

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวด  
และจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก



นางสาวธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์

# สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2917-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF SYMPTOM MANAGEMENT WITH REFLEXOLOGY PROGRAM ON PAIN AND  
FREQUENCY OF PAIN MEDICATION TAKING IN ELDERLY PATIENT  
WITH PROSTATECTOMY



Miss Tanyakhanok Pongpiyapiboon

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

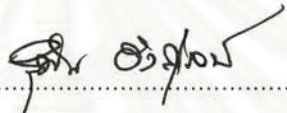
Academic Year 2005

ISBN: 974-14-2917-7

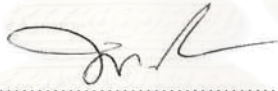
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า  
ต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่  
ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก  
โดย นางสาวธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์)

  
.....กรรมการ  
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์: ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก (EFFECTS OF SYMPTOM MANAGEMENT WITH REFLEXOLOGY PROGRAM ON PAIN AND FREQUENCY OF PAIN MEDICATION TAKING IN ELDERLY PATIENT WITH PROSTATECTOMY)  
 อ. ที่ปรึกษา: ผศ. ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 135 หน้า. ISBN 974-14-2917-7

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยใช้แบบวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทางท่อปัสสาวะ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 20 คนเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในจำนวนที่เท่ากัน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ 3) การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า และ 4) และการประเมินผล และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความเจ็บปวดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที่ (Dependent t-test และ Independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $\bar{X}_{\text{ก่อนการทดลอง}} = 7.20$ ,  $\bar{X}_{\text{หลังการทดลอง}} = 3.75$ ,  $t = 16.335$ )
2. คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดภายหลังเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $\bar{X}_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 3.75$ ,  $\bar{X}_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 6.65$ ,  $t = -10.627$ )
3. คะแนนเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวดของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\bar{X}_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 1.05$ ,  $\bar{X}_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 1.85$ ,  $t = -2.364$ )

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....  
 ปีการศึกษา.....2548.....

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

## 4677623436: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: PAIN / ELDERLY PATIENTS WITH PROSTATECTOMY/

PROSTATECTOMY/ FOOT REFLEXOLOGY

TANYAKHANOK PONGPIYAPIBOON: EFFECTS OF SYMPTOM MANAGEMENT

WITH REFLEXOLOGY PROGRAM ON PAIN AND FREQUENCY PAIN

MEDICATION TAKING IN ELDERLY WITH PROSTATECTOMY. THESIS

ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, PhD, 135 pp.

ISBN 974-14-2917-7.

The purposes of this research were to compare effects of symptom management with reflexology program on pain and frequency pain medication taking in elderly patient with prostatectomy. The quasi-experimental design was used with pretest-posttest control groups. Sample were 40 elderly patients who received treatment at Suratthanee Hospital which were equally matched pair and assigned to experimental and control groups. The intervention instrument was the symptom management with reflexology program on pain, consisted of four sessions: 1) symptom experienced assessment 2) knowledge providing 3) reflexology and 4) evaluation phases. Data were analyzed by using descriptive statistics and t-test.

The major finding were as follows:

1. The posttest mean score on pain of an experimental group was significantly lower than of the pretest ( $\bar{X}_{pre}=7.20, \bar{X}_{post}= 3.75, t= 16.335, p< .001$ ).
2. The posttest mean score of pain of an experimental group was significantly lower than of a control group ( $\bar{X}_{experimental}= 3.75, \bar{X}_{control}=6.65, t = -10.627, p< .001$ ).
3. The posttest mean score of frequency pain medication taking of an experimental group was significantly lower than of a control group ( $\bar{X}_{experimental}= 1.05, \bar{X}_{control}=1.85, t = -2.36, p< .05$ ).

Field of study...Nursing Science.....

Academic Year 2005.....

Student's signature.....*Tanyakhanok Pongpiyapiboon*

Advisor's signature.....*Siriphan Sasat*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา ห่วงใย เอาใจใส่ และคอยสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุภะดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัยด้วยความรัก ความห่วงใย และเอาใจใส่เป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาของการศึกษา รวมทั้งขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ และคณะพยาบาลศาสตร์ที่ให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาและความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณแม่และพี่น้องในครอบครัวทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือ กำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้เอ่ยนามไว้ในที่นี้ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย .....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	13
แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวด.....	13
แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ.....	22
โรคต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ .....	25
กระบวนการเรียนรู้และการให้ความรู้ในผู้สูงอายุ.....	30
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก.....	34
บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด .....	37
การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า .....	41
แบบจำลองการจัดการกับอาการ .....	44
การพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อน บนฝ่าเท้า .....	48
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	50
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	53

	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย..... 55
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 55
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 57
	การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล..... 60
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 66
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 67
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 76
	สรุปผลการวิจัย ..... 76
	อภิปรายผลการวิจัย..... 77
	ข้อเสนอแนะ..... 82
	รายการอ้างอิง..... 84
	ภาคผนวก..... 95
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 96
	ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและใบพิจารณาจริยธรรม 98
	ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 101
	ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... 123
	ภาคผนวก จ ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย..... 126
	ภาคผนวก ฉ วุฒิการศึกษาการแพทย์แผนไทย..... 130
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 137



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ.....	68
2	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง .....	70
3	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	71
4	เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวดภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	72
5	แสดงอายุ ประสิทธิภาพการผ่าตัดของกลุ่มกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และแสดงคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	124
6	แสดงจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	125

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	53
2	สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	54



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกไม่พึงปรารถนาที่มนุษย์ทุกคนเคยประสบเป็นประจำเฉพาะของแต่ละบุคคลยากที่ผู้อื่นจะเข้าใจ และอธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นให้กระจ่างชัดได้ (McCaffery & Pasero, 1999) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจ็บปวดหลังผ่าตัดซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับความบอบช้ำและถูกทำลายมีการตั้งรับหรือปรับตัวของกล้ามเนื้อที่ได้รับบาดเจ็บขณะผ่าตัด (Phipps et al., 1995) จากรายงานการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บปวดของผู้ป่วยใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดมากที่สุดในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จากนั้นความเจ็บปวดจะค่อย ๆ บรรเทาตามระยะเวลา (พงษ์ภรณ์ เจาตะเกษตริน และสมพันธ์ วิทยะธีระนันท์, 2539; Ashburn & Ready, 2001) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุและเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด คือต่อมลูกหมากโต (Benign Prostatic Hypertrophy) เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ และพบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุไทย (อนุพันธ์ สันติวงศ์ และคณะ, 2544) โดยความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก เมื่อมีอาการปวดแผลลักษณะการปวดจะปวดบริเวณท้องน้อยจะมีความรู้สึกปวดแสบหรืออยากถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์จากความเจ็บปวด (Watt- Watson et al., 2000) โดยความเจ็บปวดหลังผ่าตัดจะส่งผลกระทบต่อเสียการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่ายกว่าผู้ที่อ่อนวัยกว่า (Rothrock, 1996) และผู้ป่วยสูงอายุได้รับผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความสามารถในการรักษาสมดุลงต่าง ๆ ของร่างกายลดลงฟื้นฟูช้า ผู้ป่วยนอนอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Kuriowicz, 1998; ปิ่น ศรีประจิตติชัย, 2546) นอกจากนั้นความเจ็บปวดยังส่งผลกระทบต่อจิตใจให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกไม่สบาย น่ารำคาญ หงุดหงิดและทุกข์ทรมาน (Herr & Mobily, 1991) ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยต้องจัดการให้หมดไป (Bonica, 1990)

การจัดการกับอาการความเจ็บปวด เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ขึ้นกับเวลาและการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อลดหรือเบี่ยงเบนผลที่เกิดขึ้นเนื่องจาก

ความเจ็บปวด จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น พบว่ามีวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เช่น การระงับความเจ็บปวดโดยการให้ยา และการระงับความเจ็บปวดโดยการไม่ใช้ยา การตอบสนองของพยาบาลต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความจำกัด และมักไม่มีรูปแบบโดยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นการกระทำตามแผนการรักษาของแพทย์ สิ่งที่พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำคือ การให้ยาแก้ระงับปวดโดยปราศจากการประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลและการจัดการกับอาการความเจ็บปวดผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดโดยการให้ยาจะระงับความเจ็บปวดนั้นผู้ป่วยสูงอายุอาจได้รับผลข้างเคียงจากการให้ยาที่รุนแรงกว่าผู้อ่อนวัยกว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาเรื้อรังต่อสุขภาพได้โดยที่ปัจจัยส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความเสื่อมของผู้ป่วยสูงอายุเอง และอาจเกิดจากความทนต่อการให้ยามีน้อยลง ทำให้การดูดซึมของยาลดลงสะสมในร่างกายนานและมากขึ้นเกิดผลเสียต่อร่างกายได้ (Hogstel & Taylor - Martof, 1994) ส่วนการระงับความเจ็บปวดโดยการไม่ใช้ยา เช่น การฝังดนตรี การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ การใช้พลังสัมผัส และการนวด เป็นต้น ซึ่งแต่ละวิธีจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย บางวิธีอาจจะมีข้อจำกัดในการใช้ เช่นการฝังดนตรี ผู้สูงอายุบางรายอาจมีปัญหาการได้ยินเนื่องจากมีความเสื่อมของสภาพร่างกาย การสร้างจินตภาพ สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเจ็บปวดรุนแรงอาจอ่อนล้าและไม่มีสมาธิในการทำ ทำให้ไม่สามารถใช้วิธีนี้ได้มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

การจัดการกับอาการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่ผ่านมา ได้มีการนำวิธีการบำบัดต่าง ๆ มาใช้ร่วมกันระหว่างแพทย์แผนปัจจุบัน และการดูแลรักษาแบบทางเลือก ได้แก่ ธรรมชาติบำบัด การแพทย์พื้นบ้าน รวมทั้งการนวดสัมผัส การรักษาแบบต่าง ๆ มาผสมผสานกัน หรือเรียกว่า การดูแลแบบผสมผสาน (Complementary care) ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่เน้นการส่งเสริมการสนับสนุนพัฒนาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาไทยให้ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพการรักษาพยาบาลโดยไม่เพิ่มค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ในขอบเขตของวิชาชีพ (ทัศนยา บุญทอง, 2543) และก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยสูงอายุคือ สามารถเยียวยาด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี และเป็นการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย (Hill, 1995) ซึ่งได้แก่ วิธีการเชิงกายภาพ เช่น การประคบความร้อน ความเย็น เป็นต้น และจากการศึกษาของ ผ่องรัตน์ รัตนไทย (2540) เกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บปวดและการจัดการกับอาการความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 80 ราย พบว่าวิธีการจัดการกับอาการโดยไม่ใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ

การนวด พบร้อยละ 58.84 รองลงมาคือ การสวดมนต์ พบร้อยละ 17.74 และการใช้ความร้อน พบร้อยละ 16.13

สำหรับการนวดเป็นรูปแบบหนึ่งของการรักษาที่มีมาตั้งแต่สมัยโบราณ และเป็นวิธีหนึ่งของการจัดการกับอาการความเจ็บปวดโดยการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า พบว่าได้มีการนำการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าไปใช้บรรเทาความเจ็บปวดในกลุ่มต่าง ๆ เช่น การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง (Panyim, 2000) และในผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่าตัดกระดูกสันหลัง (Malkin, 1994) นอกจากนี้การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าสามารถลดอาการปวดในผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยปวดหลัง (Kovaks, et al., 1996, cited in Botting, 1997) ผู้ป่วยไมเกรน (Nickall, 1996) และลดอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการปวด และในผู้ป่วยโรคเอดส์ (Stephenson, Wienrich & Tavakori, 2000; Ounprasertpong, 2002) อย่างไรก็ตาม จะพบว่าลักษณะความเจ็บปวด ระดับความรุนแรง และสาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดจะแตกต่างกันตามลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างกันไป ดังนั้นกลวิธีการต่าง ๆ จึงอาจจะต้องมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดให้หมดไปได้ จากการศึกษายังไม่พบรายงานวิจัยเกี่ยวกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเพื่อลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามาใช้เป็นกลวิธีในการจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al., (2001) กล่าวว่าการจัดการกับอาการจะต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุของอาการ และอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน และอาการที่มีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงนั้น เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ หรือบุคลากรทางสุขภาพ การจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยแต่ละคน และสมาชิกในครอบครัว โดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบน ฝ่าเท้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary care) มาใช้เป็นกลวิธีในการจัดการกับความเจ็บปวด

การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีผลดีต่อทางด้านร่างกายและจิตใจ ในด้านร่างกายการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าสามารถลดความเจ็บปวดได้ โดยกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ที่นำสัญญาณของการสัมผัสและการกดซึ่งมีผลกระตุ้นเซลล์เอส จี (S.G.) ใน dorsal horn ของไขสันหลัง ทำให้ประตูปิดจึงไม่มีสัญญาณประสาทไปกระตุ้นเซลล์ที่ทำให้ไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด การนวดจุด

สะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นการช่วยลดสิ่งที่มากระตุ้นต่อตัวรับความเจ็บปวด ผลของการนวดจะทำให้ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง (Stephenson, Wienrich & Tavakori, 2000) ในการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าจะมีการสัมผัสเบา ๆ และการใช้แรงกดตื้น การถู การกดที่ลึก และการสั่น การกระทำดังกล่าวจะทำให้เกิดการรับรู้ของประสาทไปยังสมอง และระบบซิมพาเทติกทำให้หลอดเลือดขยายตัว กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต (Mackey, 2001) ขณะที่กล้ามเนื้อเท้าและร่างกายผ่อนคลาย อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและความดันโลหิตจะลดลง (Jocahim, 1983; Hayes & Cox, 1999; Panyim, 2000; Poonsaard, 2000; Howangsuwannakorn, 2003) นอกจากนี้การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าจะกระตุ้น ต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) ให้หลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินคือ เอนเคฟาลิน (Enkephalin) และเอนดอร์ฟิน (Endorphin) ออกมา และสารดังกล่าวนี้จะช่วยลดความเจ็บปวด สารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) ยังช่วยสร้างอารมณ์ให้รู้สึกเป็นสุข ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น (Hulme, Waterman & Hillier, 1999) การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ความเจ็บปวดลดลงและการหายของแผลดีขึ้น (Dougans & Ellis, 1992; Booth, 1994) ส่วนผลทางด้านจิตใจนั้นการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นการลด สิ่งเร้าทางอารมณ์ ซึ่งเป็นผลการทำงานของระบบประสาทลิมบิก ทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์จะถูกกระตุ้นลดน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายนอนหลับได้ดีขึ้น (Flaherty & Fitzpatrick, 1978; Grealish, Lomasney & Whiteman, 2000) และยังพบว่าการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าสามารถความเครียดในผู้หญิงก่อนมีประจำเดือนได้ (Oleson & Flocco, 1993) นอกจากนี้ยังพบว่าการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าทำให้เกิดการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยวิกฤตได้ (Hayes & Cox, 1999; นางลักษณพร พรหมดีการ, 2545)

การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นบทบาทอิสระอย่างหนึ่งของพยาบาล ซึ่งสามารถกระทำได้ตามความเหมาะสม และจากการศึกษาพบว่าการนำการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าไปใช้ในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วหลังผ่าตัด และลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ายังเป็นการสัมผัสจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่น ไม่รู้สึกตนเองถูกทอดทิ้ง เป็นการแสดงถึงความเอื้ออาทรห่วงใย (Passant, 1990; Maxwell, 1990) และยังรู้สึกสบายขณะนวดและหลังจากที่นวดเสร็จแล้ว (วิชัย อึ้งพินิจพงศ์และนริศรา มนตรี, 2542; สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2542) เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Cameron, 1990) และก่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยระบายความรู้สึกหรือปัญหาต่าง ๆ ให้พยาบาลฟัง ทำให้พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้มา

วางแผนให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด จึงสามารถประเมินความเจ็บปวด และจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นหน้าที่ของพยาบาลทุกคนให้การช่วยเหลือ พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นผู้ประสานงานระหว่างบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาพของผู้ป่วยและบรรเทาความทุกข์ทรมานได้ตั้งแต่เริ่มแรก ตลอดจนค้นหาข้อมูลในการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง (สุพร พลยานันท์, 2528) และการจัดการกับอาการความเจ็บปวดได้ดีที่สุด (McCaffery & Ferrel, 1996) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเพื่อช่วยในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากและเพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าหรือไม่
2. ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่
3. ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาระงับปวดภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีจำนวนครั้งน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

2. เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาระงับปวดภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐาน

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al., (2001) กล่าวว่าอาการหรืออาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ อาการที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและรบกวนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย โดย Dodd et al., มีแนวคิดว่าการจัดการกับอาการจะต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน และการจัดการกับอาการนั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่ตามมา โดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การจัดการกับอาการจะมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้นอยู่กับความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรในทีมสุขภาพเช่นพยาบาลอีกด้วย

แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al., (2001) กล่าวถึง 3 มโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กันคือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ เป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อความเจ็บปวด การบาดเจ็บและการรักษา ซึ่งประกอบด้วยความรู้้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองกับอาการที่เกิดขึ้น 2) กลวิธีการจัดการกับอาการ มุ่งไปที่เป้าหมายเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยใช้กลยุทธ์ กลวิธีการดูแลตนเอง การใช้ยา และการอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ช่วยในการจัดการกับอาการที่รุนแรงโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถบรรเทาอาการนั้นได้ด้วยตนเองซึ่งการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามความยินยอมและต้องการของผู้ป่วย และ 3) ผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการ

การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการจัดการกับความเจ็บปวด ซึ่งมีผลดีต่อร่างกายและจิตใจ รวมทั้งระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีผลต่อระบบ



