. (2552). **ผลของโยคะต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมการศึกษาเรื่องปวดแห่งประเทศไทย. (2554). **แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- เรณู อาจสำลี. (2550). **การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น ที เฟลส.
- ลดาวัลย์ บุรณะปิยะวงศ์. (2544). **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความรู้ และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัชรวรรณ จันทอินทร์. (2548). **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกันต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล และ ดรินทร์ โล่หิสิริวัฒน์. (2545). **ภาวะเฉียบพลันทางช่องท้อง**. ใน ประมุข มุทิตางกูร, ปรีชา ศิริพานทอง, วิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล และ รวิศ เรื่องตระกูล (บรรณาธิการ), **ศัลยศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล**.
- วิโรจน์ เขียมจรัสรังษี. (2548). **การทบทวนองค์ความรู้ด้าน Mind-Body Medicine ในการป้องกันและรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง**. (ออนไลน์). แหล่งที่มา <http://www.thainhf.org>. 22 มีนาคม 2554.
- ศรินภา ทองมี. (2548). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและประเมินผลการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2551). **การระงับปวดหลังผ่าตัด**. ใน วิรัตน์ วศินวงศ์, ธวัช ชาญชยานนท์, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์ และธิดา เอื้อกฤดาภิการ (บรรณาธิการ). **วิสัญญีวิทยา**

คลินิก. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- ศิริ ทรวงแสงง. (2549). **ซึ่งสมบัติการแพทย์โบราณของจีน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สถาตาไพ์เคชั่น.
- สมบุญ เทียนทอง. (2550). การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ. ใน ชัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสารวณิช และวงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร (บรรณาธิการ). **ความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สมศรี เผ่าสวัสดิ์และวราภรณ์ ไวกุล. (2540). Postoperative pain management. ในประพันธ์ กิตติสน, พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, ทองดี ชัยพานิชและวัฒนา สุพรหมจักร. **ศัลยศาสตร์วิวัฒน์**. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- สิริมนต์ ดำริห์. (2553). **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีพร ธนศิลป์, สุนิดา ปรีชาวงษ์และรุ่งระวี นาวิเจริญ. (2552). **การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง 2**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรีพร ธนศิลป์. (2553). **การสร้างพลังชีวิตด้วยซึ่ง**. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- สุรศักดิ์ พุฒินิพนธ์. (2545). **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โสรัจญา สุริยันต์. (2545). **ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไสว นรสาร. (2540). **ความรู้สึกไม่แน่นอน การประเมินตัดสินใจ และการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่รอผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวพีร์ จันทรเชษฐา. (2546). **ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรรัตน์ ศรีสวัสดิ์. (2549). การใช้อารมณ์ความรู้สึกในการผ่าตัดฉุกเฉิน (Anesthesia for

Emergency Surgery). ใน โสภณ จิรศิริธรรม, จักรพันธ์ เอื้อสรเศรษฐ์, ทวีศักดิ์ จันทร์
 วิทยานุกิต, ณรงค์ บุญยะโหดระ, สาธิต กรณิศ, สุเกษม อัดนวนานิช และ เจริญ นีนาญ
 พันธุ์ (บรรณาธิการ), **ศัลยศาสตร์ฉุกเฉิน หลักการและแนวปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร:
 กรุงเทพเวชสาร.

เสาวลักษณ์ คุณทวี. (2550). **ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย-จิต
 แบบซึ่งกันต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้า
 จอประสาทตา**. ปรินซ์ตันมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อมรรัตน์ ภิราษร และสมพร เตริยมชัยศรี. (2541). ผลของการใช้วิธีการดูแลสุขภาพทางเลือกแบบ
 จีนต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ: ซึ่งง.

วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 12(2): 64-71.

อมรรัตน์ มังสา, บรรจง เขื่อนแก้ว, วราภรณ์ ศิวาวิเศษ และเกตุร พรหมอ่อน. (2554). ความวิตก
 กังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการตรวจพิเศษลำไส้ใหญ่ทางรังสีของโรงพยาบาลศรีนครินทร์
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. **ศรีนครินทร์เวชสาร** 26(1): 55-63.

อภิญา วังศิริยะโยธา. (2535). **ผลของการฝึกผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวล และ
 ความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชา
 การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุทุมพร รูปเล็ก. (2549). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซี
 ดงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ปรินซ์ตันมหาบัณฑิต
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอมอร อุดลโคคาร. (2543). **ผลของดนตรีที่ชอต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่อง
 ท้อง**. วิทยานิพนธ์ปรินซ์ตันมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เอื้องพร พิทักษ์สังข์, จุฑาไล ตันทเทิดธรรมม, สุกัญญา ศุภฤกษ์และอรทัย วรานุกุลศักดิ์. (2554).
 การศึกษาความวิตกกังวล ความเครียด และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการ
 ผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก. **วารสารพยาบาลศิริราช** 4(1): 35-42.

อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตาม
 พยาธิสภาพ**. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พริ้นติ้ง.

อัญชนิ ศิริ. (2549). **ความต้องการการพยาบาลและการตอบสนองต่อความต้องการการ
 พยาบาลของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินโรงพยาบาลแม่แตง**

จังหวัดเชียงใหม่. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาบันราชภัฏเชียงใหม่ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- Apfelbaum, J. L., Chen, C., Mehta, S. S., & Gan, T. J. (2003). **Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged.** (online) <http://www.anesthesia-analgnesia.org>. Available March 22, 2011.
- Asililoglu, K. and Celik, S. S. (2004). The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. **Patient Education Council** 53(1): 65-70.
- Badner, H. N., Nielson, W. R., Munk, S., Kwiatkowska, C., & Gelb, A. W. (1990). Preoperative anxiety: Detection and contributing factors. **Canadian Journal of Anesthesia** 37: 444-447.
- Boehnlein, M. J., & Marek, J. F. (2003). Postoperative nursing. In Phipps, W. J., Monahan, F. D., & Sands, J. K. (Eds.), **Medical surgical nursing Health and illness perspectives**. Missouri: Mosby.
- Bonica, J. J., & Benedetti, C. (1980). Postoperative pain. In Condon, R. E., & De Cosse, J. J. (eds.), **Surgical care: A physiological approach to clinical management** : 394 – 414.
- Bonnet, F. and Marret, E. (2007). Postoperative pain management and outcome after surgery. **Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology** 21(1): 99-107.
- Braden, R., Reichow, S. and Haim, M. A. (2009). The use of the Essential oil lavender to reduce preoperative anxiety in surgical patients. **Journal of PeriAnesthesia Nursing** 24(6): 348-355.
- Branagan, G., & Senapati, A. (2008). Colonic diverticulosis. **Emergency Surgery** 26(8): 357-360.
- Brown, C. M. C., McQueen, M. M. and Nixon, S. J. (2007). Emergency surgical care in Scotland. **Surgeon** 5(2): 72-75.
- Brown, S. R., & Goodfellow, P. B. (2005). The Transverse versus midline incisions for

- abdominal surgery. Cochrane Database System Review. CD005199.
- Bunnag, C. (2004). **A survey of fatigue in post abdominal surgery patients**. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Burns, JW., Moric, M. (2011). Psychosocial factors appears to predict postoperative pain: Interesting, but how can such information be used to reduce risk?. **Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management** 15 (3): 90-99.
- Carrol, J.K., Cullinan, E., Clarke, L. and Davis, N.F. (2012). The role of anxiolytic premedication in reducing preoperative anxiety. **British Journal of Nursing** 21(8): 479-483.
- Caumo, W., Schmidt, A.P., Schneider, C.N., Bergmann, J., Iwamoto, C.W., Adamatti, L.C., Bandeira, D. and Ferreira, B.C. (2001). Risk factors for postoperative anxiety in adults. **Anaesthesia** 56: 720-728.
- Chen, K. W., Comerford, A., Shinnick, P., & Ziedonis, D. M. (2010). Introducing qigong meditation into residential addiction treatment: a pilot study where gender makes a difference. **Journal of Alternative & Complementary Medicine** 16(8): 875-882.
- Crowe, L., Chang, A., Fraser, J. A., Gaskill, D., Nash, R., & Wallace, K. (2008). Systematic review of the effectiveness of nursing interventions in reducing or relieving post-operative pain. **International Journal of Evidence-Based Healthcare** 6(4): 396-430.
- Curtis, S. M., Kolotylo, C., & Broom, M. E. (1998). Pain. In Port, C.M. (Eds.), **Pathophysiology: Concepts of alters health status (5th ed.)**. Philadelphia: Lippincott.
- Dechamps, A., Lafont, L. and Marchasson, I. B. (2007). Effects of Tai chi Exercises on self-efficacy and psychological health. **Eur Rev Aging Phys Act** 4: 25-32.
- Dodd M., Janson S., Facione N., Faucett J., Froelicher E.S. et al. (2001). Advancing the science of symptom management. **Journal of Advanced Nursing** 33(5): 668-676.
- Eeci, B., Sezgin, S and Kacmaz, Z. (). The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. **Australian Journal of Advance Nursing** 26(1): 59-66.

- Gelinas, C. (2004). Pain assessment and management in critically ill intubated patients: A retrospective study. **American Journal of Critical Care** 13(2): 126–136.
- Goffaux, P., Michaud, K., Gaudreau, J., Chalaye, P., Rainville, P. and Marchand, S. (2011). Sex difference in perceived pain are affected by an anxious brain. **Pain** 152(9): 1065-1073.
- Good et al. (2001). Relaxation and music to reduce postsurgical pain. **Journal of Advanced Nursing** 33(2): 208-215.
- Good, M., Anderson, G.C., Ahn, S. and Hicks, M.S. (2005). Relaxation and music reduce pain following intestinal surgery. **Research in nursing and Health** 28: 240-251.
- Grantcharow, T.P., & Rosenberg, J. (2001). Vertical compare with transverse incisions in abdomen surgery. **European Journal of surgery**, 167(4): 260-267.
- Grocott, M. P. W., Browne, J. P., Meulen, J. V., Matejowsky, C., Mutch, M., Hamilton, M. A., et al. (2007). The postoperative mobility survey was validated and used to describe morbidity after major surgery. **Journal of Clinical Epidemiology** 60: 919-928.
- Hartsfield, J. and Clopton, R. (1985). Reducing presurgical anxiety: A Possible visitor effect. **Soc. Sci. Med.** 20(5): 529-533.
- Heath, H.B.M. (2005). Potter and Perry's Foundations in nursing theory and practice. Vincenzo Bona s.r.l., Turin. Italy.
- Herr, K.A. & Mobily, P.R. (1999). Pain management. In G.M. Bulechek, & J.C. McClosky (Eds.), *Nursing intervention effective nursing treatments*. (3rd ed.): Philadelphia: W.B Saunders. **Intensive and Critical Care Nursing** 19: 276–288.
- Horowitz, S. (2009). Evidence-Based Health Benefits of Qigong. **MARRY ANN LIEBERT, INC** 15(4): 178-183.
- Humphreys, J., Lee, K.A., Carrieri-Kohlman, V., Puntillo, K., Faucett, J., Janson, S., Auizerat, B., Donesky-Cuenca, D. (2008). **Theory of Symptom Management**. In M.J. Smith, & PR Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing*, Second Edition. New York, NY: Springer Publishing Company.

- Humphreys, J., Lee, K.A., Carrieri-Kohlman, V., Puntillo, K., Faucett, J., Janson, S., Aouizerat, B., Donesky-Cuenco, D. (2008). Theory of Symptom Management. In M.J. Smith, & PR Liehr (Eds.), **Middle Range Theory for Nursing, Second Edition**. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Ip, H.Y., Abrishami, A., Peng, P.W., Wong, J., & Chung, E. (2009). Predictors of operative pain and analgesic consumption: A qualitative systematic review. **Anesthesiology** 111(3): 657- 677.
- Issa, N. et al. (2009). Emergency surgery for complicated acute diverticulitis. **Journal Compilation 2**: 198-202.
- Issa, N., Dreznik, Z., Dueck, D. S., Arish, A., Ram, E., Kraus, M., et al. (2008). Emergency surgery for complicate acute diverticulitis. **Journal Compilation 2**: 198-202.
- Jlala, H.A., French, J.L., Foxall, G.L., Hardman, J.G. and Bedfordth, N.M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. **British Journal of Anaesthesia** 104(3): 369-374.
- Joanna Briggs Institute. (2004). **Systematic review-the review process**. Retrieved January 20, 2011, from [http:// www. Joannabriggs. edu. au/pubs/approach. php](http://www.Joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php).
- Joelsson, M., Olsson, L., & Jakobsson, E. (2010). Patients' experience of pain and pain relief following hip replacement surgery. **Journal of Clinical Nursing** 19(19/20), 2832-2838.
- Johansson, M., & Hassmén, P. (2008). Acute psychological responses to qigong exercise of varying durations. **American Journal of Chinese Medicine** 36(3): 449-458.
- Kain, Z.N., Sevarino, F., Alexander, G.M., Pincus, S. and Mayes, L.C. (2000). **Journal of Psychosomatic Research** 49: 417-422.
- Karanci, A. N., & Dirik, G. (2003). Predictors of pre and postoperative anxiety in Emergency surgery patients. **Journal of Psychosomatic research** 55(4): 363 – 639.
- Khan, R.S. et al. (2011). Catastrophizing: a predictive factor for postoperative pain.

- American Journal of Surgery** 201: 122-131.
- Kindler, C.H., Harms, C., Amsler, F., Scholl, T.I. and Scheidegger, D. (2000). The Visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. **ANESTH ANALG** 90: 706-712.
- Kiyohara, L.Y. et al. (2004). Surgical information reduces anxiety in the pre operative period. **REV. HOSP. CLIN. FAC. MED. S. PUALO** 59(2): 51-56.
- Kroll, W., & Gassmayr, S.E. (1998). Pre-operative anxiety, stress and pre-medication. **Bailliere's Clinical Anaesthesiology** 12(3): 485- 495.
- Lee, K.C., Choa, H.y, Yiin, J.J., Chiang, P.Y. and Choa, Y.F. (2011). Effectiveness of different music-playing devices for reducing preoperative anxiety: A clinical control study. **International Journal of Nursing Studies** 48:1180-1187.
- Lee, M. S., Pittler, M. H. & Ernst, E. (2007). External Qigong for pain conditions: A systemic review of randomized clinical trials. **The Journal of Pain**,8(11): 827-831.
- Lee, M. S., Pittler, M. H. & Ernst, E. (2011). Internal Qigong for pain conditions: A systemic review. **The Journal of Pain**,8(11): 1121-1127.
- LeMone, P., & Burke, K. M. (2000). **Medical-Surgical Nursing** (2 ed.). New Jersey: Prentice
- Lin, L.Y. and Wang, R.H. (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety:preoperative nursing intervention. **Journal of advanced Nursing** 51(3): 252-260.
- Lindgren, L., Rundgren, S, Winso, O., Lehtipalo, S. Wiklund, U. et al. (2010). Physiological responses to touch massage in healthy volunteers. **Neuroscience: Basic and Clinical** 158: 105-110.
- Lithner, M. & Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. **Patient Education Council**, 40(1): 29-37.
- Macutkiewicz, C., & Carlson, G. L. (2008). Acute abdomen: Intestinal obstruction. **Surgery** 26(3): 102-107.
- Manias, E. (2003). Pain and anxiety management in the postoperative gastro-surgical setting. **Journal of Advanced Nursing**, 41(6), 585-594..
- McCaffrey, R., & Fowler, N. L. (2003). Qigong practice: a pathway to health and healing. **Holistic Nursing Practice** 17(2), 110-116.