การไหลเวียนโลหิตทำให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความเครียด และลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ระบบการไหลเวียนโลหิตทำงานดีขึ้น โดยเลือดนำออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ไปยังเซลล์ และเลือดยังนำของเสียและสารพิษต่าง ๆ ออกไปจากร่างกาย (Alfred, 1992; White, 1994) จึงลดกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด นอกจากนี้การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าจะกระตุ้นต่อมใต้สมองหรือต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) หลังสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน คือ เอนเคฟาลิน และเอนดอร์ฟินออกมาสามารถลดความเจ็บปวด และสารเอนดอร์ฟินยังช่วยสร้างอารมณ์ให้มีความสุขได้ ทำให้รู้สึกสบายขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการปวดลดลง (Taylor, Lillis & LeMona, 1993; cited in Jintanawat, 1993) นอกจากนี้การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าทำให้รู้สึกสบายขึ้น ผ่อนคลายมากขึ้น รู้สึกโล่ง เบาขา และบางรายอาจเคลิ้มหลับได้

การให้ความรู้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยทราบถึงสิ่งที่ตนเองต้องเผชิญในขณะการรักษา และปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วย และทำให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องจะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลและความเครียดแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลทำให้ความเจ็บปวดลดลงได้ และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยซักถามเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึก จะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลเป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (Gaston- Johanson, Franco & Zimmerman, 1992; Gaalloway & Graydon, 1996)

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการจัดการกับความเจ็บปวดโดยพัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al., (2001) ร่วมกับแนวคิดการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary care) และการให้ความรู้มาใช้ในการจัดการความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแต่ละคนได้เล่าถึงประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของตนเอง โดยยอมรับในความเป็นบุคคลด้วยการแสดงท่าที่เป็นกันเอง และยอมรับฟังความคิดเห็น มีการประเมินความต้องการ ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต สาเหตุการรักษา การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความปวดที่ผ่านมา การสร้างสัมพันธภาพเป็นวิธีการควบคุมความเจ็บปวดขั้นพื้นฐานที่ดีที่สุดซึ่งสามารถกระทำได้ก่อนการควบคุมด้วยวิธีอื่น

การสร้างสัมพันธภาพช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวดของพยาบาล (Caunt, 1992) ช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว ส่งผลให้อาการความเจ็บปวดลดลง (McCaffery, 1979)

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุให้ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ความเจ็บปวดตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยวิธีการสอนโดยใช้แผนการสอนประกอบเป็นรายบุคคลในเรื่องของโรคต่อมลูกหมากโต อาการ สาเหตุ การรักษาที่ได้รับ โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ซักถามหรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึก และเหตุการณ์ที่จะประสบช่วยลดความกลัว และความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (Gaston-Johanson, Franco & Zimmerman, 1992; Galloway & Graydon, 1996)

ขั้นตอนที่ 3 การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นกลวิธีการจัดการกับอาการตามแนวคิดของ Dodd et al., (2001) ทำการประเมินสัญญาณชีพ และประเมินสภาพทั่วไปของผู้สูงอายุก่อนนวด หลังจากนั้นทำการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าโดยผู้วิจัยจำนวน 1 ครั้ง โดยใช้เวลาในการนวดนาน 40 นาที เนื่องจากการศึกษาของ ศรีัญญา หวงสุวรรณากร (2546) ซึ่งได้ศึกษาถึงผลของการกดจุดสะท้อนที่เท้าต่อระดับความเจ็บปวด สัญญาณชีพ และความพึงพอใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ของระบบทางเดินอาหาร โดยนวด 30 นาทีนาน 1 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนมีระดับคะแนนความเจ็บปวด อัตราเฉลี่ยของความดันโลหิต ซีพจร การหายใจลดลงและผู้ป่วยมีความรู้สึกพึงพอใจ (ค่าเฉลี่ย = 8.39) แต่จากการศึกษาของ วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ และนิศรามนตรี (2542) ที่ศึกษาผลทางสรีรวิทยาเบื้องต้นของการนวดจุดฝ่าเท้าแบบประยุกต์ในอาสาสมัครคนปกติ 20 รายพบว่าไม่มีความแตกต่างของค่าสัญญาณชีพทุกค่า ระหว่างก่อนและหลังการนวดจุดฝ่าเท้า และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการนวดมีตั้งแต่ 5 นาที ถึง 45 นาทีและจำนวนครั้งของการนวดตั้งแต่ 1 ถึง 7 ครั้ง สามารถบรรเทาอาการปวด ลดความวิตกกังวล และเป็นการผ่อนคลายได้ (Hayes & Cox, 1999; Eungpinichpong & Montree, 1999; Malkin, 1994; Stephenson, Weinrich & Tavakoli, 2000) ในขณะที่เดียวกันมีการพูดคุยซักถามระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยสูงอายุถึงปัญหา และความต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการจัดการกับอาการ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ และการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าในการจัดการความเจ็บปวดไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร ร่วมกับประเมินน้ำหนักมือของผู้วิจัย โดยจะสังเกตสีหน้าและซักถามผู้ป่วยเพื่อประเมินความแรงในการลงน้ำหนักของมือในขณะนวดว่ามีปัญหาและอุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการกับความเจ็บปวดก็จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า
2. ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาระงับปวดภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีจำนวนครั้งน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทางท่อปัสสาวะ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีระหว่างวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2549 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2549 จำนวน 40 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

ตัวแปรตาม คือ ความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วย  
สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความเจ็บปวด** หมายถึง ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์และ  
ความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์  
ของผู้ป่วยโดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมแสดงความรู้สึกตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งวัด  
ได้จากแบบประเมินความเจ็บปวดของ Johnson ฉบับที่เป็นภาษาไทยแปลและเรียบเรียง  
โดยอุไร นิโรธนันท์ และ เพ็ญศรี ระเบียบ (2539)

**ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อมลูกหมาก** หมายถึง บุคคลเพศชายที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป  
ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต

**ผ่าตัดต่อมลูกหมาก** หมายถึง การทำหัตถการเอาต่อมลูกหมากออกผ่านทางท่อ  
ปัสสาวะ (Transurethral resection prostatectomy) โดยใช้เครื่องมือพิเศษคือ Resectoscope  
สอดเข้าไปทางท่อปัสสาวะมองดูให้เห็นส่วนของต่อมลูกหมากที่โตแล้วขูดตัดส่วนที่เป็นเนื้องอก  
(Adenoma) ออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ จนถึงแคปซูลผ่าตัด (Surgical capsule) แล้วล้างเนื้อที่ขูดออก  
โดยเปิดน้ำกลั่นให้ไหลเข้ากระเพาะปัสสาวะตลอดเวลา เพื่อให้เนื้อที่ตัดออกถูกพัดเข้าไปใน  
กระเพาะปัสสาวะ โดยจะดูออก เป็นครั้งคราวหลังจากนั้นใส่สายสวนปัสสาวะขนาดใหญ่คาไว้  
และยึดติดถ่วงไว้ที่ขาข้างใดข้างหนึ่ง

**โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า** หมายถึง  
กิจกรรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผนที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเป็นรายบุคคล  
โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al., (2001) ร่วมกับการนวดจุดสะท้อน  
บนฝ่าเท้าและการให้ความรู้ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุ โดยเริ่มจาก  
การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยสูงอายุเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูล  
และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุแต่ละคนได้เล่าถึงประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการรับรู้  
ของตนเอง โดยยอมรับในความเป็นบุคคลด้วยการแสดงท่าที่เป็นกันเอง และยอมรับฟังความ

คิดเห็น ร่วมกับประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต สาเหตุการรักษา การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

2. การให้ความรู้ ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุให้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ความเจ็บปวดตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยวิธีการสอนโดยใช้แผนการสอนประกอบเป็นรายบุคคล คำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ซักถามหรือให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องการ

3. การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ผู้วิจัยทำการประเมินสัญญาณชีพ และประเมินสภาพทั่วไปของผู้สูงอายุก่อนนวด โดยการตรวจดูบริเวณเท้ามีบาดแผล หรือการอักเสบบวมแดงหรือไม่ หลังจากนั้นทำการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าโดยผู้วิจัยใช้นิ้วมือ ฝ่ามือ สันมือ ทำการนวดซึ่งประกอบด้วย การลูบ การคลึง การถู การกด การดึงและการทาบบริเวณเท้าหลังเท้า ฝ่าเท้า ด้านข้างในและนอก น่องและเข่าทั้ง 2 ข้าง ปฏิบัติตามคู่มือการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าผู้ป่วยสูงอายุเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลาในการนวดนาน 40 นาที เป็นจำนวน 1 ครั้ง

4. การประเมินผล การประเมินผลการจัดการกับอาการ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้และการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าในการจัดการความเจ็บปวดไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร ร่วมกับประเมินน้ำหนักมือของผู้วิจัยในขณะนวด โดยจะสอบถามความแรงในการลงน้ำหนักมือในขณะนวดจากผู้ป่วยว่ามีปัญหาและอุปสรรคใดเกิดขึ้นเพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการกับความเจ็บปวดก็จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากได้รับจากพยาบาลประจำการเป็นรายบุคคลตามความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ประกอบด้วยในระยะหลังผ่าตัดจะเป็นการประเมินอาการทั่วไปและให้ความรู้ และคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดทั่วไป เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การงดกิจกรรมทางเพศ การห้ามออกแรงแบกของหนักเป็นเวลา 3 สัปดาห์ และการกลับมาตรวจตามแพทย์นัด

**จำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวด** หมายถึง จำนวนครั้งรวมที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับยาระงับปวด 3 วันภายหลังผ่าตัด ในการนับและบันทึกจำนวนครั้งที่ได้รับยาแต่ละครั้ง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เป็นทางเลือกหนึ่งในวิธีการบำบัดเสริมทางการพยาบาล เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด
2. เป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัย และค้นหารูปแบบการพยาบาลรูปแบบอื่น ๆ เพื่อนำมาใช้ให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดโรคอื่น ๆ ต่อไป



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวด
2. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ
3. โรคต่อมลูกหมากโตในผู้สูงอายุ
4. กระบวนการเรียนรู้และการให้ความรู้ในผู้สูงอายุ
5. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก
6. บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด
7. การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า
8. แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model)
9. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวด

##### 1.1 ความหมายของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตราย เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน ละเอียดอ่อน ยากที่จะอธิบายและให้ความหมายที่เฉพาะเจาะจงได้ จึงมีผู้ให้ความหมายของความเจ็บปวดไว้ต่าง ๆ มากมายดังนี้

McCaffery (1979) ให้ความหมายว่า ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ที่บุคคลกำลังประสบความเจ็บปวดอยู่ให้ความหมายว่าเป็นอะไร ซึ่งความปวดนั้นมีอยู่จริง และยังคงมีอยู่ ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ายังคงอยู่

Billars (1970) ให้ความหมายว่า ความเจ็บปวดเป็นปรากฏการณ์ของการรับรู้คุณภาพ และความรุนแรงของความปวดขึ้นอยู่กับตัวกระตุ้นให้เกิดความปวด

Guyton (1981) ให้ความหมายว่า ความเจ็บปวดว่าเป็นกลไกป้องกันร่างกายอย่างหนึ่ง เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลายแล้วหลังสารเคมีไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด และเป็นสาเหตุทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาเพื่อขจัดสิ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น

Price (1990) ให้ความหมายว่า ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์รวมหลายอย่างที่มีเฉพาะในแต่ละบุคคล การรับรู้และเข้าใจถึงความปวดของบุคคลใด จะต้องทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม อารมณ์ และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น

Boss (1992) ให้ความหมายว่า ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่สลับซับซ้อนในร่างกาย จิต สังคม ยากที่จะให้ความหมายชัดเจนลงไป เป็นพฤติกรรมกรรมการแสดงออกอย่างหนึ่งของร่างกายที่เกี่ยวกับสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ

สถาพร ลีลา นันทกิจ และคณะ (2535) ให้ความหมายว่า ความเจ็บปวดเป็นการรับรู้ของความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่สนองต่ออะไรก็ได้ที่ก่อให้เกิดอันตราย หรือความไม่สุขสบาย และยังเป็นสิ่งคอยบอกให้บุคคลนั้นหาทางหลีกเลี่ยงหรือหาทางบรรเทาต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น และการกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกนี้จะต้องเกินกว่าจุดสูงสุดที่บุคคลนั้น ๆ จะทนได้

สุพร พลยานันท์ (2528) ให้ความหมายว่า ความเจ็บปวดเป็นผลมาจากการที่เนื้อเยื่อได้รับอันตรายและปล่อยสารเคมีบางชนิดไปกระตุ้นปลายประสาทที่รับความรู้สึก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น สารเคมีเหล่านี้ ได้แก่ อเซทิลโคลีน ฮีสตามีน แบริดีโคนิน โปตัสเซียมไอออน เป็นต้น

สมาคมเพื่อศึกษาความเจ็บปวดนานาชาติ (The International Association for the Study of Pain; IASP) ให้ความหมายว่า ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์เกิดร่วมกับสภาพที่เป็นจริงของการถูกทำลายเนื้อเยื่อหรือศักยภาพที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย หรืออธิบายการถูกทำลายเนื้อเยื่อในระหว่างนั้น (Kanner, 1997)

กล่าวโดยสรุป ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เป็นประสบการณ์ของการรับรู้ หรือปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายในแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการผ่าตัด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกว่ามี ความเจ็บปวดนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล



## 1.2 ประเภทของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดสามารถแบ่งประเภทได้แตกต่างและหลากหลายตามเกณฑ์ตัวชี้วัด แต่ในปัจจุบันนิยมใช้ระยะเวลาและความรุนแรงของความเจ็บปวดเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ซึ่งสามารถแบ่งชนิดของความเจ็บปวดได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน (Acute pain) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือเนื้อเยื่อถูกทำลายทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความเจ็บปวด และเกิดการตอบสนองต่อความเจ็บปวดทั้งระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทอัตโนมัติ ระยะเวลาของความเจ็บปวดมีระยะเวลาจำกัดขึ้นกับพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายนั้นได้รับการแก้ไข

2. ความเจ็บปวดชนิดเรื้อรัง (Chronic pain) เป็นความเจ็บปวดที่มีระยะเวลานานเกินระยะเวลาของพยาธิสภาพโรค หรือระยะเวลาการหายของการบาดเจ็บความเจ็บปวดจะค่อย ๆ เกิดขึ้นและเป็นไปอย่างช้า ๆ และไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอนว่าความเจ็บปวดจะสิ้นสุด เมื่อไหร่ โดยส่วนมากระยะเวลาของความเจ็บปวดมักจะนานมากกว่า 6 เดือน (สิริบุญยะรัตเวช, 2540; Turk & Okifugi, 2001)

## 1.3 กลไกการเกิดความเจ็บปวด

กลไกการเกิดความเจ็บปวดมีองค์ประกอบ 3 ประการคือ สิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด (Pain stimuli or Noxious stimuli) ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด (Pain receptors or Nociceptors) และวิถีประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวด (Pain impulse pathways) (Curtis & Curtis, 1994)

1. สิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1.1 สิ่งกระตุ้นเชิงกล ได้แก่ การทำลายเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด การบวมจากการอักเสบการอุดตันของหลอดเลือด และการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ

1.2 สิ่งกระตุ้นอุณหภูมิ ได้แก่ ความร้อน ความเย็น

1.3 สิ่งกระตุ้นที่เป็นสารเคมี ซึ่งมีทั้งภายใน และภายนอกร่างกาย

2. ตัวรับความรู้สึกปวด สามารถรับการกระตุ้นจากสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตราย มีลักษณะเป็นปลายประสาทอิสระ (Free nerve ending) ซึ่งพบได้ทั่วไปในร่างกายและพบมากบริเวณผิวหนัง กล้ามเนื้อ ฟังผืด และอวัยวะภายใน เมื่อมีสิ่งกระตุ้นเชิงกล อุณหภูมิ และสารเคมีมากกระตุ้นปลายประสาทอิสระจนถึงระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (Pain threshold) จึงเกิดเป็นกระแสประสาทส่งไปตามใยประสาทนำความเจ็บปวดไปสู่ไขสันหลังและสมองตามวิถีประสาทนำความเจ็บปวด

3. วิธีประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวด (Pain impulse pathways) เมื่อความรู้สึกปวดถูกกระตุ้นจะเกิดกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดแล้วส่งไปตามใยประสาท 3 ชนิดคือ ใยประสาทเอ-เบต้า (A- beta fiber) ใยประสาทเอ-เดลต้า (A -delta fiber) และใยประสาทซี (C- fiber) ในภาวะปกติใยประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดเป็นใยประสาทเอ-เดลต้า และใยประสาทซี โดยใยประสาทเอ-เดลต้า จะนำความรู้สึกเจ็บปวดชนิดแหลมคม เป็นใยประสาทขนาดใหญ่ที่มีเยื่อมัยอีลิน (Myelin sheath) หุ้มจึงนำสัญญาณความรู้สึกเจ็บปวดได้รวดเร็ว ส่วนใยประสาท ซีเป็นใยประสาทขนาดเล็กที่ไม่มีเยื่อมัยอีลินหุ้มจึงนำสัญญาณความรู้สึกเจ็บปวดได้ช้า นำความรู้สึกเจ็บปวดชนิดปวดแสบปวดร้อน (Burning pain) หรือปวดตื้อๆ (Dull pain) มักเป็นความปวดที่เกิดขึ้นภายหลัง (Second pain) สำหรับใยประสาทเอ-เบตานั้นจะรับความรู้สึกเจ็บปวด (Pain receptor or nociceptor) ได้ต่อเมื่อมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่ใยประสาทนี้

เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นใยประสาททั้ง 3 จะถูกกระตุ้นพร้อมกันทั้งหมด โดยใยประสาท เอ- เดลต้า และใยประสาทซีเป็นตัวนำสัญญาณความรู้สึกเจ็บปวด ในขณะที่ใยประสาทเอ –เบต้า จะ นำประสาทเข้าเพื่อปรับเปลี่ยนความรู้สึกเจ็บปวดทำให้ความรู้สึกนั้นน้อยลง ประสาทที่ถูกปรับเปลี่ยนนี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีควบคุมประตู

#### 1.4 ทฤษฎีความเจ็บปวด (Pain theories)

ทฤษฎีความเจ็บปวดซึ่งเป็นที่รู้จักแพร่หลายคือ ทฤษฎีควบคุมประตู ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

##### ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory)

Melzack & Wall (1965) ได้เสนอทฤษฎีควบคุมประตูที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บปวดกับอารมณ์ว่าการรับรู้ความเจ็บปวดของบุคคลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทั้งทางสรีรวิทยาและจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความเจ็บปวด โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่ามีการถ่ายทอด (Transmission) และดัดแปลง (Modulation) กระแสประสาทเกิดขึ้นในบริเวณต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วยส่วนประกอบสำคัญ 4 ส่วนคือ กลไกการควบคุมที่ระดับไขสันหลัง (Spinal gate mechanism) ระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) ระบบความโน้มเอียงส่วนกลาง (Central bias system) และระบบแสดงผล (Action system) (Ignatavicius, Workman & Mishler, 1995)

1. กลไกควบคุมที่ระดับไขสันหลัง (Spinal gate mechanism) มีระบบการควบคุมประตูทางผ่านของสัญญาณประสาทอยู่ในระดับไขสันหลัง ก่อนที่กระแสประสาทที่ได้รับการกระตุ้นจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผ่านใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทขนาดเล็กไปถึง

กระแสประสาทส่วนปลายหรือที่เรียกว่าเซลล์ที (Transmission cell or T cell) จะต้องผ่านเซลล์เอส จี (S.G.) ซึ่งทำหน้าที่ยับยั้งหรือปิดกั้นทางผ่านของกระแสประสาทไปยังเซลล์ที โดยถ้ากระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่จะทำให้เซลล์เอส จี (S.G.) ทำงานเพิ่มขึ้น และยับยั้งการทำงานของเซลล์นำสัญญาณประสาท ทำให้ไม่มีสัญญาณประสาทนำเข้าสู่สมอง เรียกว่า ประตูปิด แต่ถ้ากระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก สัญญาณจะส่งไปที่เซลล์เอส จี (S.G.) ให้ทำงานลดลง แต่กระตุ้นการทำงานของเซลล์นำสื่อประสาท ทำให้มีสัญญาณประสาทนำเข้าสู่สมองมากขึ้น เรียกว่า ประตูเปิด

2. ระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) จะถูกกระตุ้นโดยสัญญาณประสาทประสาทนำเข้าสู่จากคอร์ซอลฮอว์นสู่ธาลามัส จากนั้นจะถ่ายทอดไปสู่สมองส่วนคอร์ติคอลและระบบลิมบิก โดยที่ใยประสาทนำเข้าสู่จะแยกไปเป็น 2 แขนงคือ นำสัญญาณประสาทเข้าสู่ระบบควบคุมประตูแขนงหนึ่ง และอีกแขนงหนึ่งไปยังระบบควบคุมส่วนกลางผ่านทางคอร์ซอลคอลล์มันน์พาทเวย์ (Dorsal column pathway) ทั้งนี้ระบบส่วนกลางจะย้อนกลับมาอิทธิพลต่อการปิดหรือเปิดประตูในระบบควบคุมประตูได้ ซึ่งระบบควบคุมส่วนกลางนี้ประกอบด้วยระบบย่อย 3 ระบบที่ทำงานเกี่ยวข้งกัน คือ

2.1 ระบบรับรู้และแยกแยะความรู้สึก (Sensory discriminative system) โดยนำกระแสประสาทที่ทำหน้าที่เป็นตัวแยกแยะรายละเอียดของความรู้สึกที่เกี่ยวกับความรุนแรง ลักษณะ และตำแหน่งของความเจ็บปวด

2.2 ระบบการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (Motivational affective system) โดยนำสัญญาณประสาทที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่สบาย ไม่พึงพอใจต่อความเจ็บปวด นอกจากนี้ยังเร้าอารมณ์ให้มีการกระทำเพื่อลดการกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด

2.3 ระบบคิดพิจารณาและประเมินผล (Cognitive evaluation system) เป็นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางในระดับสมองโดยการประเมินสัญญาณที่เข้ามาพร้อมกับประสบการณ์ในอดีต ซึ่งกลวิธีในการตอบสนองต่อความเจ็บปวดจะมีทั้งแบบรู้สึกตัว และไม่รู้สึกตัว

3. ระบบความโน้มเอียงส่วนกลาง (Central bias system) เป็นหน้าที่ของเรติคูลาร์ ฟอรัมแมชั่น (Reticule formation) ของก้านสมองทำหน้าที่ยับยั้งสัญญาณประสาทนำเข้าสู่จากส่วนต่างๆ ของร่างกายปรับสัดส่วนให้สัญญาณเหมาะสม การทำงานของระบบนี้จะได้รับอิทธิพลจากข้อมูลที่ส่งมาจากระบบควบคุมส่วนกลาง ในขณะที่สัญญาณประสาทนำออกจากระบบควบคุมส่วนกลางไปทำการปรับสัญญาณการทำงานของระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลัง

4. ระบบแสดงผล (Action system) เป็นการตอบสนองต่อความเจ็บปวดทางพฤติกรรมจะแสดงออกหลังจากรับรู้ความเจ็บปวดแล้ว ได้แก่ การแสดงออก การเคลื่อนไหว การเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา การแสดงออกทางพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด

### 1.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้ระดับเริ่มรับรู้ความเจ็บปวด (Pain threshold) ความอดทนต่อความเจ็บปวด (Pain tolerance) การรับรู้ต่อความเจ็บปวด (Pain perception) และการแสดงออก (Pain expression) แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

1. ชนิดของการผ่าตัด (Jurt & Nirschl, 1993) การผ่าตัดต่างชนิดกัน มีการทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทแตกต่างกัน เนื้อเยื่อที่ตำแหน่งต่างกัน มีสรีรวิทยาต่างกัน มีการกระจายของประสาทรับความรู้สึกแตกต่างกัน จึงมีความไวและความรุนแรงของความเจ็บปวดแตกต่างกัน ตำแหน่งและชนิดของการผ่าตัดจึงเป็นตัวบ่งชี้ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ดีที่สุด

2. เทคนิคของการผ่าตัด ความชำนาญของแพทย์ที่ทำผ่าตัด ทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อ และเซลล์ประสาทแตกต่างกัน ถ้าเกิดการทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทเล็กน้อย ทำให้ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่มาก

3. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม สังคมและวัฒนธรรมมีความสำคัญต่อการสร้างแบบแผนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของบุคคลในสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ เนื่องจากบุคคลในสังคม และวัฒนธรรมนั้นจะสร้างแบบแผนการตอบสนองตามทัศนคติ ค่านิยมกับความคาดหวังของสังคมและวัฒนธรรมซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา เชื้อชาติ การอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว และเศรษฐกิจ สิ่งเหล่านี้จะมีอิทธิพล สอนให้บุคคลสร้างแบบแผนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในแต่ละสังคมและวัฒนธรรมขึ้น

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสิ่งแวดล้อมจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี หรือมีความเครียดเพิ่มขึ้นก็ได้ สิ่งแวดล้อมที่ดีส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัว และอดทนต่อสิ่งเร้าได้มากขึ้น ส่วนสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความเครียดทำให้บุคคลต้องใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น พลังงานสำรองจึงลดลง และรับรู้ต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความสะอาดความเงียบสงบ แสง อุณหภูมิห้องที่พอเหมาะมีการระบายอากาศที่ดี เป็นต้น ส่วนสิ่งแวดล้อมทางจิตและสังคม เช่น สิ่งแวดล้อมที่มีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลทำให้รู้สึกอบอุ่นใจปลอดภัย

## 1.6 การประเมินความเจ็บปวด

การประเมินความเจ็บปวด นับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลที่ต้องเรียนรู้และเข้าใจเพื่อนำไปตัดสินใจวางแผนให้การพยาบาลจัดการความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อน บุคคลอื่นไม่อาจหยั่งรู้จากบุคคลนั้นบอกกล่าวจึงทำให้การประเมินความเจ็บปวดนั้นมีความยากที่จะได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ดังนั้นการประเมินความปวดจึงมีหลายแนวทางดังนี้ (เอมอร อุดลโกคาธร, 2543)

1. การประเมินโดยการรายงานของผู้ป่วย เป็นการประเมินความเจ็บปวดที่ดีที่สุดและทำให้ได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเนื่องจากความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์และความรู้สึกส่วนบุคคล ซึ่งบุคคลที่อยู่ในสภาวะนั้นเป็นผู้บอกและทราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ายังมี (McCaffery, 1979) การประเมินวิธีนี้ได้แก่ การบอกกล่าวด้วยวาจาหรือการให้ผู้ป่วยประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองและกำหนดลงบนมาตรวัดความเจ็บปวดซึ่งมีหลายแบบดังนี้

1.1 มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดประมาณค่าโดยใช้คำพูด (Verbal descriptor scales) ผู้ป่วยสามารถรายงานความเจ็บปวดได้ด้วยตนเองโดยใช้คำพูดหรือเขียนข้อดีของมาตรวัดเป็นการประเมินความเจ็บปวดที่ตรงกับสภาพที่ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ซึ่งบุคคลที่อยู่ในสภาวะนั้นเป็นผู้กล่าว ข้อเสียในการวัดจากการประเมินด้วยวาจา ใช้ประเมินความรุนแรงมีข้อจำกัดในการวัดและการศึกษานำมาทดสอบทางสถิติเนื่องจากข้อมูลที่ได้จากคำกล่าวของผู้ป่วย

1.2 มาตรวัดความเจ็บปวดประมาณค่าชนิดใช้การเห็น (Visual Analogue Scales: VAS) มีลักษณะเส้นตรงเริ่มจากไม่รู้สึกรับปวดเลยจนถึงเจ็บปวดมากที่สุด ไม่มีการแบ่งช่องสเกล วิธีใช้โดยผู้ป่วยสามารถทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงที่ขีดไว้ให้ความยาวมากน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปริมาณความเจ็บปวดที่เขามีอยู่และเป็นจริง นำมาตรวัดความยาวเป็นมิลลิเมตรเพื่อประเมินค่าของความเจ็บปวด มาตรวัดนี้มีความน่าเชื่อถือได้ (Reliable) ข้อดี เป็นมาตรวัดที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกมากที่สุดและสามารถนำค่าที่วัดได้มาใช้วิเคราะห์เชิงสถิติ ข้อเสียยากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในการประเมิน

1.3 มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดค่าตัวเลข (Numerical rating scale) เป็นเครื่องมือวัดที่พัฒนาการมาจากมาตรวัดความเจ็บปวดใช้การเห็น (VAS) ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด เป็นมาตรวัดอย่างง่ายที่ผสมผสานกันระหว่างมาตรวัดความปวดด้วยวาจาและมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดเส้นตรงโดยมีตัวเลขให้เลือกมากกว่าเมื่อเทียบกับความเจ็บปวดด้วยวาจาซึ่งมีตัวเลขน้อย และในมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดเส้นตรงผู้ป่วยมีอิสระในการเลือก

มากเกินไปมักทำให้เกิดความสับสนได้ โดยใช้เป็นตัวเลข 0-10 บนเส้นตรง ซึ่งศูนย์หมายถึงไม่ปวด และข้อเสีย คำบรรยายความรู้สึกเจ็บปวดยังไม่ครอบคลุมความรู้สึกที่เกิดขึ้นทั้งหมด ข้อดี ตัวเลขที่ได้จะเป็นอันตรภาคที่สามารถนำไปวิเคราะห์ทางสถิติได้

1.4 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของสจิวต์ (Stewart pain-color scale) โดยกำหนดระดับความเจ็บปวดเป็น 10 ช่อง แต่ละช่องจะมีสีต่างกันและบอกถึงระดับความเจ็บปวดต่างกันในแต่ละช่องสี ข้อดี เป็นการแยกแยะความรู้สึกปวดด้วยสีที่ต่างกัน ทำให้แยกระดับความเจ็บปวดได้ชัดเจน ข้อเสีย ผู้ป่วยบางคนมีความรู้สึกปวด ไม่สัมพันธ์กับสีของมาตรวัด และผู้ป่วยที่ตาบอดสี เด็กหรือผู้สูงอายุไม่สามารถแยกแยะสีได้

1.5 Eland color tool เหมาะสำหรับเด็กอายุ 4-9 ปี ประเมินโดยมีสี 6 สี คือ ดำ ม่วง น้ำเงิน แดง เขียว และส้ม ที่แทนความเจ็บปวดในระดับต่าง ๆ ให้เด็กสีที่แทนความเจ็บปวดในระดับต่าง ๆ จากมากที่สุดแล้วให้เลือกบริเวณร่างกายที่ความเจ็บปวดในระดับต่าง ๆ

1.6 Ocher scale เหมาะสำหรับเด็กอายุ 3-7 ปี สามารถนับเลขได้ตั้งแต่ 0-100 แล้วเข้าใจเกี่ยวกับค่ามากกว่าน้อยกว่าได้ ประเมินโดยมีรูปใบหน้าเด็กที่แสดงความเจ็บปวด ตั้งแต่ 1-100 แล้วให้เด็กเลือกรูปใบหน้าที่มีความเจ็บปวดเหมือนตัวเอง

1.7 Face pain rating scale เหมาะสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนประเมินโดยมีรูปใบหน้าที่แสดงว่ามีความสุข จนถึงเศร้า แล้วให้เด็กเลือกรูปใบหน้าที่มีความรู้สึกเหมือนตนเอง

1.8 Numeric pain scale เหมาะสำหรับเด็กอายุ 9 ปี จนถึงผู้ใหญ่ประเมินโดยมีเส้นตรงที่แบ่งระดับความเจ็บปวดจาก 0-10 แล้วให้เด็กเลือกให้คะแนนความเจ็บปวดจากเส้นตรงนั้น ข้อดี การมีตัวเลขกำกับจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและประเมินความปวดได้ง่าย และมีตัวเลขมากพอที่จะบรรยายความรู้สึกได้ละเอียด

1.9 Johnson's two component scale มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของ Johnson แยกเป็น 2 ส่วนคือ มาตรฐานวัดความรู้สึกเจ็บปวด (Pain sensation scale) และมาตรฐานวัดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (Pain distress scale) ใช้เส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร แทนค่าคะแนนความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน โดยมีค่าคะแนนเรียงลำดับจาก 0 ถึง 10 คะแนนวัดจากความรู้สึกไม่ปวดเลย (คะแนน 0) จนถึงปวดมากที่สุด (คะแนน 10)

2. การประเมินโดยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย แม้ความเจ็บปวดจะเป็นประสบการณ์ที่คลุมเครือ รู้ได้เฉพาะบุคคลที่กำลังประสบเท่านั้น แต่ความเจ็บปวดสามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่มีลักษณะเฉพาะตัว ซึ่งเปรียบเสมือนสัญญาณที่สื่อให้บุคคลอื่นทราบว่ามีความเจ็บปวดเกิดขึ้นพฤติกรรมเหล่านั้นได้แก่ พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวทั้งการแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้าบึ้ง คิ้วขมวด หลับตาแน่น เข็มริมฝีปากหรือกัดฟัน และการเคลื่อนไหวของ

ร่างกาย เช่น นอนบิดไปมา หรือนอนนิ่งในท่าเดียว เป็นต้น พฤติกรรมด้านน้ำเสียง เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้สะอื้น และพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว เอะอะวอยวาย ซึมเศร้า ในการสังเกตพฤติกรรมความเจ็บปวดนี้เพื่อดูความสัมพันธ์ของพฤติกรรมกับการรับรู้ความเจ็บปวดไม่ใช่เพื่อวัดความรุนแรงของความเจ็บปวด

3. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ผลของความปวดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่สามารถสังเกตและวัดได้ในเชิงปริมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้แก่ การสูบซัดเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว เหงื่อออก ชนลุก รูม่านตาขยาย มีการหลั่งของกลัยโคเจน อะดรีนาลีน ซีด มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระนี้ให้ข้อมูลที่ชัดเจนแน่นอนในเชิงปริมาณและทราบผลได้ทันที เชื่อว่ายากที่บุคคลจะเสแสร้งหรือทำให้เกิดขึ้น แต่จุดอ่อนของการประเมินด้านนี้คือ ค่าของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะลดลงหรือกลับเป็นปกติได้ในเวลาต่อมาทั้ง ๆ ที่ความเจ็บปวดยังคงอยู่ และเป็นการประเมินเพียงมิติเดียวคือ การทำงานของระบบประสาท ดังนั้นควรทำร่วมกับการประเมินความเจ็บปวดวิธีอื่น ๆ

4. การประเมินจากการใช้ยาบรรเทาปวดของผู้ป่วย การที่ใช้ยาบรรเทาปวดของผู้ป่วยจะเป็นสิ่งบ่งชี้ระดับความรุนแรงและระยะเวลาของความเจ็บปวด โดยปริมาณความต้องการยาบรรเทาปวดที่เพิ่มขึ้นจะแปรตามระดับความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น (Reading, 1989) งานศึกษาวิจัยที่นำการใช้ยาบรรเทาปวดของผู้ป่วยมาใช้ในการประเมินความเจ็บปวด เช่น บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2528) และดวงดาว ดุยธรรม (2544) นำมาใช้ศึกษาผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดเป็นจำนวนครั้งลดลง

5. การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การนอนหลับ การรับประทานอาหาร และการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น งานศึกษาวิจัยที่นำการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันไปใช้ในการประเมินความเจ็บปวด เช่น นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2535) นำมาใช้ศึกษาประสบการณ์ความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ สุกัญญา พัทวี (2541) นำมาใช้ศึกษาประสบการณ์ความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก พบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์ความปวดรุนแรงที่สุดในวันที่ 2 หลังผ่าตัด วิธีการจัดการกับความปวดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ ส่วนวิธีที่แพทย์และพยาบาลใช้มากที่สุดคือ การให้ความสนใจถามถึงอาการปวด

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยประเมินจากการรายงานของผู้ป่วย โดยใช้มาตรวัด

ความเจ็บปวดของ Johnson ร่วมกับการประเมินจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยจะบ่งชี้ถึงระดับความรุนแรงและระยะเวลาของความเจ็บปวด โดยปริมาณที่เพิ่มขึ้นจะแปรตามระดับความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น (Reading, 1989) การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยทั้ง 2 วิธี มีข้อดีคือ สามารถประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมเนื่องจากความรู้สึกปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะของบุคคลซึ่งอยู่ในภาวะปวด เท่านั้นที่จจะรู้และประเมินความรู้สึกปวดของตนเองได้ดีกว่าบุคคลอื่น แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยก็อาจจะรายงานความเจ็บปวดมากหรือน้อยกว่าความเป็นจริงขึ้นกับอิทธิพลจากอารมณ์และกระบวนการรับรู้ในสมองในขณะนั้น (สุพร พลยานันท์, 2528) จึงต้องมีการประเมินจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดร่วมด้วยเพราะจะช่วยบ่งบอกความรุนแรงและระยะเวลาของความเจ็บปวด

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายหลายด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่มนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ บุคคลที่เข้าสู่ภาวะสูงอายุนั้น ที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุจึงได้กำหนดให้ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุ และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (สุรกุล เจนอบรม, 2534) และจากพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 กำหนดว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ซึ่งการอธิบายถึงกระบวนการสูงอายุนั้นมีความแตกต่างกันไป จึงมีกลไกหรือทฤษฎีมากมายว่าเป็นต้นเหตุของความสูงอายุ หรือมีส่วนในกระบวนการของการสูงอายุหรือความชรา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

### 2.1 ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุ เป็นความพยายามในการอธิบายปรากฏการณ์การสูงอายุที่เกิดขึ้นปรากฏการณ์การสูงอายุนั้นมีความหมายกว้างขวาง มีกระบวนการเกิดและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความสูงอายุต่าง ๆ กัน ไม่สามารถจะอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเท่านั้น ต้องอาศัยหลายๆ ทฤษฎีมาประกอบกัน ทฤษฎีการสูงอายุสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 3 กลุ่ม (Ebersole et al., 2004) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 2.1.1 ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theories of aging)

ทฤษฎีนี้อธิบายถึงผลของการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ



2.1.1.1 Stochastic theories เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุน่าจะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่สม่ำเสมอเป็นช่วง ๆ และการแก่หรือเสื่อมก็จะสะสมมากขึ้นตามเวลาที่เพิ่มขึ้น ทฤษฎีในกลุ่มนี้ได้แก่

1) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่าเกิดการผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีนของ DNA และนำไปสู่ความผิดปกติของเซลล์ส่งผลให้เกิดการแก่ตัว เสื่อมสภาพหรือเซลล์ตายในที่สุด ความผิดปกติของการสร้างเอนไซม์หรือโปรตีนจะทำให้เกิดการสร้าง เซลล์ (Exact copy) ที่ผิดแปลกไปจากเดิม การผิดพลาดจากการส่งรหัสพันธุกรรม จะเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก และเซลล์จะถูกเปลี่ยนไปจากเดิมทุกครั้งที่เกิดการผิดพลาด จนในที่สุดเซลล์ที่เกิดขึ้นจะแตกต่างจากเซลล์ต้นแบบโดยสิ้นเชิง

2) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) กล่าวถึงเซลล์ที่ไม่สามารถซ่อมแซมได้อีกจากการถูกทำลาย โดยอนุมูลอิสระเป็นผลผลิตจากปฏิกิริยาพื้นฐานของการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย รวมทั้งผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม มลพิษต่าง ๆ เช่น ไอโซนรังสีต่าง ๆ โดยทั่วไปอนุมูลอิสระเหล่านี้จะถูกทำลายโดยปฏิกิริยาของเอนไซม์ หรือปฏิกิริยาการต่อต้านการรวมตัวกับอนุมูลออกซิเจนตามธรรมชาติ หากไม่ถูกทำลายอนุมูลอิสระเหล่านี้จะจับเกาะกับโมเลกุลอื่นเกิดปฏิกิริยาเคมีในเซลล์ทำให้เกิดการทำลายเซลล์ หรือทำให้เซลล์อ่อนแอลงส่งผลให้ภาวะสมดุลสูญเสียไปและทำให้เซลล์ตายในที่สุด

3) ทฤษฎีการเชื่อมไขว้ (Cross-Linkage theory) ทฤษฎีนี้มีสมมติฐานเกี่ยวกับการสูงอายุน่าเกิดจากโปรตีนบางอย่างในร่างกายที่เพิ่มขึ้นและมีการเชื่อมไขว้จับตัวกันมากขึ้น ส่งผลให้ไปขัดขวางกระบวนการเมตาบอลิซึม ทั้งนี้เนื่องจากการเชื่อมไขว้ไปขัดขวางการได้รับการได้รับอาหาร การขับของเสียจากเซลล์ทั้งในระดับภายในเซลล์ และนอกเซลล์ทำให้การทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อส่วนนั้นลดลงและส่งผลกระทบต่อโครงสร้างส่วนอื่น ๆ โดยระบบภูมิคุ้มกันจะทำงานมีประสิทธิภาพลดลง และระบบป้องกันร่างกายไม่สามารถกำจัดสารที่เกิดจาก Cross linkage ได้จึงถือว่าเป็นสาเหตุเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดแดงแข็งและการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลง

4) ทฤษฎีการเสื่อมสลาย (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่าเซลล์มีการเสื่อมสลายหรือตายเมื่อมีการใช้งานมาอย่างต่อเนื่องระยะหนึ่ง โดยเชื่อว่าการตายเกิดจากผลของเนื้อเยื่อต่าง ๆ มีการเสื่อมสภาพและไม่สามารถกลับสู่สภาพดั้งเดิมได้ทำให้เกิดการสูญเสียอย่างถาวร และเชื่อว่ากระบวนการสูงอายุน่าจะถูกเร่งเมื่อมีความเครียด มีการสะสมของการบาดเจ็บหรือการได้รับอุบัติเหตุต่าง ๆ ซึ่งนำไปสู่การตายได้เนื่องจากมีการเสื่อมสภาพแล้วร่างกายไม่สามารถสร้างอวัยวะใหม่มาทดแทนได้

2.1.1.2 Nonstochastic theory เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุว่าสามารถทำนายล่วงหน้าได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยมีเวลาเป็นตัวเงื่อนไข ทฤษฎีกลุ่มนี้ ได้แก่

1) ทฤษฎีโปรแกรม (Programmed theory หรือ Hayflick limit theory) ทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกายที่เกิดในเซลล์และตอบสนองต่อเซลล์ และระบบต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ได้ถูกจัดตั้งระยะเวลาการเข้าสู่วัยสูงอายุไว้แล้วเหมือนมีการกำหนดโปรแกรมไว้ในเซลล์ตั้งแต่ต้นว่าเมื่อไรเซลล์จึงตาย โดยเชื่อว่ามนุษย์จะมีนาฬิกาชีวภาพ (Biological clock) ซึ่งถูกกำหนดไว้ที่อายุ 110-120 ปี ทฤษฎีนี้บางครั้งจะเรียกว่าทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Biological clock) ทฤษฎี Cellular aging หรือทฤษฎี Genetic theory

2) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity theory) ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมนุษย์จะทำงานมีประสิทธิภาพลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเรียกภาวะดังกล่าวว่า Immunosenescence หรือความเสื่อมของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ที่ลดลง โดยเฉพาะ T-cells จะลดลงอย่างชัดเจนทำให้การป้องกันสิ่งแปลกปลอม เชื้อโรค โรคต่าง ๆ ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเอง (Auto antibodies) เพิ่มขึ้นก่อให้เกิดโรคที่ร่างกายมีการต่อต้านตนเอง การเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันนี้ ยังไม่สามารถอธิบายถึงกลไกที่ชัดเจนได้ แต่พบว่าการทำงานที่ผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันจะเพิ่มขึ้นตามอายุ รวมถึงการลดลงของระบบภูมิคุ้มกันต่อเซลล์มะเร็ง หรือต่อต้านทำลายเซลล์ที่ผิดปกติต่าง ๆ จะลดลงนำไปสู่การเกิดเนื้องอก มะเร็งได้ง่ายขึ้นเมื่อวัยมากขึ้น

## 2.1.2 ทฤษฎีการสูงอายทางสังคม (Sociologic theories of aging)

ทฤษฎีการสูงอายทางสังคมจะให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพและบทบาทระหว่างบุคคล นอกจากนี้ยังรวมถึงการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต

2.1.2.1 ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement theory) โดยทฤษฎีนี้กล่าวว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุก็นจะมีการปรับตัวให้เหมาะสมตามที่สังคมโดยทั่วไปยอมรับ เช่น มีการถอนตัวออกจากสังคม และลดบทบาทความสำคัญจากกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจากเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้เพื่อคงความสมดุลให้แก่สังคมที่จะมีบุคคลอื่นเข้ามาแทนที่บทบาทของผู้สูงอายุที่ถดถอยตัวออกมา

2.1.2.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory or developmental task theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวว่าผู้สูงอายุยังคงต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อเป็นผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ทำให้รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง และยังมีมุมมองว่ากิจกรรมเป็น

สิ่งจำเป็นในการดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล และการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ผู้สูงอายุที่ยังมีกิจกรรมสม่ำเสมอจะรู้สึกกระชุ่มกระชวย เป็นหนุ่มสาว และไม่ถอยหนีจากสังคม

2.1.2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าไม่ว่าการมีชีวิตที่ยังตื่นตัวไม่อยู่นิ่ง การพยายามใช้ชีวิตให้ไม่ต่างจากเดิมในวัยกลางคน หรือการพยายามลดบทบาทหน้าที่ความสำคัญในสังคมไม่จำเป็นเสมอที่จะนำมาซึ่งความสุข แต่บุคคลสามารถจะใช้ชีวิตที่มีอยู่ต่อเนื่องจากการดำรงชีวิตที่ผ่านมาวัยสูงอายุมีใช้วัยที่เป็นตอนสุดท้ายหรือตอนปลายของชีวิตที่แยกออกมาอย่างชัดเจน แต่ชีวิตของมนุษย์จะมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกันมาตลอดตั้งแต่ในช่วงต้นของชีวิต

2.1.2.4 ทฤษฎีการแบ่งชั้นอายุ (Age stratification theory) ทฤษฎีให้ความสำคัญกับค่านิยม การพึ่งพาซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุกับสังคมโดยภาพรวมมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคล องค์ประกอบหนึ่งของสังคม สมาชิกของกลุ่ม มีหมู่เหล่า และมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันระหว่างบุคคลและสังคมอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

2.1.2.5 ทฤษฎีความเหมาะสมระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person environment fit theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่าสัมพันธภาพระหว่างกันของกลุ่มบุคคล ตัวผู้สูงอายุ และสังคมสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งกำหนดถึงสมรรถนะในตัว (Personal competence) ของบุคคลนั้น ๆ ความสามารถในตัวบุคคลจะถูกล่อหลอมมาตลอดอย่างต่อเนื่องชั่วชีวิต ซึ่งรวมถึงความแกร่งของจิตสำนึก ระดับของทักษะการทำงาน การเคลื่อนไหวต่าง ๆ สุขภาพร่างกาย ความนึกคิด เซอร์วิญญา และความสามารถในการรับสัมผัส เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น สมรรถนะในตนเองเหล่านี้ อาจเปลี่ยนแปลงไปหรือลดลง ส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อม

### 2.1.3. ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological theories of aging)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่าพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่อง ไม่มีการสิ้นสุด ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยาจะเป็นการรวมทั้งทฤษฎีทางชีวภาพ และทางสังคมร่วมกันอธิบายกระบวนการสูงอายุ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มได้ดังนี้

2.1.3.1 ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามขั้นของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of human needs theory) เสนอว่าบุคคลจะมีความต้องการภายในตามลำดับที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เมื่อมนุษย์สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ความต้องการในลำดับช่วงหนึ่งแล้ว ก็จะยับยั้งความต้องการขึ้นไปอีกลำดับขั้น จนกระทั่งถึงขั้นสูงสุด

2.1.3.2 ทฤษฎีเอกัตบุคคลของจุง (Jung's theory of individualism) เสนอว่าบุคลิกภาพจะมีทั้งลักษณะที่เปิดเผยต่อโลกภายนอก และลักษณะส่วนภายในของบุคคล สมดุลระหว่างทั้ง 2 ลักษณะนี้จะแสดงถึงความเป็นบุคคลนั้น ๆ และสำคัญต่อสุขภาพจิตของ

บุคคลเมื่อบุคคลอายุเพิ่มมากขึ้นบุคลิกภาพจะเริ่มเปลี่ยนจากการมองภายนอกเป็นการเริ่มหาคำตอบโดยมองจากภายในตนมากขึ้น และเห็นคุณค่าของตนมากกว่าจะมองเห็นแต่ความสำคัญหรือเสื่อมถอยของร่างกาย บุคคลจะต้องสามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้นได้

2.1.3.3 ทฤษฎีระยะ 8 ขั้นของชีวิต (Eight stages of life theory) หรือทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson ' s epigenetic theory) เสนอว่าขบวนการพัฒนาของชีวิตจะสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลจากวัฒนธรรมและสังคม อีริกสันได้แบ่งช่วงชีวิตของคนเป็น 8 ระยะ โดยระยะที่ 1-6 เป็นระยะตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ระยะที่ 7 เป็นระยะที่เรียกว่า Generativity คือบุคคลในช่วงอายุ 40-60 ปีเป็นช่วงวัยกลางคนที่มีความเข้าใจและยอมรับในตนเอง บุคคลในวัยนี้ จะมีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ มุ่งสร้างความสำเร็จในชีวิต ในระยะที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุมีความเจริญมั่นคงในชีวิต มีการยอมรับจากการประเมินตนเอง หรือประเมินความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คุณค่าของบุคคลในวัยนี้อยู่ที่ภูมิปัญญาซึ่งสั่งสมมาตลอดชีวิต หากผู้สูงอายุในระยะนี้ไม่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในชีวิตก็จะเกิดความท้อแท้หมดหวัง รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย

ทฤษฎีการสูงอายุทำให้ทราบและสามารถเข้าใจกระบวนการสูงอายุ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายในทางที่เสื่อมลง การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ บกพร่องและเกิดพยาธิสภาพหลายระบบมีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงแบบเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยนำความรู้ที่เกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุ และสามารถนำมาปรับใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไปประกอบในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

### 3. โรคต่อมลูกหมากโตในผู้สูงอายุ

โรคต่อมลูกหมากโต (Benign Prostatic Hypertrophy หรือ BPH) เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้บ่อยโรคหนึ่ง มักเกิดในผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยกระบวนการสูงอายุทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะในร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมลง จากทฤษฎีการเสื่อมสลาย Weisman ( 1882 cited in Medison, 2000) เป็นผู้เสนอทฤษฎีนี้เป็นคนแรก โดยเชื่อว่าการตายเกิดจากผลของเนื้อเยื่อต่าง ๆ มีการเสื่อมสภาพ และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ทำให้เกิดการสูญเสียอย่างถาวร (Hayflick, 1988) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าในเนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ มีการถูกกำหนดแต่ต้นถึงพลังงานที่ทำให้อวัยวะเนื้อเยื่อทำงานได้จนถึงระดับหนึ่ง เมื่อพลังงานที่มีอยู่หมดไป ก็จะมีการเสื่อมสลายของอวัยวะเนื้อเยื่อนั้น ๆ ทฤษฎีนี้เชื่อว่า

กระบวนการสูงอายุก่อให้เกิดหรือเร่งรัดได้มากขึ้นหากมีความเครียด มีการสะสมของการบาดเจ็บหรือการได้รับอุบัติเหตุต่าง ๆ ซึ่งนำไปสู่การตายได้เนื่องจากมีการเสื่อมสภาพแล้วร่างกายไม่สามารถสร้างอวัยวะเนื้อเยื่อใหม่มาทดแทนได้ การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ส่งผลกระทบให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ความพร่องในการทำหน้าที่ส่วนใหญ่เกิดจากความจุของกระเพาะปัสสาวะ และความสามารถในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลงทำให้ปัสสาวะบ่อย มีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ ด้านอวัยวะสืบพันธุ์เพศชาย ต่อมลูกหมาก (Prostate gland) เป็นอวัยวะหนึ่งของระบบสืบพันธุ์เพศชายมีหน้าที่สร้างของเหลวและสารที่หล่อเลี้ยงตัวอสุจิให้แข็งแรง และช่วยนำพาตัวอสุจิออกสู่ภายนอกระหว่างร่วมเพศ การเปลี่ยนแปลงที่พบบ่อยเกี่ยวกับต่อมลูกหมากในชายสูงอายุ คือ โรคต่อมลูกหมากโต (Chow, 2000; Emberton et al., 2003; Wessells et al., 2003) นอกจากนี้ลูกอัณฑะมีขนาดเล็กลง การผลิตฮอร์โมน Testosterone ลดลง ต่อมลูกหมากที่โตขึ้น โดยต่อมลูกหมากที่โตมักเกิดที่ส่วนของ Transition zone จะมีการเจริญเพิ่มทั้งขนาด และจำนวนของเซลล์มากกว่าปกติทำให้ต่อมลูกหมากโตเป็นก้อนเนื้อออก เมื่อโตมากขึ้นจะเบียดท่อปัสสาวะส่วนต้นให้แคบเป็นผลทำให้น้ำปัสสาวะไหลไม่ออกหรือไหลได้น้อย ปัสสาวะลำบาก กระปรีะปรอย (ชุมศักดิ์ พุทธิกาพงษ์, 2539; Edwin & Grannum, 1992)

### 3.1 กายวิภาคศาสตร์ของต่อมลูกหมาก

ต่อมลูกหมาก (Prostate gland) เป็นอวัยวะหนึ่งของระบบสืบพันธุ์เพศชายมีรูปร่างคล้ายลูกหมากดิบ หรือลูกเกาลัดอยู่ในอุ้งเชิงกรานระหว่างกระดูกหัวเหน่ากับลำไส้ใหญ่และช่องทวารหนักโดยอยู่ต่ำกว่าส่วนคอของกระเพาะปัสสาวะล้อมรอบท่อปัสสาวะส่วนต้น ต่อมลูกหมากมีขนาดเล็กมาก และจะโตเต็มที่จนถึงอายุ 45 ปี มีขนาดกว้าง 3- 4 เซนติเมตร ยาว 4-6 เซนติเมตร และหนา 2-3 เซนติเมตร หนักประมาณ 20 กรัม ทำหน้าที่สร้างของเหลวและสารหล่อเลี้ยงตัวอสุจิให้แข็งแรง และช่วยนำพาตัวอสุจิออกสู่ภายนอกระหว่างร่วมเพศ (Edwin & Grannum, 1992)

### 3.2 สาเหตุของการเกิดต่อมลูกหมากโต

สาเหตุของการเกิดต่อมลูกหมากโตที่แน่ชัดไม่มีใครทราบ แต่คาดว่าเกิดจาก

1. อายุที่มากขึ้น พบว่าชายอายุ 60 ปี มีอุบัติการณ์ของโรคต่อมลูกหมากโตมากกว่าร้อยละ 50 และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 90 ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป
2. Enzyme 5 - Alpha Reductase ภายในเซลล์ของต่อมลูกหมากจะเปลี่ยน

ฮอร์โมนเพศชาย Testosterone มาเป็นฮอร์โมน Dihydrotestosterone (DTH) ซึ่งจะกระตุ้นให้ต่อมลูกหมากโตขึ้น (Smeltzer & Bare, 2000)

### 3.3 การรักษาต่อมลูกหมากโต

แนวทางการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตจะต้องคำนึงถึงความรุนแรงของโรค ค่าใช้จ่ายในการรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วย ปัจจุบันมีแนวทางการรักษาดังนี้

1. การติดตามดูอาการไปก่อน (Conservative treatment หรือ Watchful waiting) วิธีนี้ใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีอาการน้อยเนื่องจากต่อมลูกหมากโตช้า และไม่แน่นอนจึงมักใช้วิธีติดตามดูอาการระยะหนึ่ง และให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้มีอาการมากขึ้น เช่น การดื่มน้ำ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ ระวังระวังไม่ให้ท้องผูก ไม่ควรยืนหรือนั่งในท่าเดิมนาน ๆ ระวังระวังในการกินยาแก้หวัด และยาแก้ท้องเสีย นั่งแช่น้ำอุ่น วันละประมาณ 15 นาที และตรวจเช็คร่างกายตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ (สุพจน์ วุฒิกการณ์, 2543; ปิ่นทิพย์ นาคดำ, 2540)

2. การรักษาทางยา (Medical treatment) เมื่อมีอาการปัสสาวะลำบากมากขึ้น แพทย์จะให้ยารักษา การใช้ยารักษา มี 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรกเป็นยาที่ลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อที่บีบรัดท่อปัสสาวะทำให้ต่อมลูกหมากมีขนาดเล็กลง กลุ่มที่สองเป็นยาลดขนาดของต่อมลูกหมาก ทำให้หยุดการเจริญเติบโต (5 Reeducates inhibitor) ได้แก่ Finest ride (Pros car 5 mg) ยานี้กินวันละ 1 เม็ด อย่างน้อย 3 เดือน ถ้าหยุดอาการจะกลับมาอีก นอกจากนี้ยังมียาสกัดกั้นฮอร์โมนเพศชาย (Androgen deprivation) และยาสมุนไพร (Phototherapy) ซึ่งมีการใช้ยานี้มานานมากทั้งในยุโรปและอเมริกา เป็นยาที่ได้มาจากเปลือกไม้ ใบไม้ และการรับประทานอาหารเสริมที่มีธาตุสังกะสีมาก เช่น หอยนางรม เม็ดพิททอง นมวัว สามารถช่วยได้ และคนที่ต่อมลูกหมากโต ตรวจพบว่า มีธาตุสังกะสีน้อยกว่าปกติ (บัณฑิต จันทยานี และคณะ, 2544)

3. การรักษาด้วยการผ่าตัด ปัจจุบันสามารถทำได้ 5 วิธี คือ

3.1 การผ่าตัดลูกหมากออกทางท่อปัสสาวะ (Transurethral Resection Prostatectomy หรือ TUR -P) เป็นวิธีที่นิยมทำมากที่สุด

3.2 การผ่าตัดลูกหมากออกทางเหนือหัวเหน่า (Suprapubic prostatectomy)

3.3 การผ่าตัดลูกหมากออกทางหลังหัวเหน่า (Retropubic prostatectomy)

3.4 การผ่าตัดลูกหมากออกทางฝีเย็บ (Perineal prostatectomy)

3.5 การผ่าตัดลูกหมากออกด้วยแสงเลเซอร์ โดยผ่านทางท่อปัสสาวะ (Transurethral Laser Incision of the Prostate หรือ TULIP และ Visual Laser Ablation of the Prostate หรือ VLAP)

4. การรักษาวิธีอื่น (Non medical หรือ Non surgery treatment) ได้แก่ การใช้ความร้อนในระดับต่าง ๆ (Thermal therapy) เพื่อให้เนื้อเยื่อบางส่วนของต่อมลูกหมากตายไป ต่อมลูกหมากจะฝ่อเล็กลง ผู้ป่วยจะถ่ายปัสสาวะดีขึ้น แหล่งพลังความร้อนมีหลายแบบ ได้แก่ Microwave focused ultrasound และ Radiofrequency แต่ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร (บุษบา จินดาวิจักษณ์ และสุวัฒนา จุฬาวัฒนพล, 2540)

### 3.4 การผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทางท่อปัสสาวะ (Transurethral Resection Prostatectomy หรือ TUR-P)

การผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อปัสสาวะ นิยมทำในผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโต ขนาด 75–100 กรัม เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดวิธีนี้ทำได้ง่าย ใช้เวลาน้อย และไม่มีแผลผ่าตัดภายนอก (McConnell, 1998) เป็นการผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือตัดต่อมลูกหมาก (Resectoscope) สอดเข้าไปทางท่อปัสสาวะ มองดูให้เห็นส่วนของต่อมลูกหมากโตแล้วขูดตัดเนื้อออกออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ จนถึงแคปซูลผ่าตัด (Surgical capsule) ขณะผ่าตัดต้องเปิดน้ำกลั่นให้ไหลเข้ากระเพาะปัสสาวะเพื่อไล่เลือดให้มองเห็นบริเวณที่ผ่าตัดได้ชัดเจนตลอดเวลา เนื้อที่ถูกตัดจะถูกพัดพาโดยกระแส น้ำเข้าไปอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งจะถูกลดออกเป็นครั้งคราวบริเวณที่มีเลือดออกจะใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าให้เลือดหยุด ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการสวนโดยการคาสายสวนปัสสาวะชนิด 3 ทาง ซึ่งทางหนึ่งสำหรับใส่ น้ำในลูกโป่ง (Balloon) ใว้ประมาณ 30 ซีซี อีกทางหนึ่งสำหรับใส่ น้ำเกลือเพื่อล้างเอาเลือดออกจากกระเพาะปัสสาวะ และป้องกันไม่ให้เกิดเป็นลิ่มเลือดในกระเพาะปัสสาวะ และเป็นการชะล้างสายยาง และทางที่ 3 นั้นเป็นทางออกของน้ำเกลือที่ล้างกระเพาะปัสสาวะและน้ำปัสสาวะ และจะดึงสายสวนปัสสาวะให้ตรึงอยู่กับที่หน้าขาข้างใดข้างหนึ่งของผู้ป่วยเพื่อเป็นการเพิ่มความดันที่จะกดลงบริเวณคอปัสสาวะ และช่วยในการห้ามเลือดเนื่องจากมีแรงกดของลูกโป่งบนแผลตลอดเวลา การดึงและยัดสายสวนปัสสาวะจะกระทำเป็นเวลาประมาณ 24 ชั่วโมง (Harkness & Dincher, 1996) ผู้ป่วยจะต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ประมาณ 4 –7 วัน เพื่อทำการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะหลังผ่าตัด ซึ่งอาจเป็นการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่องหรือเป็นครั้งคราวตามแนวทางการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันการอุดตันของก้อนเลือด (McConnell, 1998) และทำจนกว่าจะแน่ใจว่าไม่มีเลือดออก ซึ่งแพทย์จะถอดสายสวนปัสสาวะภายหลังที่ได้ทำการตรวจสอบกระเพาะ

ปัสสาวะเมื่อพบว่ากระเพาะปัสสาวะมีความจุ และมีความดันรวมทั้งมีจำนวนน้ำปัสสาวะที่เหลือค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ปกติภายหลังจากผู้ป่วยได้ถ่ายปัสสาวะเรียบร้อยแล้ว (Sokoloff et al., 2001)

#### 4. กระบวนการเรียนรู้และการให้ความรู้ในผู้สูงอายุ

##### 4.1 กระบวนการเรียนรู้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536 : 217) กล่าวว่ากระบวนการเรียนรู้คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นผลได้เนื่องจากการได้รับประสบการณ์ หรือการฝึกฝนพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้นเป็นลักษณะค่อนข้างถาวร และเปลี่ยนไปในทิศทางที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมก็ได้

การเรียนรู้ และความจำเป็นกระบวนการทางสติปัญญาที่จะต้องนำมาพิจารณาควบคู่กัน การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ข้อมูลใหม่หรือทักษะต่าง ๆ ถูกนำมาเก็บไว้ในความจำ เป็นกระบวนการที่จะเรียกเอาข้อมูลที่เก็บไว้ในสมองกลับมาเมื่อต้องการ มีการค้นคว้าวิจัยและแยกความจำออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ (สุรกุล เจนอบรม, 2541: 112-114)

1. ความจำที่เกิดจากระบบประสาทสัมผัส แบ่งออกเป็น ความจำที่เกิดจากการมองเห็น และความจำที่เกิดจากการได้ยิน ข้อมูลที่จะผ่านขั้นตอนนี้ไปสู่ที่เก็บความจำระยะสั้นจะลดน้อยลง เนื่องจากความสามารถความเสื่อมของระบบการรับรู้สติและการรับรู้ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องการเวลามากขึ้นในการจำแนกสิ่งเร้าต่าง ๆ จากสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ในขณะนั้น นอกจากนี้การส่งต่อข้อมูลไปสู่กระบวนการความจำระยะสั้นระยะสั้นจะต้องให้ความสนใจ ซึ่งในผู้สูงอายุนั้นความสนใจไม่มีประสิทธิภาพเท่าคนหนุ่มสาว

2. ความจำระยะสั้น เป็นความจำที่ผ่านระบบประสาทสัมผัสมาแล้วและใช้เวลาเพียงเล็กน้อย จะถูกส่งต่อไปยังระบบความจำระยะสั้น และจะต้องมีการจัดระบบเพื่อให้ความจำนั้นคงไว้ และเข้าสู่ความจำระยะยาวต่อไป

3. ความจำระยะยาว ข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้ถาวรในสมองนี้ การส่งต่อข้อมูลจากกระบวนการความจำระยะสั้นสู่กระบวนการระยะยาว จะต้องอาศัยการทบทวนฝึกฝน

บุคคลเมื่อวัยเปลี่ยนแปลงไปตามความเสื่อมถอยทางการเรียนรู้ก็จะค่อย ๆ เปลี่ยนไปด้วยอย่างช้า ๆ และจะค่อยปรากฏเด่นชัดมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จึงทำให้การเรียนรู้ในวัยสูงอายุนั้นจะแตกต่างไปจากวัยอื่น ๆ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2538: 129) กล่าวคือ ผู้สูงอายุนั้นยังคงสามารถเรียนรู้ได้แต่อัตราความเร็วในการเรียนรู้จะลดลง ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้มากกว่าเดิม



การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนต้องอาศัยความจำในการเรียนรู้ ซึ่งผู้สูงอายุ มักจะมีปัญหาความจำในลักษณะความจำเฉพาะหน้ามาก ประเภทได้น้ำลืมหหลัง คนเราจะมี ความจำดีมากเมื่ออายุ 5-25 ปีแต่เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการจดจำจะลดลงตามลำดับ ยกเว้นความจำในอดีตจะยังคงดีอยู่และชัดเจน และการที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้ จำเป็นต้องเลือกวิธีการที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตและประสบการณ์ที่ผ่านมากจึงจะทำให้ ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และการปฏิบัติที่ยั่งยืน

การเรียนรู้ของผู้สูงอายุนั้น ควรเน้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ด้วย ตนเอง และเห็นความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ประสบการณ์ที่ผ่านมา ตลอดจนวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ และ ต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสม มีส่วนร่วมจัดกิจกรรมและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ ตลอดจนมีการประเมินตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ การปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การ ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการเรียนรู้ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปใน ทิศทางที่ต้องการ โดยการสอนผู้ป่วยซึ่งหมายถึง การให้ข้อมูล ความรู้ หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติตนซึ่งจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Devine & Cook, 1986) และจากการที่พยาบาลเป็นผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นสิ่งสำคัญ อย่างหนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยคือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

#### 4.2 การให้ความรู้

การให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนผู้ป่วยเป็นหน้าที่หลักที่สำคัญของพยาบาลทุกคน จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลไม่ว่าในด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพ พยาบาลจะต้องสอนผู้ป่วยทั้งสิ้น (อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2535) การสอน เป็นวิธีหนึ่งในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้หรือทักษะ บางประการ และเป็นวิธีที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยมีอำนาจการตัดสินใจด้วยตนเอง และได้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเองให้เกิดการเรียนรู้ สิ่งใหม่ ๆ และตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลจะต้องคำนึงถึง ความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลด้วย รวมทั้งการรับฟังของพยาบาลจะ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม แสดงความคิดเห็น ฝึกทักษะต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจมากขึ้น รวมทั้งการสอนและการให้ความรู้ จะได้ผลดีขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจ และความเป็นมิตรระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

การสอนที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยนั้น พยาบาลจะต้องมีเวลาสำหรับการให้ความรู้และความเข้าใจอย่างจริงจัง ต้องมีการวางแผนการสอนอย่างมีระบบ มีการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหลักในการสอนหรือให้ความรู้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีมีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

1. ให้ความรู้หรือสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ โดยพยาบาลจะต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลสนใจในทุกข์สุขของตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวพยาบาลซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น แล้วจึงอาจเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

2. เนื้อหาที่จะให้ความรู้หรือสอนต้องเสริมจากความรู้เดิมที่ผู้ป่วยมีอยู่ ดังนั้นประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมายและวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้เรียนรู้มากขึ้น

3. ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้

4. การเรียนรู้จะเพิ่มมากขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติการให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอนกระทำได้โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลหรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย

5. การประเมินผลโดยการไต่ถามผู้ป่วย จะช่วยผู้ป่วยในเรื่องการเรียนรู้พฤติกรรม พยาบาลจะต้องประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง พยาบาลต้องชี้แจงแก้ไขแต่พยายามหลีกเลี่ยงการติเตียน หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคำสั่งหรือถูกทำโทษ การเรียนการสอนต้องการความไว้วางใจและความเป็นมิตร การรู้จักดีเพื่อก่อ ยกย่องเมื่อผู้ป่วยกระทำสำเร็จ จะช่วยเพิ่มการเรียนรู้เป็นอย่างมาก

6. เนื้อหาและวิธีการสอนต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย แต่ละคนและพยาบาลต้องประเมินความเข้าใจ และการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

7. การมีสิ่งรบกวนจากสิ่งแวดล้อมจะมีผลขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ ดังนั้นจึงควรจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้มีลักษณะที่เป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ เช่น มีห้องส่วนตัวหรือกันม่านให้เป็นสัดส่วน

8. สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ เนื่องจากความไว้วางใจและความเป็นมิตรจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร ด้วยเหตุนี้บุคคลที่จะสอนผู้ป่วยได้ดีที่สุด คือ บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทุกวัน หรือดูแลอย่างต่อเนื่อง นั่นก็คือพยาบาลนั่นเอง

9. เปิดโอกาสและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้ถึงคุณค่าของตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเอง โดยพยาบาลและผู้ป่วยวางแผน ตั้งเป้าหมาย และเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน

Alken (1978 อ้างถึงใน สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2538) ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสอนผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) จัดให้มีเวลาเพียงพอ สำหรับที่จะทำความเข้าใจที่จะต้องปฏิบัติ 2) ควรจะสอนบทเรียนซ้ำอีกหลาย ๆ ครั้ง ถ้าหากมีความจำเป็นที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจได้ดีมากขึ้น 3) ควรจะกำหนดเป้าหมายระยะสั้น ๆ ในการเรียนเพื่อที่จะให้สามารถปฏิบัติได้ภายในเวลาที่กำหนด 4) การกำหนดเวลาในการบำบัดและการเรียนให้มีระยะค่อนข้างสั้น ทั้งนี้เพราะว่าผู้สูงอายุจะมีความเหนื่อยล้าได้ง่ายและเร็วกว่าคนหนุ่มสาว และ 5) ต้องระมัดระวังในเรื่องเกี่ยวกับปัญหาของความบกพร่องในการแลเห็น และการได้ยินเสียง สำหรับการสอนผู้สูงอายุ เช่น ขนาดของตัวหนังสือควรมีขนาดใหญ่เป็นต้น

การให้ความรู้จะทำให้ผู้ป่วยทราบถึงสิ่งที่ตนเองต้องเผชิญในขณะการรักษา ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดแก่ผู้ป่วยและทำให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องซึ่งจะส่งผลทำให้ความเจ็บปวดลดลงได้ รวมทั้งการให้ความรู้ที่เหมาะสม ชัดเจน และสอดคล้องกับความต้องการในการเรียนรู้ของผู้ป่วยในแต่ละรายซึ่งมีความแตกต่างกันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและบรรเทาความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงของการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่า การให้ความรู้โดยการสอนผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความสำคัญยิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการทั้งในด้านความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อให้บรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) ผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะตกเลือด ภาวะถุงลม ปอดแฟบ ภาวะปอดบวม เป็นต้น (ไชยยุทธ ธนไพศาล, 2542) ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้ความรู้โดยการสอนแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องเผชิญ วิธีการรักษาที่ได้รับ รวมถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งที่อยู๋โรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน (Yale, 1993) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ทำให้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจภายหลังผ่าตัดสามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้โดยเร็ว (Pick, Pearce & Legg, 1999)

## 5. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

โดยทั่วไปหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดนั้น มีความสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงผลกระทบของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องประเมินและวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม (Meeker & Rothrock, 1999) ซึ่งแบ่งเป็นการพยาบาลก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดดังนี้

### 5.1 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมาก

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดนั้นจำเป็นที่จะต้องประเมินผู้ป่วยสูงอายุเป็นรายบุคคลเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุแต่ละรายจะมีความแตกต่างกัน พยาบาลควรซักถามข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ชัดเจน และซักถามจากญาติเพิ่มเติมจะได้ข้อมูลมากขึ้นเพื่อช่วยในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดต่อมลูกหมาก มีดังนี้

1. เสริมสร้างความเข้าใจ เรื่องการปฏิบัติพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมลูกหมากนี้มักเป็นผู้สูงอายุ การพยาบาลด้านจิตใจเป็นเรื่องสำคัญมาก พยาบาลต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ เข้าใจ และเชื่อถือในการปฏิบัติพยาบาล ตั้งแต่แรกกับผู้ป่วย และต้องระลึกละเอียดว่าผู้ป่วยสูงอายุไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง ฉะนั้นอาจต้องใช้เวลานานกว่าปกติที่จะเข้าใจและเกิดความเคยชินต่อกิจวัตรประจำวันที่จะต้องปฏิบัติตัวขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล พยาบาลต้องมีความอดทนในการอธิบายและทบทวนให้ผู้ป่วยเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติ เช่น การตวงน้ำดื่มและปัสสาวะ การดูแลสายสวนปัสสาวะ เพราะจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาพยาบาล (เป็นทิพย์ นาคดำ, 2540; สมพันธ์ หนีญชีระนันท์, 2527)

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผล และความจำเป็นของการทำผ่าตัดว่าเป็นการผ่าตัดเอาส่วนที่เป็นโรคหรือความผิดปกติออกไปเพื่อช่วยให้ร่างกายสามารถทำงานได้ดีขึ้น และผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้ (Luckmann & Sorensen, 1994)

3. ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกายโดยละเอียด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อนอนโรงพยาบาล การเยี่ยมตรวจของแพทย์

5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมตัวของผู้ป่วยตามแผนการรักษา ได้แก่ การเตรียมและทำความสะอาดบริเวณที่ทำผ่าตัด การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยอาจได้รับยากล่อมประสาทก่อนนอนในคืนวันก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น การงดน้ำ

และอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัดเพื่อช่วยให้ระบบย่อยอาหารว่าง และป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปในระบบทางเดินหายใจทำให้เกิดปอดบวมจากการสำลักอาหารได้ และตรวจวัดสัญญาณชีพ หากมีความผิดปกติควรรายงานให้แพทย์ทราบ และดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เต็มที่ จัดสิ่งแวดล้อมสงบ และไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

6. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าในขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัดหรือภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการดูแลใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกก่อนทำผ่าตัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึเจ็บปวดขณะทำผ่าตัด

7. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพหลังผ่าตัดตามความเหมาะสม เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสวนคาสายสวนปัสสาวะไว้เพื่อสวนล้างกระเพาะปัสสาวะเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในสภาพของตนเองหลังการทำผ่าตัด

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดโดยการให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อมูลในการปฏิบัติตนเฉพาะโรคต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในการรักษาพยาบาลและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ตลอดจนทำให้การวางแผนการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## 5.2 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะแรกหลังผ่าตัดเป็นเรื่องที่สำคัญเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่ได้รับยาชาทางไขสันหลังหรือยาสลบ รวมทั้งผลจากการผ่าตัดได้ง่าย (Jackson, 1995) พยาบาลจะต้องดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและสามารถช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยกลับจากผ่าตัดอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเนื่องจากผลของยาสลบ ควรให้ผู้ปวยนอนหงายไม่หนุนหมอนและตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลัก อาเจียนไปอุดกั้นทางเดินหายใจ พยาบาลต้องหมั่นสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยตรวจเช็ดและจดบันทึกอัตราและลักษณะการเต้นของชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงเพราะผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีชีพจร และการหายใจเปลี่ยนแปลงได้ง่าย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อค หัวใจล้มเหลว และภาวะลิ้มเลือดอุดตันที่ปอดที่เกิดจากหลอดเลือดดำอักเสบได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาวเนื่องจากความสามารถในการหดตัวของเส้นเลือดในผู้สูงอายุจะลดลง นอกจากนี้อาจมีภาวะแทรกซ้อนทางสมองเนื่องจากการได้รับยาระงับความรู้สึกอาจมีอาการชักเกิดขึ้นได้

2. ระวังการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้ดีเหมือนคนหนุ่มสาว อุณหภูมิของร่างกายต่ำลงเพราะความสามารถในการขับเหงื่อออกลดลง สาเหตุจากความสามารถในการขยายตัวของเส้นเลือดของบนอกลดลงทำให้สูญเสียความร้อนได้ง่าย ดังนั้นหลังผ่าตัดระยะแรกควรให้ความอบอุ่นกับร่างกายให้มาก และตรวจประเมินประเมินอุณหภูมิทุกครั้งถึงหนึ่งชั่วโมง (Hogstel & Taylor-Martof, 1994)

3. ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อมลูกหมากส่วนใหญ่มักจะมีการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันเลือดที่ออกจับกันเป็นลิ่มจะทำให้เกิดการอุดตันทางเดินของน้ำปัสสาวะและเป็นสาเหตุให้เกิดการตกเลือดในที่สุดปกติการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องนี้จะใส่ไว้ประมาณ 24-48 ชั่วโมง เมื่อไม่มีเลือดออกจึงเอาออกได้ พยาบาลต้องคอยดูให้น้ำไหลได้สะดวกและระวังไม่ให้สายยางบิด หัก งอ หรือถูกกดทับ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กระสับกระส่ายหรือเปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ พร้อมทั้งบันทึกรายงานสิ่งที่ป้อนออกมาด้วย

4. ป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดซึ่งเป็นภาวะที่พบได้มาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดต่อมลูกหมากนั้นเนื่องจากอวัยวะเหล่านี้มีหลอดเลือดมาเลี้ยงมากด้วยการสังเกตน้ำปัสสาวะที่ชะล้างออกทางสายสวนปัสสาวะ ถ้ามีเลือดปนมากผิดปกติต้องรีบรายงานให้แพทย์ทราบทันที

5. การสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ ต้องระวังการติดเชื้อให้มากเนื่องจากภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากจะมีบาดแผลและหลอดเลือดตรงบริเวณ Prostatic fossa ถูกตัดขาดมาก นอกจากจะเป็นสาเหตุให้เกิดการตกเลือดได้ง่ายแล้ว อาจจะมีแบคทีเรียเข้าสู่บาดแผล และเข้าสู่กระแสโลหิตเวียนโลหิตได้ง่าย ทำให้เกิดภาวะการติดเชื้อในกระแสโลหิตได้ง่าย

6. จัดบันทึกจำนวนน้ำดื่มและปัสสาวะในรอบ 24 ชั่วโมงให้ได้จำนวนแน่นอนเพื่อช่วยในการวินิจฉัยการทำหน้าที่ของไตและเป็นประโยชน์ในการคำนวณจำนวนสารน้ำที่ร่างกายควรได้รับในหนึ่งวันและบันทึกเกี่ยวกับลักษณะของปัสสาวะที่มองเห็นได้ เช่น ชุ่น มีตะกอน มีเลือดหรือหนองปนรวมทั้งลักษณะผิดปกติอื่น

7. ให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวและลุกจากเตียงโดยเร็ว ยกเว้นในรายที่มีการตกเลือดจะต้องนอนนิ่ง ๆ บนเตียงก่อนจนกว่าเลือดจะหยุด ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เข้าวันรุ่งขึ้นแพทย์อาจให้ลุกนั่งบนเตียงได้ ในขณะที่นอนอยู่บนเตียงพยาบาลต้องหมั่นเปลี่ยนอิริยาบถให้บ่อยๆ และช่วยให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย เช่น การบริหารกล้ามเนื้อ และข้อของแขน ขาด้วยการยกและเคลื่อนไหวข้อ การให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและลุกจากเตียงได้เร็วนี้มีส่วนทำให้การขับถ่ายปัสสาวะได้สะดวกดีด้วย การบริหารกล้ามเนื้อฝีเย็บด้วยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อฝีเย็บเพื่อช่วยในการขับถ่ายอุจจาระออกดีขึ้น ป้องกันอาการกั๊นอุจจาระไม่ได้ ช่วยป้องกันและทำให้อาการกั๊นปัสสาวะไม่ได้ดีขึ้นด้วย วิธีบริหารโดยให้ผู้ป่วยนอนหงาย ศีรษะหนุนหมอนและอยู่ในท่าที่ผ่อนคลายตามสบาย เกร็งกล้ามเนื้อฝีเย็บ พร้อมทั้งขมิบทวารหนักให้แน่นในขณะที่ผ่อนคลาย

ออกนับ 1-5 ซ้ำ ๆ แล้วจึงค่อย ๆ คลายการขมิบทวารหนักออกในขณะที่หายใจเข้า ควรปฏิบัติทำนี้ให้ได้วันละประมาณ 200 ครั้งขึ้นไป

8. การฝึกพื้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น พยาบาลจะต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยสูงอายุกลับไปอยู่บ้านดังนี้ 1) ให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2500-3000 ซีซี ยกเว้นในรายที่มีอาการบวม 2) ให้ผู้ป่วยสูงอายุได้นอนหลับพักผ่อนเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง เป็นอย่างน้อย 3) หมั่นออกกำลังกายทุกวัน โดยไม่หักโหมจนเกินไป 4) ให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย หรือรับประทานอาหารที่ช่วยในการขับถ่ายสะดวก เช่น ผลไม้ ก๋วยเตี๋ยว ส้ม มะละกอก เป็นต้น 5) งดกิจกรรมทางเพศอย่างน้อย 4 สัปดาห์ เพราะอาจทำให้มีเลือดออกได้ 6) ห้ามขับรถยนต์ จักรยานยนต์ หรือออกแรงหักโหมแบกของหนักเป็นเวลา 3 สัปดาห์ เพราะจะทำให้มีเลือดออกหลังผ่าตัดในระยะหลังได้ และ 7) ให้กลับมาตรวจตามแพทย์นัด และแนะนำให้สังเกตอาการ และอาการแสดงที่ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีเลือดออก ถ่ายปัสสาวะลำบาก ปวดขณะถ่าย เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุในระยะหลังหลังผ่าตัดนั้น พยาบาลควรคำนึงถึงปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลื่อมลงตามกระบวนการสูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะการพักฟื้นสภาพหลังผ่าตัดยาวนานขึ้น เพราะพลังสำรองและความสามารถของกระบวนการชดเชยของร่างกายลดลง และผู้ป่วยสูงอายุมีความไวต่อการได้รับยาระงับความรู้สึก โอกาสติดเชื้อได้ง่ายและเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่าง ๆ หลังผ่าตัดได้มากกว่าผู้ที่อ่อนกว่า ดังนั้นไม่เพียงแต่การดูแลใกล้ชิดเท่านั้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้วยตนเองจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ดีได้

## 6. บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด

การจัดการความเจ็บปวด คือ การบรรเทาหรือการลดลงของความเจ็บปวดเพื่อความสบายของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยต้องยอมรับเห็นด้วย (Herr & Mobily, 1992) โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบรรเทาความปวดของผู้ป่วย ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ทั้งบทบาทอิสระและตามแผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดมีหลายวิธี พยาบาลสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนและอาจใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน เพื่อที่จะบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด วิธีการบรรเทาความปวดมี 2 วิธีคือ การบรรเทาความปวดโดยการให้ยาระงับปวด และไม่ใช้ยาระงับปวด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

## 1. การจัดการกับความเจ็บปวดโดยการให้ยา

การใช้ยาระงับปวดนับเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยควรได้รับเพื่อบรรเทาความรุนแรงของความเจ็บปวดและเพิ่มความสุขสบายให้กับผู้ป่วย ยาระงับปวดเป็นยาที่ออกฤทธิ์ลดความปวดได้โดยไม่ทำให้หมดสติ ซึ่งมีกลวิธีในการออกฤทธิ์ดังนี้ 1) รบกวนการนำพลังประสาทที่เกิดจากการกระตุ้นที่ประสาทส่วนปลายโดยตรงหรือในระบบประสาทส่วนกลาง 2) เปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาและการตอบสนองต่อความเจ็บปวด โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกสบายใจขึ้นและไม่กระวนกระวาย และ 3) ทำให้ขีดเริ่มรับความเจ็บปวดสูงขึ้น (Pain perception threshold) (ศิริภรณ์ พุ่งวิทยา, 2540; Black & Matsarin- Jacobs, 1993) ยาระงับปวดที่ใช้บ่อยมีทั้งยาชนิดเสพติดและยาชนิดที่ไม่เสพติด โดยยาระงับปวดชนิดเสพติด ได้แก่ มอร์ฟีนและเพทิดีน ซึ่งเป็นยาระงับปวดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนี้ยาระงับปวดชนิดที่ไม่เสพติดที่ใช้บ่อยคือ พาราเซตามอล (วัฒนา พันธศักดิ์, 2540) ยาระงับปวดเหล่านี้ก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย (Ferrante & VanBoncouer, 1993) ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้รับยาเหล่านี้อาจได้รับฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาว และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาเรื้อรังต่อสุขภาพได้ เช่น ผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง เกิดอาการซึม และเกิดปฏิกิริยาสะท้อนของการไอลดลงและกดการหายใจทำให้การหายใจช้าและไม่สม่ำเสมอ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจหรือหยุดหายใจได้ (Melzack & Wall, 1965) ผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหารอาจทำให้ท้องผูก เนื่องจากการทำงานของระบบทางเดินอาหารที่ช้าลง นอกจากนี้ กระบวนการขับยาออกจากร่างกายที่มีประสิทธิภาพเสื่อมลงจะทำให้ยาสะสมในร่างกายนานขึ้นและมากขึ้น เกิดผลเสียกับร่างกายได้ ดังนั้นหากมีความจำเป็นต้องใช้ยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยสูงอายุ การบริหารยาควรยึดหลักดังนี้คือ 1) ควรให้ยาความแรงต่ำที่สุดที่สามารถทำให้อาการปวดดีขึ้นได้ 2) ไม่ควรให้ยานกว่าผู้ป่วยจะมีความต้องการจริงๆ 3) เพิ่มระยะห่างของการให้ยาให้มากขึ้น และ 4) ให้ยา narcotic ควบคู่กับ non- narcotic analgesics เช่น acetaminophen (Hogstel & Taylor- Martof, 1994) นอกจากนี้ในการบริหารยาระงับปวด พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจ และมีวิจารณญาณในการพิจารณาให้ยาระงับปวดตามสภาพของผู้ป่วย

## 2. การจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา

การจัดการความเจ็บปวดวิธีนี้ นับเป็นบทบาทที่พยาบาลทำได้อย่างอิสระเป็นการจัดการความเจ็บปวดที่ไม่มีผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย (McCaffery, 1979) เนื่องจากการใช้ยาระงับปวดอย่างเดียวนั้นไม่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยทุกราย ทั้งนี้เพราะความเจ็บปวดมีผลมาจากการทำลายเนื้อเยื่อและผลจากการตอบสนองทางจิตใจด้วย



จึงควรเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด โดยเริ่มใช้ก่อนที่ผู้ป่วยจะประสบความเจ็บปวดในทันทีที่ปวด และคงใช้ต่อเนื่องไปตลอดระยะที่มีความเจ็บปวดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดสูงสุด ซึ่งบทบาทของพยาบาลเริ่มตั้งแต่การป้องกันความเจ็บปวด การทำกิจกรรม การพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปราศจากความเจ็บปวดหรือป้องกันให้ปวดน้อยที่สุด หรือให้การจัดการความเจ็บปวดที่เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย ซึ่งวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดมีหลายวิธี ได้แก่

### 1. การควบคุมความเจ็บปวดโดยปรับที่ความรู้สึก (Sensory control)

1.1 ลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก ได้แก่ การนอนนิ่ง ๆ การนอนในท่านอนที่ถูกต้อง สิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเงียบสงบ มีการระบายอากาศที่ดี สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น สามารถใช้กลไกการปรับตัวที่ดีขึ้นเป็นการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์อันก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดมากขึ้น (สุพร พลยานันท์, 2528)