- Meredith, G.L. et al. (2010). Emergency surgery: Measure, change and benefit. **Australian Journal of Advanced Nursing** 28(4):68-74.
- Mobily, P. R., Herr, K. A., & Nicholson, A. C. (1994). Validation of cutaneous stimulation interventions for pain management. **Int. Journal Nursing student** 31(6): 533-544.
- Moser, D. K., Chung, M. L., McKinley, S., Riegel, B., An, K., Cherrington, C. C., et al. (2003). Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. **Intensive Critical Care Nursing** 19(5): 276-288.
- Movahed, S. B., Shayesteh, Y., Mehrizi, H., Rezayi, S., et al. (2008). Effect of Qigong Exercise on 3 Different Parameters of Human Saliva. **Chin J Integr Med** 14 (4) : 262-266.
- Munson, B. (2000). Myths & Facts: About sleep deprivation. **Nursing** 30(7): 77.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). (2008). **The use of complementary and alternative medicine in the United States**. (online) <http://nccam.nih.gov/news/>. Available January 22, 2012.
- Oh, B., Butow, P., Mullan, B., Clarke, S., et al. (2010). Impact of Medical Qigong on quality of life, fatigue, mood and inflammation in cancer patients: a randomized controlled trial. **Annals of Oncology** 21:608–614.
- Oldenburg, W. A., Lau, L.L., Rodenberg, T.J., Edmonds, H. J. & Burger, C. D. (2004). Acute Mesenteric Ischemia. **Arch. Intern Med** 164: 1054-1062.
- Oshodi, T. O. (2007). The impact of preoperative education on postoperative pain. Part 2. **British Journal of Nursing (BJN)**, 16(13), 790-797.
- Pasero, C. (2003). Pain in the critically ill patients. **Journal of Perianesthesia Nursing** 18(6): 422-425.
- Pellino, T. A., Gordon, D. B., Engelk, Z. K., Busse, K. I., Collins, M. A., et al. (2005). Use of Nonpharmacologic Interventions for pain and anxiety After total hip and total knee arthroplasty. **Orthopedic Nursing** 24(3) : 182-192.
- Phipps, WJ., Long, BC., & Woods, NF. (1980). **Medical - Surgical Nursing seventh edition**. London: The C.V. Mosby Company.
- Pittman, S. and Kridill, S. (2011). Music intervention and preoperative anxiety: an

integrative review. *International Nursing Review* 58: 157-163.

- Riangkam, C. (2007). **Intensity of pain, patient's pain management strategies and rehabilitation activities in early post abdominal surgery patients**. The Degree of Master of nursing science (Adult nursing). Faculty of graduate studies Mahidol university.
- Roykulchareon, V. and Good, M. (2004). Systematic relaxation to relieve postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing* 48(2): 140-148.
- Royle, J., Walsh, M. (eds). (1992). **Watson's Medical Surgical Nursing and Related Physiology**. London: Bailliere Tindall.
- Salmon, P. (1993). The reduction of anxiety in surgical patients: an important nursing task or Medicalization of preparatory worry?. *Int. J. Nurs. Stud.* 30(4): 323-330. .
- Samarasee, AA., Rhind, G., Saleh, U., & Bhattacharya, V. (2009). Factors contributing to poor post-operative abdominal pain management in adult patients: review. *THE SURGEON* 8: 151 –158.
- Schein, M. (2005). Common sense emergency abdominal surgery. In M. Schein & P. N. Rogers (Eds.) **Schein's common sense emergency abdominal surgery**. Berlin: Springer.
- Seers, K., Crichton, N., Tutton, L., Smith, L., and Saunders, T. (2008). Effective of relaxation for postoperative pain and anxiety: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 62(6): 681-688.
- Shafer, KN., Sawyer, JR., & McClusker, AM. (1961). **Medical - Surgical Nursing second edition**. London: The C.V. Mosby Company.
- Sjoling, M., Nordahl, G., Olofsson, N. and Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling* 51: 169-176.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. C. (2004). Concepts and challenges in patients management. **Brunner & Suddarth's Textbook of medical-surgical nursing**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. C., Hinkle, J.L. and Cheever, K.H. (2007). Pain management

- Brunner & Suddarth's Textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, G and Covino, B.G. (1985). Psychological factors in postoperative pain. **Acute pain**. England: Butterworth & co (Publishers) Ltd.
- Smith, J. K., & Lobo, D. N. (2008). Investigation of the acute abdomen. **Surgery** 26(3): 91-97.
- Smith, S., Duell, D. and Martin, B. (2000). **Clinical Nursing Skills. Basic to Advanced (5th ed.)**. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health,
- Spielberger, C.D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory(STAI) form Y: **Self-evaluation questionnaire**. Palo Alto: Consulting Psychologists.
- Stevens, D., Johnson, M., & Langdon, R. (2000). Comparison of two warming intervention in Surgical. **Suddarth's Textbook of medical-surgical nursing**. Philadelphia: Lippincott.
- Sullivan, E. E. (2004). PACU pain management: How well are we meeting our patients' needs?. **Journal of Perianesthesia Nursing** 9(3): 209-211.
- Taylor, A. (2009). A review of postoperative pain management and the challenges. **Current . Anesthesia and Critical Care** 20: 188-194.
- Taylor, C., Lillis, C. & Lemone, P. (2001). **Fundamental of Nursing The Art and Science of Nursing Care 4th ed**. Philadelphia: Lippincott.
- Timby, B. K., & Smith, N. C. (2003). Caring for clients with pain. in **Introductory medical-surgical nursing (8th ed)**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Vaughn, F., Wichowski, H., & Bosworth, G. (2007). Does preoperative Anxiety Level Predict Postoperative Pain. **AORN Journal** 85: 589-604.
- Walker, J. A. (2002). Emotional and psychological preoperative preparation in adults. **British Journal of Nursing (BJN)** 11(8): 567-575.
- Wong, E. M., Chan, S. W., & Chair, S. (2010). Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. **Journal of Advanced Nursing** 66(5): 1120-1131.
- Yang, H. K., Kim, Y. H., & Lee, S. M. (2005). Efficacy of Qi-Therapy (External Qi-gong)

for elderly people with chronic pain. *Intern Journal Neuroscience* 115:949–963.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง คุณวนิดา รัตนานนท์	นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ กรมสุขภาพจิต ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
นายแพทย์มณฑิธร มรดกรกุล นางสาววิไลลักษณ์ ดันติตระกูล	ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ โรงพยาบาลราชบุรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลราชบุรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ
และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ที่ ศธ 0512.11/ 0๙๖๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕๐ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

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

เนื่องด้วย นางสาวจรินทร์ พงกยะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการบริหารกายจิตแบบซิงเกิ้ลต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญแบบประเมินความปวด และการบริหารกายจิตแบบซิงเกิ้ลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจรินทร์ พงกยะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน
ฝ่ายวิชาการ
นางวรายุทธินักษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125
นางสาวจรินทร์ พงกยะ โทร. 081 - 9447 - 048

ที่ ศธ 0512.11/ 0๙๖๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕๐ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

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

เนื่องด้วย นางสาวจรินทร์ พงกยะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการบริหารกายจิตแบบซิงเกิ้ลต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญแบบประเมินความปวด และการบริหารกายจิตแบบซิงเกิ้ลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจรินทร์ พงกยะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน
ฝ่ายวิชาการ
นางวรายุทธินักษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125
นางสาวจรินทร์ พงกยะ โทร. 081 - 9447 - 048

ที่ ศธ 0512.11/ 0๙๖๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕๐ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

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

เนื่องด้วย นางสาวจรินทร์ พงกยะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการบริหารกายจิตแบบซิงเกิ้ลต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญแบบประเมินความปวด และการบริหารกายจิตแบบซิงเกิ้ลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจรินทร์ พงกยะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน
ฝ่ายวิชาการ
นางวรายุทธินักษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125
นางสาวจรินทร์ พงกยะ โทร. 081 - 9447 - 048

ที่ ศธ 0512.11/ 0๙๖๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๓๐ พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

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

เนื่องด้วย นางสาวจรินทร์ พงกยะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการบริหารกายจิตแบบซึ่งงต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญแบบประเมินความปวด และการบริหารกายจิตแบบซึ่งงสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจรินทร์ พงกยะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน
ฝ่ายวิชาการ
นางวรายุทธินักษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125
นางสาวจรินทร์ พงกยะ โทร. 081 - 9447 - 048

ที่ ศธ 0512.11/0784



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 พฤษภาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวจรินทร์ พวภยะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการบริหารกายจิตแบบซิงก์ต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125

ชื่อนิสิต

นางสาวจรินทร์ พวภยะ โทร. 081 - 9447 - 048

ภาคผนวก ค
เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
และเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ โทร.๑๒๔๕

ที่รบ.๐๐๒๗.๑๐๒/ ๗๗๕

วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๕๕

เรื่อง อนุญาตการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรี

เรียน นางสาวจรินทร์ พงกยะ

สืบเนื่องจากการพิจารณาของอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ชื่อโครงการภาษาไทย "ผลของการบริหารกายจิตแบบซึ่งต่อความวิตกกังวล และความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน" ผู้วิจัยหลัก นางสาวจรินทร์ พงกยะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณาของอนุกรรมการมีมติ **อนุมัติ** ให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยใน โรงพยาบาลราชบุรี ตามโครงร่างงานวิจัยที่เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายสุพจน์ จิระราชวโร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลราชบุรี

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 111/2555

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 068.2/55 : ผดของการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ต่อความวิตกกังวลและความปวดใน
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจรินทร์ พวกยะ
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิศนประคินง)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 30 กรกฎาคม 2555

วันหมดอายุ : 29 กรกฎาคม 2556

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและ ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย 068.2/55
วันที่รับรอง 30 ก.ค. 2555
วันหมดอายุ 29 ก.ค. 2556

เงื่อนไข

1. ข้อมติรับรองว่าเป็นการศึกษาริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการ วิจัยก่อน ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน หรือส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ใน โครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ให้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดการสูญหายไม่พึงประสงค์หรือเหตุรุนแรงในสถานที่เก็บข้อมูลซึ่งขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี สิ้นจบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับกลุ่มควบคุม)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจรินทร์ พงกยะ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี
70120

(ที่บ้าน) 36 หมู่ 2 ตำบลคอนคลัง อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัด
ราชบุรี 70130

โทรศัพท์ที่ทำงาน 032 – 355300-15 ต่อ 541 - 543

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-9447048 E-mail : rinpuakya@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาถึง ผลของการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงและภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.2 เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ได้แก่ ไส้ติ่งอักเสบหรือแตก ลำไส้ทะลุ ภาวะอาหารทะลุ ลำไส้อุดตัน ไส้เลื่อนอุดตัน เยื่อบุช่องท้องอักเสบเฉียบพลันและอวัยวะในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก และโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่มีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ที่ได้รับการผ่าตัด Appendectomy, Explore lap, Cholecystectomy และ Herniorrhaphy
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังเข้ากลุ่มทดลอง เช่น การเกิดภาวะช็อค การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจภายหลังการผ่าตัด

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเพื่อให้ได้ผู้ป่วยตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย หากมีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 20 คนก่อน และหลังจากนั้นพิจารณาจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนตามลำดับ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนและให้การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อาจส่งผลให้เกิดความอคติในการตอบแบบประเมินต่างซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อการศึกษาได้
3. ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองมาจับคู่กับกลุ่มควบคุม (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันดังต่อไปนี้ คือ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค และวิธีการผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ครอบคลุมแบบองค์รวมซึ่งนำไปสู่ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งก่อน-หลังผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน5.

5. เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ หรือผู้ป่วย ศัลยกรรมในโรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวกและโรงพยาบาลราชบุรี มีกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยการแนะนำตัว พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเอง และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลในระบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความวิตกกังวล (Pre-test) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นต้องผ่าตัดแบบฉุกเฉินได้แก่ การผ่าตัดได้ตั้งอักเสบหรือแตก ถ้าไส้ทะลุ กระเพาะอาหารทะลุ ถ้าไส้จุดตัน ไส้เลื่อนจุดตัน เยื่อบุช่องท้องอักเสบเฉียบพลันและอวัยวะในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ การลงนามยินยอมรับการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก การมีแผลผ่าตัด การกระตุ้นให้ลุกเร็วและการให้ยาระงับอาการปวด เป็นการให้ข้อมูลรายบุคคล สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ต้องได้รับการผ่าตัดและการผ่าตัดที่ได้รับ ผู้วิจัยศึกษาจากบันทึกการรักษาของแพทย์ตนเอง

ครั้งที่ 2 หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องแล้ว ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนจนรู้สึกตัวดี ดีขึ้นดีภายหลังการผ่าตัด 12 ชั่วโมง โดยให้การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ บันทึกความปวดหลังผ่าตัดร่วมกับการบันทึกสัญญาณชีพ

ครั้งที่ 3 ภายหลังการผ่าตัดให้การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ บันทึกความปวดหลังผ่าตัดร่วมกับการบันทึกสัญญาณชีพหลังผ่าตัดวันที่ 2

ครั้งที่ 4 ภายหลังผ่าตัดวันที่ 3 เยี่ยมผู้ป่วยบันทึกความปวดหลังผ่าตัดร่วมกับการบันทึกสัญญาณชีพและประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการ

ผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน พร้อมทั้งแจกคู่มือการบริหารกาย-จิตแบบชี่กึ่งสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ
 ผ่าตัดช่องท้องและแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการฉีดยา พร้อมทั้งแจกคู่มือการบริหารกาย-จิต
 แบบชี่กึ่งสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

6. เป็นการวิจัยที่มีการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยคาดว่า ไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่
 ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลในการวิจัยที่ระบุถึงผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะ
 ถูกถอดเป็นรหัส และผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม จะไม่มีชื่อและที่อยู่ของผู้มีส่วนร่วมในการ
 วิจัยและนำผลการศึกษามาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

7. ข้อมูลที่ได้จากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกแปลงเป็นตัวเลข ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่
 มีชื่อของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

8. ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย มีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการหรือสามารถถอนตัวออก
 จากโครงการได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการได้รับการบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้า
 ได้รับแต่ประการใด

9. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมโดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้
 ตลอดเวลาและหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย
 จะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว ตามที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยหรือสถานพยาบาลที่ผู้วิจัย
 แจ้งไว้กับผู้ร่วมวิจัย

10. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

11. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประมาณ 40 คน

12. หากผู้ร่วมวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์

0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับกลุ่มทดลอง)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ชื่อผู้วิจัย นางสาว จรินทร์ พวงยะ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี
70120

(ที่บ้าน) 36 หมู่ 2 ตำบลดอนคลัง อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัด
ราชบุรี 70130

โทรศัพท์ที่ทำงาน 032 – 355300-15 ต่อ 541 - 543

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-9447048 E-mail : rinpuakya@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาถึง ผลของการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงและภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.2 เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ได้แก่ ไส้ติ่งอักเสบหรือแตก ลำไส้ทะลุ ภาวะอาหารทะลุ ลำไส้อุดตัน ใต้เลือดอุดตัน เยื่อช่องท้องอักเสบเฉียบพลันและอวัยวะในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก และโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ที่มีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ที่ได้รับการผ่าตัด

Appendectomy, Explore lap, Cholecystectomy และ Herniorrhaphy

2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

3. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria) คือ

1. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่เกิดขึ้นภายหลังเข้ากลุ่มทดลอง เช่น การเกิดภาวะช็อค การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจภายหลังการผ่าตัด