1.2 การกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เป็นการกระตุ้นที่ผิวหนังเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด มีหลายวิธี ได้แก่ พลังสัมผัส (Therapeutic touch) และการนวด เป็นต้น โดยกลไกการลดปวดเกิดจากการรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง ช่วยให้อาการปวดคลาย และเชื่อว่ากระตุ้นการหลั่งสารเอนโดรฟิน

1.2.1 พลังสัมผัส ใช้บรรเทาความเจ็บปวดได้ทุกชนิด โดยลดความวิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกไม่แน่นอนได้ ใช้ร่วมกับการใช้ยาระงับปวดสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายมากขึ้น ซึ่งได้มีการศึกษาในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดพบว่าสามารถลดความเจ็บปวดได้ (Barrington, 1994 cited in Good, 1999)

1.2.2 การนวดจะส่งผลให้มีการยับยั้งการถ่ายทอดสัญญาณความปวดที่ไขสันหลัง นอกจากนี้ผลดีของการนวดยังช่วยลดการตึงของกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวลง หลอดเลือดไม่ตีบตัน เซลล์ต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนเพียงพอจึงไม่เกิดกรดแลคติกที่มากกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวดทำให้อาการปวดลดลง (McCaffery, 1979) นอกจากนี้การสัมผัสโดยการนวดทำให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความปวดทั้งยังเป็นพลังในการสื่อสารให้เกิดอบอุ่นสบายใจและเกิดความมั่นใจในการรักษา จากการศึกษาของ Nixon, et al., (1997) ศึกษาผลของการนวดต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดแบบสวีดิช (Swedish massage) ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จะมีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 2. การควบคุมความเจ็บปวดโดยปรับความนึกคิด (Cognitive control)

เป็นการควบคุมความเจ็บปวดโดยปรับเปลี่ยนความนึกคิด ลดการรื้อทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลควบคุมความเจ็บปวดที่ระดับไขสันหลังและสมอง การควบคุมความเจ็บปวด โดยปรับความรู้สึกและความนึกคิดน่าจะเหมาะสม และใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย หรือใช้ร่วมกับการใช้ยาระงับปวดเมื่อความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลาง ถึงรุนแรงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดที่ครอบคลุม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การจินตนาการทางบวก การผ่อนคลาย และการเบี่ยงเบนความสนใจ

2.1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นวิธีการควบคุมความเจ็บปวดขั้นพื้นฐานที่ดีที่สุด ซึ่งสามารถกระทำได้ก่อนการควบคุมด้วยวิธีอื่นโดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แสดงความเห็นใจ และปลอบโยนให้กำลังใจขณะที่มีความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการช่วยเหลือบรรเทาปวดของพยาบาล (Caunt, 1992) ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความวิตกกังวล ความกลัว ส่งผลให้อาการปวดลดลง (McCaffery, 1979)

2.2 การจินตนาการทางบวกและการผ่อนคลาย การจินตนาการทางบวกเป็นการที่บุคคลสร้างภาพในสิ่งที่ตนพอใจ มักใช้ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย หรือใช้ร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยเชื่อว่าเป็นการลดการรื้อทางอารมณ์และเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวดร่วมกับมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งการผ่อนคลายเป็นการตัดวงจรต่อเนื่องส่งผลให้ความเจ็บปวดลดลง (สุพร พลยานันท์, 2528; McCaffery, 1979) มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการสร้างจินตนาการทางบวกโดยการฟังเทป และใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการจินตนาการทางบวกโดยการฟังเทป พบว่าระดับความเจ็บปวด ความวิตกกังวลและความต้องการยาระงับปวดลดลง (ระวิพรรณ มงคล, 2529; รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2532; แสงหล้า พลนอก, 2542; Good, 1999)

2.3 การเบี่ยงเบนความสนใจ หมายถึงวิธีการที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความสนใจ หรือการดึงดูดความสนใจของบุคคลนั้นมาสู่สิ่งกระตุ้นที่จัดกระทำให้มากกว่าการรับรู้ความเจ็บปวดที่กำลังเกิดขึ้น จึงเป็นการใส่สิ่งกระตุ้นความรู้สึกใหม่เข้าสู่ระบบเรติคูลาร์ ฟอเมชัน ทำให้บุคคลสนใจความเจ็บปวดลดลงและหันเหไปรับรู้สิ่งกระตุ้นโดยไม่รู้สึกตัว (Curtis, Kolotylo & Broom, 1998) นอกจากนี้ความพึงพอใจในสิ่งกระตุ้นจะทำให้ทำให้เกิดการหลั่งสารเอนดอร์ฟินซึ่งเป็นสารยับยั้งความเจ็บปวด (Potter & Perry, 2001) ดังนั้นการเบี่ยงเบนความสนใจจึงสามารถ ลดการรับรู้ความเจ็บปวดและเพิ่มความอดทนต่อความเจ็บปวด (McCaffery & Beebe, 1994; Smeltzer & Bare, 2000) การเบี่ยงเบนความสนใจกระทำได้หลาย

วิธี ได้แก่ การดูโทรทัศน์ ฟังดนตรี ฟังนิทาน อ่านหนังสือ และการพูดคุยกับผู้อื่น (สุพรรณยานันท์, 2528)

การดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมหรือบรรเทาความเจ็บปวด พยาบาลปฏิบัติบทบาทอิสระ และปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และจากการจัดการกับความเจ็บปวดเพียงวิธีเดียว ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม การควบคุมความเจ็บปวดจะมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นจะต้องผสมผสานหลายวิธีเข้าด้วยกันโดยเน้นการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย และปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้การจัดการความเจ็บปวดประสบผลสำเร็จ

## 7. การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์อย่างหนึ่งที่ใช้ในการวินิจฉัยและการรักษาโรคที่ชาวจีนใช้มานานกว่า 5000 ปี ก่อนคริสตกาล (ศักดิ์ บวร, 2543; Allen, 1999) ซึ่งชาวจีนมีความเชื่อว่าตำแหน่งตำแหน่งของเท้ามีความสัมพันธ์กับการควบคุมการทำงานของส่วนอื่นของร่างกาย การกดนวดบางแห่งของเท้าจึงส่งผลทำให้เกิดสมดุลการทำงานของส่วนอื่นที่สัมพันธ์กันนั้น (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2544) และมีการพบภาพการนวดเท้าที่ประเทศอียิปต์ เมื่อ 2330 ปีก่อนคริสตกาล (Andrews et al., 1998) ซึ่งต่อมาในศตวรรษที่ 19 ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก ชาวอเมริกัน ชื่อ Dr William H. Fitzgerald ได้ค้นพบจุดต่าง ๆ บนฝ่ามือ และกำหนดจุดต่าง ๆ เหล่านั้นออกเป็นโซนบำบัด ซึ่งเป็นการกดไปบริเวณหนึ่งแล้วส่งผลไปช่วยบรรเทาอาการปวดยังอีกที่หนึ่ง ต่อมา Eunice D. Ingham พบว่าเท้าสามารถตอบสนองต่อการกดจุดมากกว่ามือ จึงใช้เท้าเป็นหลักในการรักษา (พิสิฐ วงศ์วิวัฒน์, 2542) ปัจจุบันมีการนวดเท้าในทวีปอเมริกาและยุโรป สำหรับประเทศไทยยังไม่ทราบประวัติการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าที่แน่ชัด (สมพร ชีโนรส & วันเพ็ญ ปานยิ้ม, 2544) แต่ปัจจุบันได้มีการฟื้นฟูความรู้และมีการศึกษาการนวดจุดสะท้อนบนเท้ามากขึ้นโดยสถาบันแพทย์แผนไทย ซึ่งการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าก็เป็นส่วนหนึ่งของการนวดแผนไทยและเป็นภูมิปัญญาอันล้ำค่าของคนไทยมีการถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง ภายในครอบครัวจากพ่อแม่สู่ลูก และจากครูไปสู่นักศิษย์ ดังนั้นสถาบันแพทย์แผนไทยได้ศึกษาผสมผสานและประยุกต์การนวดเท้าแบบไทย และการกดจุดแบบจีนเรียกว่า การนวดเท้าเพื่อสุขภาพ และได้เปิดการอบรมการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพให้ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนที่สนใจเป็นจำนวนมาก (สถาบันแพทย์แผนไทย, 2542)

## 7.1 การนำการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามาใช้ในระบบบริการสุขภาพ

ปัจจุบันการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary care) มีการยอมรับมากขึ้นและกำลังได้รับความนิยมโดยทั่วไปในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งการดูแลแบบผสมผสาน หมายถึงการผสมผสานกันระหว่างการแพทย์ทางเลือกกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการรักษา ร่วมกันไม่ใช่การใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียว และยังรวมไปถึงการดูแล รักษาสุขภาพด้วยตนเองหรือ การดูแลรักษาสุขภาพที่ได้รับจากผู้อื่นอีกด้วย (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2546: 43-44; Rimmer, 1998 cited in วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544: 2) โดยมีจุดมุ่งหมายของการดูแลแบบผสมผสานคือ เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และการฟื้นฟูของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ตลอดจนเป็นการสร้างเสริมสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย ช่วยป้องกันโรคและความพิการจะตามมาได้ สำหรับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสานนี้มีพื้นฐานมาจากการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลแบบผสมผสานทำได้หลายวิธี เช่น สมาธิบำบัด การสัมผัส โยคะ พลังจักรวาล การอบ การประคบสมุนไพร การนวด เป็นต้น ซึ่งการดูแลแบบผสมผสานนอกจาก จะให้ผลดีต่อผู้ป่วยด้านจิตใจแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล อีกด้วย นอกจากนี้การดูแลแบบผสมผสานยังเป็นวิธีหนึ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมีศักยภาพ สอดคล้องกับนโยบายปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติอีกด้วย ซึ่งการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าก็เป็นวิธีการ หนึ่งในที่นำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพเนื่องจาก

- 1) เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ
- 2) เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (Cameron, 1990)
- 3) เป็นกิจกรรมการบริการอย่างหนึ่งที่กระทำกับผู้ป่วยโดยไม่ต้องสอดใส่อุปกรณ์ใดๆ เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย (Noninvasive) (Stephenson, Weinrich & Tavakori, 2000)
- 4) เป็นการให้บริการที่สะดวก เพราะสามารถทำได้ทุกสถานที่ ไม่รบกวนอวัยวะ ส่วนตัวที่ปกปิดของผู้ป่วย โดยบริเวณที่นวดจะนวดเฉพาะเท้า น่อง เข่า และได้เข่า (Stephenson, Weinrich & Tavakori, 2000)
- 5) เป็นเทคนิคและวิธีการที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ช่วยลดการใช้ยา เงินทองไม่รั่วไหล ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2544; ศักดิ์ บวร, 2543; ปัทมา ทองสม, 2541)

6) สามารถสอนให้แก่สมาชิกที่มการพยาบาล และญาติผู้ป่วย เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติแก่ผู้ป่วยได้ สร้างความอบอุ่นให้แก่ครอบครัว และผู้ใกล้ชิดที่ได้รับการรักษา ช่วยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2544)

## 7.2 ผลของการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีผลต่อด้านร่างกายและจิตใจดังนี้

7.2.1. ด้านร่างกาย (Physical effect) ได้แก่ 1) การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีผลต่อระบบกล้ามเนื้อและระบบการไหลเวียนโลหิต โดยการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าจะมีการกระทำโดยตรงต่อกล้ามเนื้อเท้า น่อง ไตเข้า ทำให้ลดการเกร็งตัวของระบบกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนคลาย ส่งผลให้ระบบการไหลเวียนของโลหิตทำงานดีขึ้น โดยเลือดนำออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ไปสู่เซลล์ และเลือดนำเอาของเสียและสารพิษต่าง ๆ ออกไปจากร่างกาย (Alfred, 1992) จึงลดสิ่งกระตุ้นตัวกระตุ้นความรู้สึกปวด 2) ระบบประสาทที่เท้าแต่ละข้างมีปลายประสาท 7200 เส้น (Allen, 1999) การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า จะมีทั้งการสัมผัสเบา ๆ การใช้แรงกดตื้น ๆ การถู การกดที่ลึก และการสั่น การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าแต่ละท่าจึงมีผลในการกระตุ้นปลายประสาทส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายดีขึ้น (Mackey, 2001) 3) การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าจะกระตุ้นต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) ให้หลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินคือ เอนเคฟาลิน (Enkephalin) และเอนดอร์ฟิน (Endorphin) ออกมา และสารดังกล่าวนี้จะช่วยลดความเจ็บปวด สารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) ยังช่วยสร้างอารมณ์ให้รู้สึกเป็นสุข ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น (Hulme, Waterman & Hillier, 1999) และ 4) ผิวหนัง การนวดทำให้เลือดมาเลี้ยงผิวหนังมากขึ้น ผิวหนังมีอุณหภูมิสูงขึ้น

7.2.2. ด้านจิตใจ (Psychological effect) การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีผลต่อด้านจิตใจ โดยการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นการทำให้ร่างกายมีการผ่อนคลายระดับลึกทำให้ระบบลิมบิกซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์ถูกกระตุ้นน้อยลง และการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัสที่ทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกเป็นสุข ซึ่งอารมณ์เป็นสุขและความรู้สึกปวดจะสมดุลกันและจากการนวด การกด การสัมผัส การถู เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความตึงเครียด หรือความกังวล (Stephenson, Weinrich & Tavakori, 2000) เป็นการสื่อสารให้เกิดความอบอุ่น สบายใจ ถ่ายทอดความรู้สึกปลอดภัยจากผู้สัมผัสไปสู่ผู้ถูกสัมผัสเป็นการสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นสุข (Joachim, 1983; Grealish, Lomasney & Whiteman, 2000; Stephenson, Weinrich & Tavakori, 2000)

**7.3 ข้อห้ามและข้อจำกัดในการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า** (โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2535) คือ 1) ไม่นวดในรายที่เป็นโรคผิวหนัง หรือโรคติดต่อทุกชนิด 2) ไม่นวดในรายที่ได้รับอุบัติเหตุมีกระดูกหัก ข้อเคลื่อน หรือมีภาวะเลือดออก 3) ไม่นวดในรายที่มีบาดแผล หรือแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เพราะอาจเกิดการติดเชื้อเจ็บปวด และทำให้แผลหายช้า 4) ไม่นวดในรายที่มีไข้สูงมาก 5) ไม่นวดในผู้ป่วยโรคหัวใจเพราะการนวดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดอาจทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นได้ และ 6) ในผู้ป่วยเบาหวาน ห้ามนวดรุนแรง เพราะอาจทำให้เกิดการซ้ำซึ่งจะทำให้เกิดเป็นแผลซึ่งหายยาก

## 8. แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model; Dodd et al., 2001)

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al., (2001; 668-676) มีการพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson et al., (1994) ที่เน้นที่การจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพ และการใช้การดูแลตนเองซึ่งเน้นทักษะ ความรู้ และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการกับอาการของตนเอง ซึ่ง Dodd et al. ได้ทำการพัฒนาโดยอาศัยหลักฐานจากงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา โดยกล่าวว่าอาการซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรับการรักษาจากแพทย์ หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยอาการดังกล่าวไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเท่านั้นแต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งการจัดการกับอาการนั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว โดยบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญ ซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยร่วมกันพัฒนาแนวทางในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และการจัดการกับอาการหลาย ๆ อาการที่เรื้อรัง และต้องการการจัดการในระยะยาว โดยมีแนวคิดว่าการรักษาเพียงสาเหตุดังเช่นแนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการ และอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน

แบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ ซึ่งแบบจำลองการจัดการกับอาการนี้อยู่บนข้อตกลงพื้นฐาน 5 ข้อคือ 1) การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการเป็นของแต่ละบุคคล และเป็นกรายงานด้วยตัวของผู้ป่วยเอง 2) บุคคลอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเนื่องจากผลของตัวแปร เช่น การทำงานที่เป็นอันตราย และกลวิธีในการจัดการกับอาการอาจเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วย

จะมีประสบการณ์การมีอาการ 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และคำอธิบายการมีประสบการณ์โดยมีการแปลความหมายผ่านทางครอบครัว หรือวิธีผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกันกับการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด เช่น ในเด็กทารก 4) กลวิธีในการจัดการกับอาการอาจจะมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่มครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และ 5) การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเอง โดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วย หรือสิ่งแวดล้อม

นอกจากนั้นแบบจำลองนี้ตระหนักในมิติของศาสตร์ทางการแพทย์ ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคล สุขภาพ หรือความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อมิติของแบบจำลองการจัดการกับอาการซึ่งประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการประกอบด้วย

1) บุคคล บุคคลประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล จิตใจ สังคม และสรีระวิทยาซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวของบุคคลที่ทำให้บุคคลมีมุมมอง และตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการ รวมทั้งมีผลต่อระดับของพัฒนาการในแต่ละบุคคล และมีผลต่ออูธมิภาวะด้วย

2) สุขภาพและความเจ็บป่วย มิโนทัศน์ของสุขภาพ และความเจ็บป่วยประกอบไปด้วยปัจจัยเสียง การบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการกลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเดียวกันอาจมีประสบการณ์การมีอาการแตกต่างกัน หรือผู้ป่วยโรคเดียวกันมีกลวิธีในการจัดการกับอาการที่เหมือนกันแต่กลับพบว่าผลลัพธ์ที่ได้มีความแตกต่างกัน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการได้จากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อันตรายจากสถานที่ทำงาน หรือจากผลข้างเคียงของการรักษา

3) สภาพแวดล้อม ซึ่งก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการเกิดขึ้น โดยสภาพแวดล้อมประกอบไปด้วยสภาพร่างกาย สังคม และวัฒนธรรมซึ่งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคมซึ่งจะรวมถึงเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และวัฒนธรรมซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วยและเป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างเดียวกันในกลุ่มชน หรือเชื้อชาตินั้น ๆ รวมทั้งสถานที่ที่มีผลต่อวิธีที่จะใช้ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้เช่นกัน

สำหรับมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักดังนี้

### 8.1 ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience)

เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการโดยการประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรงสาเหตุภาวะคุกคาม และผลอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และพฤติกรรม ซึ่งการเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และภายในมโนทัศน์ประสบการณ์การมีอาการจะมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับอาการ และการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการตัวอย่าง เช่น การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่ออาการได้ โดยถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเองเขาก็จะรับรู้ความรุนแรงจะสูงขึ้น (Facione & Dodd, 1995; Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001: 671) โดยประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย

8.1.1 การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom) การรับรู้อาการ หมายถึง การที่บุคคลซึ่งรู้สึกตัวดีแปลความผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึก หรือปฏิบัติโดยมโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการ (การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนอง) จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลและ/หรือการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งการรับรู้อาการมีความซับซ้อน เช่น เมื่อเด็กที่เป็นโรคหอบหืด (Asthma) เริ่มหายใจวี๊ด และไอ ผู้ปกครองจะรับรู้ในความทุกข์ทรมานของเด็กจากการหายใจโดยรับรู้ว่าเป็นกำลังทุกข์ทรมาน ส่วนบุคลากรในทีมสุขภาพก็จะมี การรับรู้การตอบสนองอาการของอาการจากตัวเด็ก และจากผู้ปกครอง แล้วจึงทำการสรุปการรับรู้ทั้งของผู้ปกครองและเด็ก หลังจากนั้นจึงทำการตัดสินใจในการที่จะจัดการกับอาการนั้น ซึ่งถ้าการรับรู้สอดคล้องตรงกันการจกการก็จะไม่มีความขัดแย้งเกิดขึ้น แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องหรือไม่ตรงกันกับปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม (Koenig, 1999 cited in Dodd et al., 2001:672)

8.1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งของอาการซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว หรือถาวร ความบ่อย ผลกระทบ หรือความพิการที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตจากอาการ



8.1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) การตอบสนองของบุคคลต่ออาการเป็นการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมสังคม และพฤติกรรม โดยอาการที่เกิดขึ้นหนึ่งอาการอาจมีการตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ และมีการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการ และการตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาว การตอบสนองด้านร่างกายต่ออาการรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการหายใจลำบาก เมื่อผู้ป่วยประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม อาจจะมีการตอบสนองโดยเพิ่มการหายใจ (อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น) ซึ่งอาจจะเพิ่มการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าสู่ของระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้มีการรับรู้อาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงภาวะคุกคาม และมีการตอบสนองต่ออาการด้านร่างกายซึ่งอาจจะกระตุ้นให้มีการตอบสนองของร่างกายด้านลบด้านอื่น ๆ ด้วย

## 8.2 กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)

เป้าหมายของการจัดการอาการเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยการใช้กลวิธี การดูแลตนเอง การเข้าในการบรรเทาอาการ และการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยการจัดการกับอาการจะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย ในแต่ละรายก่อนเพื่อจะสามารถนำไปสู่กลวิธีจัดการอาการกับอาการตามด้วยการแยกแยะวิธีการทางการแพทย์ที่มีปัญหา และการจัดการกับอาการ ซึ่งกลวิธีจัดการอาการอาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วยซึ่งกลวิธีในการจัดการกับอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่าจะใช้กลวิธีอะไรใช้เมื่อไหร่ ทำไมจึงต้องใช้ ใช้มากน้อยเท่าไร ใช้กับใคร หรือผู้รับบริการเป็นใคร และใช้อย่างไร

การควบคุมอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ต้องการการปรับเปลี่ยนกลวิธีตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วยในกลวิธีนั้น ๆ รวมทั้งการควบคุมอาการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ ถึงแม้ว่าโมเดลนี้จะพัฒนาโดยพยาบาลแต่มีใช้เป็นการช่วยเหลือจากพยาบาลเท่านั้น ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์หรือพยาบาลโดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้นหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

### 8.3 ผลลัพธ์ (Outcomes)

ผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์จะมุ่งไปที่ 8 ปัจจัยคือ 1) ค่าใช้จ่าย โดยจะรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจและระบบบริหารสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงานรายได้ที่ลดลงจากการที่ต้องจ่ายค่ารักษา พยาบาลทำให้เสียโอกาสในการทำงาน (Stommel et al., 1993; Given et al., 1994 cited in Dodd et al., 2001: 674) 2) สภาวะอารมณ์ 3) การดูแลตนเอง 4) ภาวะการทำหน้าที่ 5) คุณภาพชีวิต 6) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม 7) อัตราการตาย และ 8) สภาวะอาการ โดยลักษณะของอาการเป็นศูนย์กลางในการส่งผ่านไปยังผลลัพธ์ตัวอื่น ๆ และผลลัพธ์ทั้งหมดอาจจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นจะถูกกระทบเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีอาการนั้นเป็นเวลานาน

ระยะเวลาของการประเมินอาการขึ้นอยู่กับความคงที่ของอาการ ซึ่งต้องการการจัดการกับอาการที่มีความต่อเนื่องและมีการตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการรักษาอาการประสบผลสำเร็จ และกลับสู่ภาวะปกติ การปฏิบัติต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นที่จะควบคุมการเกิดอาการที่อาจจะเกิดขึ้นได้อีก ดังนั้นแบบจำลองการจัดการกับอาการจึงเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการจัดการกับอาการโดยตรง และต้องการการวัดผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการที่มีความต่อเนื่อง

## 9. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนัดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนัดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก เพื่อให้สามารถจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุมทั้งจากสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้น โดยเป็นโปรแกรมที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับการใช้กลวิธีในการจัดการกับความเจ็บปวดโดยอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพคือ พยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นโดยโปรแกรมนี้ได้พัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al., (2001) ร่วมกับการนัดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าแลการให้ความรู้ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุจะเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในที่จะเปิดเผยข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแต่ละคนได้เล่าถึงประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของตนเอง โดยยอมรับในความเป็นบุคคลด้วยการแสดงท่าที่เป็นกันเอง และยอมรับฟังความคิดเห็น มีการประเมินความต้องการ ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต สาเหตุ

การรักษา ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความปวดที่ผ่านมา การสร้างสัมพันธภาพเป็นวิธีการควบคุมความเจ็บปวดขั้นพื้นฐานที่ดีที่สุดซึ่งสามารถกระทำได้ก่อนการควบคุมด้วยวิธีอื่น การสร้างสัมพันธภาพช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวดของพยาบาล (Caunt,1992) ช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว ส่งผลให้อาการความเจ็บปวดลดลง (McCaffery, 1979)

**ขั้นตอนที่ 2** การให้ความรู้ มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุให้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ความเจ็บปวดตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยวิธีการสอนโดยใช้แผนการสอนเป็นรายบุคคล ในเรื่องของโรคต่อมลูกหมากโต อาการสาเหตุ การรักษาที่ได้รับ โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ซักถามหรือให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องการ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึก และเหตุการณ์ที่จะประสบช่วยลดความกลัว และความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (Gaston-Johanson, Franco & Zimmerman, 1992; Galloway & Graydon, 1996)

**ขั้นตอนที่ 3** การนัดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า เป็นกลวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาซึ่งเป็นวิธีการบำบัดรักษาสุขภาพอย่างหนึ่งมาใช้ร่วมกันระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน และการดูแลแบบทางเลือกมาผสมผสานกัน หรือเรียกว่า การดูแลแบบผสมผสาน (Complementary care) และยังเป็นบทบาทอิสระอีกอย่างหนึ่งของพยาบาลที่สามารถจัดการกระทำให้กับผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย

**ขั้นตอนที่ 4** การประเมินผลการจัดการกับอาการ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับ จากการได้รับความรู้และการนัดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามาใช้ในการจัดการความเจ็บปวดว่าได้ผลเป็นอย่างไร ร่วมกับประเมินน้ำหนักมือของผู้วิจัยในขณะนั้น โดยจะสอบถามความแรงในการลงน้ำหนักมือในขณะนั้น จากผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ว่ามีปัญหาและอุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการกับความเจ็บปวดก็จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป

## 10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 10.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

วันเพ็ญ ปานยิ้ม (2543) ทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความปวดและความทุกข์ทรมานจากการผ่าตัด อัตราความดันโลหิต ซีพีजर และการหายใจรวมทั้งจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในช่วง 3 วันแรกของการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 ราย พบว่าภายหลังการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า มีคะแนนเฉลี่ยของความปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่าก่อนการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ทั้ง 3 วันหลังผ่าตัดและน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และพบว่าอัตราเฉลี่ยซีพีजर การหายใจ (วันที่ 1, 2 และ 3) และอัตราเฉลี่ยความดันโลหิต (วันที่ 2) หลังการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า น้อยกว่าก่อนการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า กลุ่มที่ได้รับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า มีอัตราเฉลี่ยความดันโลหิต (วันที่ 3) และอัตราเฉลี่ยการหายใจ (วันที่ 1, 2 และ 3) น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

บังอรรัตน์ พูนสอาด (2543) ทำการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าในการช่วยบรรเทาความปวดและการผ่อนคลายในผู้ป่วยมะเร็ง ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 30 ราย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าจริงมีความปวดลดลงรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น และรู้สึกว่าผลของความปวดที่กระทบต่อกิจวัตรประจำวัน ลดลงรวมถึงความดันโลหิต อัตราการหายใจ ซีพีजर ลดลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมลักษณ์ พัทมณี (2544) ได้ศึกษาผลของการนวดฝ่าเท้ากดจุดต่อการลดความวิตกกังวลและความทุกข์จากความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 10 ราย พบว่าคะแนนความวิตกกังวล และคะแนนความทุกข์จากความเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับการนวดฝ่าเท้ากดจุด และผู้ป่วยที่ได้รับการพูดคุยถึงปัญหาและการให้ข้อมูลตาม que ผู้ป่วยต้องการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ศรัญญา หวงสุวรรณกร (2546) ได้ศึกษาถึงผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าต่อระดับความความเจ็บปวด สัญญาณชีพ และความพึงพอใจในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของระบบทางเดินอาหารโดยศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า โดยนวดนาน 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง มีระดับคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) อัตราเฉลี่ยของความดันโลหิต ซีพีजर การหายใจของกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในช่วง

หลัง 45 นาทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และผู้ป่วยมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการนวดกดจุด สะท้อนที่เท่าในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 8.39)

## 10.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด

ผ่องรัตน์ รัตนไทย (2540) ได้ศึกษาประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 80 คน พบว่าวิธีการจัดการกับอาการโดยไม่ใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือการนวดพบร้อยละ 58.84 รองลงมาคือ การสวมมนต์ 17.74 และการใช้ความร้อนพบร้อยละ 16.13 ตามลำดับ

สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ (2540) ได้ศึกษาประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 60 คน พบว่าการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ใช้มากที่สุดร้อยละ 45 คือ การใช้ยาแก้ปวดร่วมกับวิธีเสริมยาแก้ปวดที่ใช้คือ พาราเซตามอล (Paracetamol) พอนสแตน (Ponstan) รวมถึงสมุนไพรต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยหาซื้อมารับประทานเอง และวิธีเสริมที่ใช้ร่วมกับยา ได้แก่ การประคบความร้อน ความเย็น การนวด และการเบี่ยงเบนความสนใจ

สุดกัญญา พัทวี (2541) ได้ศึกษาประสบการณ์ความปวด และการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก พบว่าวิธีการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอ ส่วนวิธีที่แพทย์และพยาบาลใช้มากที่สุดคือ การให้ความสนใจถามถึงอาการปวด สำหรับการจัดการกับความปวดด้วยยาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาบรรเทาปวด 4-5 ครั้งต่อวัน

อนงค์ ประสานนวนกิจ (2544) ได้ศึกษาความปวดและการจัดการกับความปวดด้วยตนเองและทีมสุขภาพ : ประสบการณ์ของผู้ป่วยไฟไหม้ พบว่าการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ผู้ป่วยใช้มี 8 วิธีคือ 1) ยึดหลักศาสนา 2) ขอบยาบรรเทาปวด 3) สั้นแขนสั้นขา 4) สนทนาลดปวด 5) อุดหนุนนอนนิ่ง 6) นึกถึงสิ่งที่เคารพ 7) ร้องให้ระบายทุกข์ และ 8) หายใจลึก ๆ ลดปวด ส่วนการจัดการกับความปวดโดยบุคลากรทีมสุขภาพประกอบด้วย 1) บริหารยาของไว 2) การให้กำลังใจไต่ถาม 3) ให้คำแนะนำวิธีการจัดการกับความปวด และ 4) ปรับวิธีการทำแผล

สุรีพร ธนศิลป์ (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ต่ออาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปวดอัมพฤกษ์จากเชื้อนิวโมซิสติดิส คาร์นิไอ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปวดอัมพฤกษ์จากเชื้อนิวโมซิสติดิส คาร์นิไอ จำนวน 40 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุม 20 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการภายหลังเข้าโครงการต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการ และมีคะแนนของคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าโครงการสูงกว่าก่อนเข้า

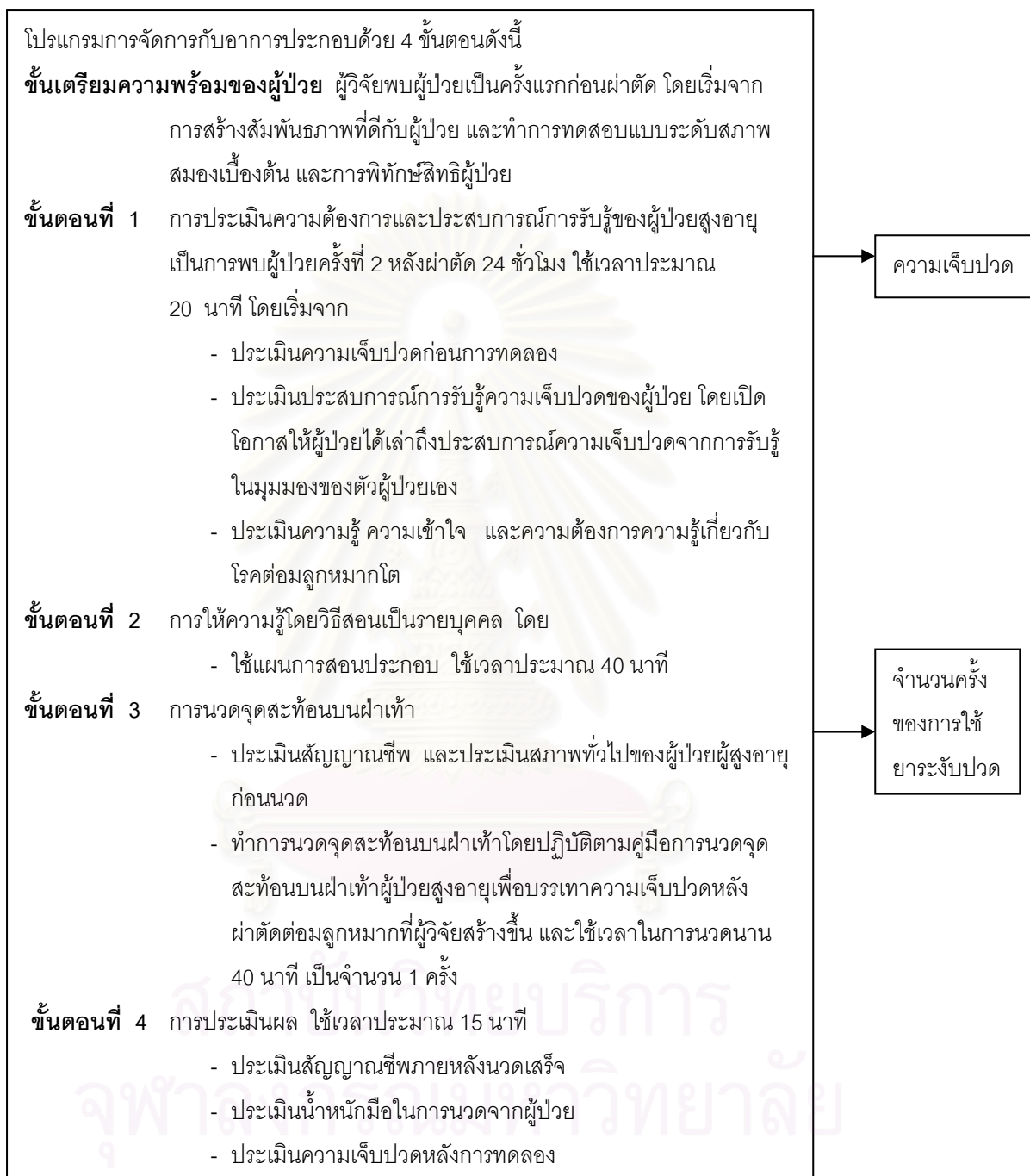
โครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนของคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการภายหลังเข้าโครงการต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและมีคะแนนของคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าโครงการสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Carr (1990) ได้ศึกษาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดความคาดหวังของผู้ป่วยและประสบการณ์จริงของผู้ป่วย พบว่าความคาดหวังก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดต่ำกว่าประสบการณ์จริงของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประสบการณ์หลังผ่าตัดของผู้ป่วยเลวร้ายมากโดยเฉพาะในตอนเช้า และตอนเย็น ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ความปวดมากคือ เวลา 8.00 – 20.00 น. มีรายงานในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่พบว่าระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง และจำนวนครั้งในการได้รับยาระงับความเจ็บปวดค่อนข้างน้อย ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดเมื่อมีความเจ็บปวดอยู่ในระดับรุนแรงมาก