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเพื่อให้ได้ผู้ป่วยตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย หากมีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 20 คนก่อน และหลังจากนั้นพิจารณาจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนตามลำดับ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนและให้การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อาจส่งผลให้เกิดความอคติในการตอบแบบประเมินต่างซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อการศึกษาวิจัยได้
3. ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองมาจับคู่กับกลุ่มควบคุม (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันดังต่อไปนี้ คือ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค และวิธีการผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินที่ครอบคลุมแบบองค์รวมซึ่งนำไปสู่ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์พยาบาลให้มีประสิทธิผลมากขึ้น โดยเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งก่อน-หลังผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน 5. เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

5. เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกับที่กลุ่มควบคุมได้เข้าร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิล โดยมีกิจกรรมพบกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ครั้งที่ 1 ในระยะก่อนการผ่าตัดผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หือผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นรายบุคคล ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและชนิดของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับจากบันทึกการรักษาของแพทย์ตนเอง เริ่มสร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของกรวิจัย โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากผู้ป่วย พูดคุยสอบถามอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความรู้สึกที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจและวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น สอบถามถึงประสบการณ์เกี่ยวอาการปวด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เพื่อเป็นการระบายความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น รวมทั้งประเมินความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดเป้าหมายวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ในการแก้ไขปัญหาและลดความวิตกกังวลและความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยให้ข้อมูล ความรู้ตามความต้องการของผู้ป่วย ตามสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล และอาการรบกวนที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด นอกจากนี้ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และผลของการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิลเพิ่มเติม โดยใช้สื่อภาพแผ่นพลิก

ก่อนการดำเนินการทดลองผู้วิจัยประเมินสภาพร่างกาย ความรุนแรงของอาการปวดท้อง และภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อจัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการปวดท้องรุนแรง ไม่สุขสบาย ผู้วิจัยจะดำเนินการ

ทดลองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย สุขสบาย ลดภาวะความตึงเครียดและความทุกข์ทรมาน จากอาการปวดก่อนโดยผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนในท่าที่สุขสบายเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และเริ่มต้นการฝึกการหายใจที่ถูกต้อง ร่วมกับการทำท่าเตรียม ใช้เวลาประมาณ 15 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกการหายใจและท่าเตรียมแล้ว ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อน จัดท่านอนให้สุขสบายเพื่อลดอาการปวดท้อง พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลายมากขึ้น

ครั้งที่ 2 ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องแล้ว ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน จนรู้สึกตัวดี ตื่นดี ภายหลังจากการผ่าตัด 12 ชั่วโมง กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ก่อนการฝึกซึ่งผู้วิจัยจัดทำให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนฝึกบนเตียงในท่าที่สุขสบายเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยในแต่ละราย ให้ผู้ป่วยเริ่มต้นด้วยการฝึกการหายใจ พร้อมกับท่าท่าเตรียม 5 ครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยฝึกสอนซึ่งก 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา ผู้วิจัยและผู้ป่วยฝึกท่าซึ่งก พร้อมกัน ท่าท่าละ 5 ครั้ง ใช้เวลาฝึกประมาณ 15 นาที และทำการปั้นพลัง เก็บพลัง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อน พร้อมทั้งแจกคู่มือการบริหารกาย- จิตแบบซึ่งกสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดช่องท้อง

ครั้งที่ 3 หลังผ่าตัดวันที่ 2 ให้ผู้ป่วยฝึกซึ่งกทั้ง 4 ท่า ท่าท่าละ 5 ครั้ง ใช้เวลา 15 นาที ในการฝึกซึ่งกกำหนดให้ฝึกทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและเย็นในเวลาใกล้เคียงกัน ในเวลา 08.00 – 09.00น. และเวลา 17.00 – 18.00 น. เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลต่างๆ เหมาะแก่การฝึกซึ่งก ภายหลังจากฝึกเรียบร้อยแล้ว ทำการปั้นพลัง และเก็บพลัง ต่อด้วยการทำสมาธิเพื่อเป็นการผ่อนคลาย

ครั้งที่ 4 ในวันที่ 3 หลังการผ่าตัดให้ผู้ป่วยฝึกซึ่งกเหมือนครั้งที่ 3 เมื่อทำการฝึก การบริหารกาย-จิตซึ่งกเสร็จสิ้น ในการฝึกทุกครั้งพุดคุยให้กำลังใจและชมเชยผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย มีกำลังใจในการฝึกครั้งต่อไป และให้ผู้ป่วยได้ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการฝึกการบริหาร กาย-จิตแบบซึ่งกที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลให้ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันวางแผนในการ แก้ไขที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ของการฝึกการบริหารกายจิตแบบซึ่งก โดยการสอบถาม ผู้ป่วยถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ สังเกตการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม สอบถามถึงความรู้สึกในการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจาก กลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างว่า สิ้นสุดการวิจัย กล่าวขอบคุณในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

6. เป็นการวิจัยที่มีการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยคาดว่า ไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลในการวิจัยที่ระบุถึงผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะถูกถอดเป็นรหัส และผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม จะไม่มีชื่อและที่อยู่ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและนำผลการศึกษามาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น
7. ข้อมูลที่ได้จากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกแปลงเป็นตัวเลข ผลการวิจัยที่ดีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
8. ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย มีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการหรือสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับแต่ประการใด
9. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมโดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว ตามที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยหรือสถานพยาบาลที่ผู้วิจัยแจ้งไว้กับผู้ร่วมวิจัย
10. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย
11. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประมาณ 40 คน
12. หากผู้ร่วมวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งชื่อโครงการวิจัย ผลของการจัดการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ชื่อผู้วิจัย นางสาว จรินทร์ พวงยะ , โทรศัพท์ 081-9447048

ที่อยู่ติดต่อ 36 หมู่ 2 ตำบลคอนคั้ง อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ หรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมทำกิจกรรมเป็นการส่งเสริมให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยประเมินแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังผ่าตัด ประเมินระดับความปวดและการบันทึกสัญญาณชีพ หลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 โดยระยะเวลาในการศึกษา 4 วัน

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลต่อการได้รับการบริการหรือการรักษา

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น4 อาคารสถาบัน2 ซอย จุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไทเขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมการบริหารกาย-จิตแบบซิงก

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการจัดการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงกต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่

ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ชื่อผู้วิจัย นางสาว จรินทร์ พวงยะ , โทรศัพท์ 081-9447048

ที่อยู่ติดต่อ 36 หมู่ 2 ตำบลดอนคลัง อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมทำกิจกรรมเป็นการส่งเสริมให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยประเมินแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังผ่าตัด ประเมินความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดช่องท้องที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ให้ความรู้เพิ่มเติมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย สอนการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงกในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด ร่วมกับการประเมินระดับความปวดและการบันทึกสัญญาณชีพหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 โดยระยะเวลาในการศึกษา 4 วัน

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้นจะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษา

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้า**ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างรายที่..... HN.....วันที่บันทึก.....

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยเติมข้อความในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] ที่ตรงกับความเป็นจริงของตัวท่าน

1. อายุ ปี

2. เพศ

[] ชาย [] หญิง

3. ประวัติการได้รับการผ่าตัด

[] เคย ผ่าตัด..... [] ไม่เคย

แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

1. การวินิจฉัยโรคก่อนได้รับการผ่าตัด.....

2. การผ่าตัดที่ได้รับ.....

3. วันที่ผ่าตัด.....

4. ชนิดของยาระงับความรู้สึก

5. ระยะเวลาในการผ่าตัด.....ตำแหน่งของแผลผ่าตัด.....

6. การวินิจฉัยโรคหลังได้รับการผ่าตัด.....แพทย์ผู้ผ่าตัด

7. ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล

[] Pre-test วันที่..... เวลา..... [] Post-test วันที่..... เวลา.....

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่จะใช้บรรยายความรู้สึกของท่านในปัจจุบัน โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางด้านขวาของข้อความ ซึ่งตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ข้อความที่ท่านตอบจะไม่มีถูกหรือผิด และคำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ โดยมีเกณฑ์ให้เลือกตอบดังนี้

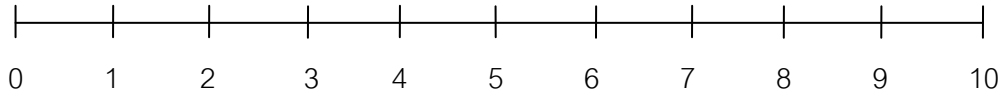
- ไม่มีเลย (1) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้
 มีบ้างเล็กน้อย (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้เล็กน้อย
 มีปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้ปานกลาง
 มีมาก (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านในขณะนี้มาก

ความรู้สึกของท่านในขณะนี้	ไม่มีเลย	มีบ้างเล็กน้อย	มีปานกลาง	มีมาก
1. ท่านรู้สึกจิตใจสงบ				
2. ท่านรู้สึกปลอดภัย				
3. ท่านรู้สึกดีใจ				
4. ท่านรู้สึกเกร็งและเครียด				
5. ท่านรู้สึกสบายๆ				
6. ท่านรู้สึกหงุดหงิด				
7. ท่านรู้สึกว่าอาจจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับตัวเอง				
8. ท่านรู้สึกพึงพอใจ				
9. ท่านรู้สึกกลัว				
10. ท่านรู้สึกสบายใจ				
11. ท่านรู้สึกมั่นใจในตนเอง				
12. ท่านรู้สึกตื่นเต้น				
13. ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ท่านรู้สึกอึดอัดใจ				
15. ท่านรู้สึกผ่อนคลาย				
16. ท่านรู้สึกสุขใจ				
17. ท่านรู้สึกกังวลใจ				
18. ท่านรู้สึกตื่นตระหนก				
19. ท่านรู้สึกมั่นคงเด็ดเดี่ยว				
20. ท่านรู้สึกรำเริง				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง

[] หลังผ่าตัด วันที่.....เวลา.....

คำชี้แจง กรุณาบอกความรู้สึกปวดของท่านที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ให้ท่านเขียนเครื่องหมาย x ลงบนเส้นตรงที่ท่านประมาณความเจ็บปวดที่รู้สึกขณะนี้



ไม่รู้สึกรู้สึกปวด ปวดปานกลาง ปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้

ภาคผนวก จ

รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวอย่างคู่มือการบริหารกาย-จิตแบบชีกงสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง

ตัวอย่างโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชีกงสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการ

ผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ตัวอย่างแผนการสอน เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดช่องท้อง

รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลการทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.794	.796	20

ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.900	.902	20

2. การหาค่าคะแนนความวิตกกังวลและความปวดในเวลาต่างๆ

group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
preanxi control	20	46.8000	9.13409	2.04244
preanxi treatment	20	54.4000	10.8161	2.41857
postanxi control	20	37.4500	8.56845	1.91596
postanxi treatment	20	25.4000	2.47939	.55441
pain1 control	20	5.4000	1.90291	.42550
pain1 treatment	20	4.8000	1.47256	.32927
pain2 control	20	3.7500	1.58529	.35448
pain2 treatment	20	3.0000	1.07606	.24061
pain3 control	20	2.7000	1.38031	.30865
pain3 treatment	20	1.9000	1.29371	.28928

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
preanxi	Equal variances assumed	1.46	.23	-2.40	38	.021	-7.600	3.16	-14.00	-1.19
	Equal variances not assumed			-2.40	36.964	.022	-7.60	3.16560	-14.01	-1.18
postanxi	Equal variances assumed	8.58	.006	6.04	38	.000	12.05	1.99	8.01	16.08
	Equal variances not assumed			6.04	22.160	.000	12.05	1.99	7.91	16.18
pain1	Equal variances assumed	1.47	.23	1.11	38	.272	.60	.53	-.48	1.68
	Equal variances not assumed			1.11	35.749	.272	.60	.53	-.49	1.69
pain2	Equal variances assumed	2.27	.13	1.75	38	.088	.75	.42	-.11	1.617
	Equal variances not assumed			1.75	33.442	.089	.75	.42	-.12	1.62
pain3	Equal variances assumed	.002	.96	1.89	38	.066	.80	.42	-.05	1.65
	Equal variances not assumed			1.89	37.84	.066	.80	.42	-.05	1.65

3. ค่าคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุม

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 totalpreanxie	46.80	20	9.13	2.04
totalpostanxie	37.45	20	8.56	1.91

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 totalpreanxie - totalpostanxie	9.35	9.80	2.19	4.76	13.93	4.26	19	.000

กลุ่มทดลอง

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 totalpreanxie	54.4000	20	10.81617	2.41857
totalpostanxie	25.4000	20	2.47939	.55441

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 totalpreanxie - totalpostanxie	29.00	12.10	2.70	23.33	34.66	10.71	19	.00

4. ความปวดในกลุ่มทดลองโดยการทดสอบรายคู่

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 pain1 & pain2	20	.764	.000
Pair 2 pain1 & pain3	20	.541	.014
Pair 3 pain2 & pain3	20	.718	.000

5. ความปวดในกลุ่มควบคุมโดยการทดสอบรายคู่

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 pain1 & pain2	20	.436	.055
Pair 2 pain1 & pain3	20	.409	.074
Pair 3 pain2 & pain3	20	.758	.000

6. การให้ยาในกลุ่มควบคุม

6.1 ชนิดของยาที่ใช้ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Morphine	6	30.0	30.0	30.0
Pethidine	11	55.0	55.0	85.0
Tramal	1	5.0	5.0	90.0
none	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

6.2 ชนิดของยาที่ใช้ใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Morphine	5	25.0	25.0	25.0
Pethidine	4	20.0	20.0	45.0
Tramal	1	5.0	5.0	50.0
Paracetamol	7	35.0	35.0	85.0
none	3	15.0	15.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

6.3 ชนิดของยาที่ใช้ใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pethidine	2	10.0	10.0	10.0
Paracetamol	5	25.0	25.0	35.0
none	13	65.0	65.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

7. การให้ยาในกลุ่มทดลอง

7.1 ชนิดของยาที่ใช้ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Morphine	5	25.0	25.0	25.0
Pethidine	5	25.0	25.0	50.0
Tramal	2	10.0	10.0	60.0
none	8	40.0	40.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

7.2 ชนิดของยาที่ใช้ใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Morphine	1	5.0	5.0	5.0
Pethidine	2	10.0	10.0	15.0
none	17	85.0	85.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

7.3 ชนิดของยาที่ใช้ใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid none	20	100.0	100.0	100.0

8. การให้ยาระงับอาการปวด

8.1 การให้ยาระงับอาการปวดในกลุ่มควบคุม

ปริมาณการให้ยาต่อ วัน	ระยะเวลา		
	24 ชั่วโมงหลังการ ผ่าตัด	48 ชั่วโมงหลังการ ผ่าตัด	72 ชั่วโมงหลัง การผ่าตัด
1 ครั้ง	8	10	6
2 ครั้ง	7	6	2
3 ครั้ง	1	1	0
มากกว่า 3 ครั้ง	2	0	0
ไม่ใช้ยา	2	3	12

8.2 การให้ยาระงับอาการปวดในกลุ่มทดลอง

ปริมาณการให้ยาต่อ วัน	ระยะเวลา		
	24 ชั่วโมงหลังการ ผ่าตัด	48 ชั่วโมงหลังการ ผ่าตัด	72 ชั่วโมงหลัง การผ่าตัด
1 ครั้ง	11	4	0
2 ครั้ง	0	0	0
3 ครั้ง	0	0	0
มากกว่า 3 ครั้ง	0	0	0
ไม่ใช้ยา	9	16	20

9. คะแนนความปวดหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลำดับที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	24 ชั่วโมง	48 ชั่วโมง	72 ชั่วโมง	24 ชั่วโมง	48 ชั่วโมง	72 ชั่วโมง
1	3	2	0	5	4	2
2	5	3	2	5	3	3
3	5	3	3	9	8	6
4	4	3	1	3	2	2
5	5	4	3	5	5	4
6	3	1	0	5	5	1
7	5	5	3	4	3	1
8	5	3	2	5	3	3
9	5	3	2	5	3	2
10	10	5	3	10	4	3
11	5	3	3	5	0	0
12	4	2	0	3	4	2
13	4	2	2	5	3	3
14	4	2	0	5	5	5
15	5	3	0	5	4	3
16	3	2	2	8	3	2
17	5	3	3	5	3	2
18	5	3	2	5	5	3
19	6	5	4	3	3	3
20	5	3	3	8	5	4

10. ระดับความดันโลหิต Systolic ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลำดับที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
1	112.00	110.00	104.00	110.00	103.00	121.00
2	110.00	102.00	104.00	141.00	160.00	152.00
3	130.00	135.00	140.00	169.00	141.00	130.00
4	112.00	115.00	110.00	121.00	117.00	121.00
5	113.00	108.00	112.00	94.00	112.00	124.00
6	152.00	134.00	121.00	136.00	128.00	139.00
7	106.00	110.00	113.00	135.00	128.00	120.00
8	110.00	118.00	100.00	133.00	126.00	120.00
9	120.00	2.00	102.00	100.00	114.00	126.00
10	121.00	124.00	127.00	114.00	135.00	123.00
11	112.00	108.00	104.00	121.00	122.00	112.00
12	111.00	120.00	96.00	121.00	190.00	125.00
13	135.00	124.00	118.00	126.00	128.00	116.00
14	100.00	92.00	90.00	116.00	108.00	106.00
15	117.00	96.00	102.00	151.00	166.00	146.00
16	116.00	120.00	121.00	135.00	120.00	122.00
17	177.00	160.00	155.00	112.00	123.00	131.00
18	100.00	112.00	100.00	112.00	128.00	112.00
19	132.00	121.00	108.00	128.00	139.00	105.00
20	100.00	104.00	92.00	132.00	126.00	138.00

อุปกรณ์การสอน



ภาพการสอนผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด





การฝึกชั่งก่อนการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ



การฝึกชั่งวันที่ 2 หลังการผ่าตัดไส้ติ่ง



การฝึกขึ้นวันที่ 1 หลังการผ่าตัดกระเพาะอาหาร



การฝึกขึ้นวันที่ 2 หลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุ



การฝึกขึ้นวันที่ 2 หลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุ

คู่มือ
การบริหารกาย – จิตแบบชีกง
สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดช่องท้อง



จัดทำโดย
นางสาวจรินทร์ พวงยะ
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.สุรพร ธนศิลป์

คำนำ

เมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัด ย่อมมีความวิตกกังวลมากขึ้น โดยเฉพาะการผ่าตัดแบบฉุกเฉินเป็นสิ่งที่ไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อน ก่อให้เกิดความเครียดสูง รู้สึกวิตกกังวล เป็นทุกข์และกลัวผลของการผ่าตัด อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ได้รับการรักษาและการตรวจวินิจฉัยต่างๆ เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงจะทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น

ในการจัดการความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับยาเพื่อผ่อนคลายและระงับปวด ร่วมกับวิธีการจัดการโดยไม่ใช้ยา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นหายโดยเร็ว การรักษาด้วยวิธีทางแพทย์ทางเลือกเป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจ โดยเฉพาะซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่รวมท่าทางการเคลื่อนไหว การหายใจและสมาธิเข้าด้วยกัน เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่สามารถทำได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง มีผลในการลดความวิตก ความปวด และการอักเสบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายจากการผ่าตัดเร็วขึ้น และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

คู่มือเล่มนี้จึงจัดทำขึ้นมาเพื่อ เป็นแนวทางให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนในการบริหารกาย - จิตแบบซึ่งกันเพื่อช่วยในการผ่อนคลายความวิตกกังวลและบรรเทาความปวดได้ถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย

ด้วยความปรารถนาดี

นางสาวจรินทร์ พวงยะ

ผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
การผ่าตัดช่องท้องคืออะไร	1
อาการและสาเหตุของอาการปวดท้องเฉียบพลันเกิดจากอะไร	1
การเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดช่องท้อง	5
การดูแลตนเองหลังผ่าตัด	6
ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง	10
วิธีการจัดการความวิตกกังวลและความปวด	11
การบริหารกาย- จิตแบบชีกงสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง	
: หลักการของชีกง	12
: ประโยชน์ของการฝึกชีกง	13
: ข้อควรระวังในการฝึกชีกง	14
: การฝึกชีกงสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง	15
: การเก็บพลัง	20
การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านต้องทำอะไรบ้าง	23

การผ่าตัดช่องท้องคืออะไร



เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้องโดยการตัดผ่านผนังหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไป เพื่อการตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาธิสภาพต่างๆที่เกิดกับอวัยวะในช่องท้องแล้วทำการเย็บปิดโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

อาการปวดท้องเฉียบพลันเกิดจากอะไร



ที่มา:<http://women.horeworld.com>

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องเฉียบพลันมักเกิดจาก

1. การอักเสบ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อล้าง ทำ

ความสะอาด หรือเอาหนองออก เช่น แผลกระเพาะอาหาร ใต้ตึงอักเสบเฉียบพลัน ลำไส้เล็กทะลุ ลำไส้ใหญ่ทะลุ ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ทางเดินน้ำดีอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ลำไส้ใหญ่ส่วนที่โป่งเกิดการอักเสบ เยื่อช่องท้องอักเสบ เป็นต้น

ชื่อเรื่อง ผลของการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ตัวแปรในการวิจัยประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลและความปวด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่และภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องเผชิญกับความวิตกกังวลและความเครียด เนื่องจากความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล และเมื่อต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยย่อมมีความวิตกกังวลมากขึ้น โดยเฉพาะการผ่าตัดแบบฉุกเฉินเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบล่วงหน้ามาก่อน (Asililoglu & Celik, 2003) เป็นเหตุการณ์ที่คุกคามก่อให้เกิดความเครียดสูง (Karanci & Dirik, 2003) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องอย่างรุนแรงและเฉียบพลันหรือมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เมื่อแพทย์วินิจฉัยได้ว่าต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขภาวะต่างๆ เพื่อให้มีความพร้อมต่อการผ่าตัดด่วน และต้องได้รับการผ่าตัดโดยเร็วที่สุด (Boehnlein & Marek, 2003; Smeltzer & Bare, 2004) ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความเร่งรีบ ผู้ป่วยมีเวลาในการปรับตัวน้อยจึงรู้สึกวิตกกังวล เป็นทุกข์และกลัวผลของการผ่าตัด (ธนิต วัชรพุกก์, 2544; บรรจบ อินทรสุขศรี, 2542; Karanci & Dirik, 2003) ซึ่งความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยศัลยกรรมพหุรอยละ 60 – 80 (Jlala et al, 2010) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษาด้วยการผ่าตัด ผลของการผ่าตัดไม่ดี ความล้มเหลวของการผ่าตัด การได้รับการระงับความรู้สึก กลัวไม่ตื่น กลัวตาย กลัวสูญเสียภาพลักษณ์ สิ่งที่ไม่รู้ (Ail et al, 1991) อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม อยู่กับคนแปลกหน้า ต้องอยู่ภายในภาวะเบียดของโรงพยาบาล รวมทั้งได้รับการรักษาและการตรวจวินิจฉัยต่างๆ (Karanci & Dirik, 2003) การใช้

เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนกระเพาะอาหารหรือสายสวนปัสสาวะ ท่อระบาย เป็นต้น ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวลขึ้นอีกเนื่องจากผู้ป่วยกลัวความเจ็บปวด กลัวสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย การผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาพลักษณ์ การกลับสู่ชีวิตประจำวัน และอาจมีปัญหาเรื่องผู้ดูแล เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกควบคุมหรือจัดการตนเองเกี่ยวกับความปวดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง (Sullivan, 2004) ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ทั้งด้านร่างกาย เช่น ปวดแผลผ่าตัดมาก (ปิลันธน ลิขิตกำจร , 2546) แผลแยก แผลติดเชื้อ และมีการใช้ยาแก้ปวดมากขึ้น ส่วนด้านจิตใจนั้นเกิดความวิตกกังวล ความเครียดและกลัวต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดสูง (Karanci & Dirik, 2003) เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาอนในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ ถูกแยกจากครอบครัวและสังคม สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Good et al, 2005) เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงจะทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น (Vaughn et al, 2007) และความรุนแรงของความปวดจะเพิ่มสูงขึ้น (Ip et al, 2009)

ความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เป็นประสบการณ์ที่พบมากที่สุดในการแสดงหลังการผ่าตัด (Ip et al, 2009) เป็นประสบการณ์ที่มีหลายมิติ มีภาวะทางจิตใจ การรับรู้ การเรียนรู้ ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีการรับรู้ การตีความหมายต่อความปวด มีความทนและขีดความปวดต่างกันแม้จะมีสิ่งกระตุ้นเดียวกัน (บุปผา โคตะนิวงษ์และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ , 2550) ซึ่งความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความปวดอาจจะยาวนานขึ้นอยู่กับวิธีการผ่าตัด ระดับความทนต่อความปวดและการตอบสนองทางด้านจิตใจต่อความปวดของผู้ป่วย ความปวดเกิดจากการได้รับบาดเจ็บของใยประสาท Somatic ที่ผิวหนัง กล้ามเนื้อและชั้น Fascia การตัดเนื้อเยื่อในบริเวณกว้าง หรือเนื้อเยื่อถูกดึงรั้งนานขณะทำการผ่าตัด นอกจากนั้นความปวดบริเวณผ่าตัดเพิ่มขึ้นจากการเย็บผิวหนัง การทำแผลที่รัดแน่นเกินไป การบวมของแผลในระยะการหายของแผล การติดเชื้อหรือการเกิดเลือดคั่งที่บริเวณแผลผ่าตัด (Phipps, Long & Woods, 1980) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ สภาพร่างกาย จิตใจ บุคลิกภาพและประสบการณ์ของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยตลอดจนการดูแลก่อนและหลังผ่าตัด (พงษ์ภรณ์ เจาฑะเกษตริน , 2534) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ที่มีประสบการณ์ความปวดรุนแรงทุกระยะมีจำนวนมากถึงร้อยละ 40-70 (Bonica, 1983; Chapman, 1985) ความปวดจะรุนแรงมากในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และจะค่อยๆ ลดระดับความรุนแรงจนหายไปมากที่สุด (Shafer,

Sawyer, McCLUSKEY & Beck, 1961; Royle and Walsh, 1994 ; Christensen & Krockrow. 2003) ระดับความรุนแรงของความปวดสูงสุดในวันแรกของการผ่าตัดและลดระดับลงในวันที่ 2 และวันที่ 3 ตามลำดับ (ชลธิรา เรียงคำ , 2551) โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องอกและช่องท้องจะก่อให้เกิดความปวดรุนแรง เนื่องจากเป็นส่วนที่มีการเคลื่อนไหวจากการหายใจตลอดเวลา (Potter and Perry, 1999 ; จุฑามาศ คำแพรวดี และเบญจวรรณ ธีระ เทอดตระกูล , 2546) เมื่อมีการเคลื่อนไหวความปวดจะเพิ่มขึ้นและลดลงเมื่อพัก (Good et al, 2001) ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยลุกเดินเคลื่อนไหว ความปวดหลังผ่าตัดจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 31 และต้องใช้เวลาอย่างน้อย 10 นาทีที่จะกลับมาที่เตียงได้ (Good et al, 2000) ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวลุกจากเตียงเท่าที่จำเป็น (Roykulchareon & Good, 2004) จะนอนอยู่ในท่าเดียว กลัวการเคลื่อนไหวเพราะจะทำให้เกิดความปวดมากขึ้น กล้ามเนื้อมีการหดเกร็งรู้สึกไม่สุขสบาย (Phipps, Long & Woods, 1980; McGuire, 2010) ในการลดความเจ็บปวดผู้ป่วยจะมีการหายใจช้าลง ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอด ท้องอืดจากลำไส้ทำงานไม่ปกติและเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน (Bonica & Benedetti, 1980) นอกจากนี้ยังมีการตอบสนองของระบบการเผาผลาญต่อการได้รับบาดเจ็บ เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ หลอดเลือดหดตัวและมีความต้องการออกซิเจนมากขึ้น ปอดทำงานไม่เต็มทีหรือมีการติดเชื้อและเกิดภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดและมีความเสี่ยงสูงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Samaraee, Rhind, Saleh, & Bhattacharya, 2009) ความปวดที่มีความรุนแรงและต่อเนื่องทำให้เกิดความวิตกกังวล การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การอยากอาหารลดลง (Shafer, Sawyer, McCLUSKEY, & Beck, 1961) ผลกระทบเหล่านี้ทำให้ระยะฟื้นฟูสภาพล่าช้า (Karanci & Dirik, 2003; Samaraee, Rhind, Saleh & Bhattacharya, 2009) สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ได้รับผลข้างเคียงจากการให้ยา ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำและผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการรักษา (Apfelbaum et al, 2003) สิ่งเหล่านี้เกิดจากการจัดการความปวดหลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากทีมสุขภาพมีการฝึกอบรมเรื่องการจัดการความปวดไม่เพียงพอ ขาดความรู้ ไม่ให้ความร่วมมือ การประเมินระดับความปวดไม่ดีพอ กลัวผลข้างเคียงจากการให้ยา ระวังความปวด มีทัศนคติไม่ดี ระบบการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพไม่สนับสนุนต่อการจัดการความปวด (Taylor, 2009; Samaraee, Rhind, Saleh & Bhattacharya, 2010) การปฏิบัติงานที่มีภาระงานมาก จำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อย มีเวลาจำกัด (Taylor, 2009)

ในการจัดการความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การเข้าใจความปวดและการจัดการความปวดที่มีรูปแบบชัดเจนจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการปวดที่

แผนการสอน เรื่อง การปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดช่องท้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลด้วยวิธีการสอนในเรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้อง พยาธิสภาพและสาเหตุของอาการปวดท้องแบบเฉียบพลัน การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การบริหารกาย-จิตแบบชีกิง สื่อการสอนประกอบด้วย ภาพแผ่นพลิกและคู่มือการบริหารกาย-จิตแบบชีกิงสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยต้องรับการผ่าตัดช่องท้อง

สถานที่ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนิน

สะดวก และโรงพยาบาลราชบุรี

ระยะเวลา 20 นาที

ผู้สอน นางสาวจรินทร์ พวกยะ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการผ่าตัดช่องท้อง พยาธิสภาพและสาเหตุของอาการปวดท้องแบบเฉียบพลัน การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การบริหารกาย-จิตแบบชีกิง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดช่องท้องได้ถูกต้อง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกและใช้วิธีการบริหารกาย – จิตแบบชีกิงเพื่อลดความวิตกกังวลและความปวดหลังผ่าตัด

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจรินทร์ พวกยะ เกิดวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2516 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2539 เข้ารับราชการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 3 หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลโพธาราม เมื่อปี พ.ศ. 2539 – 2544 และปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 – 2555 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2553

ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี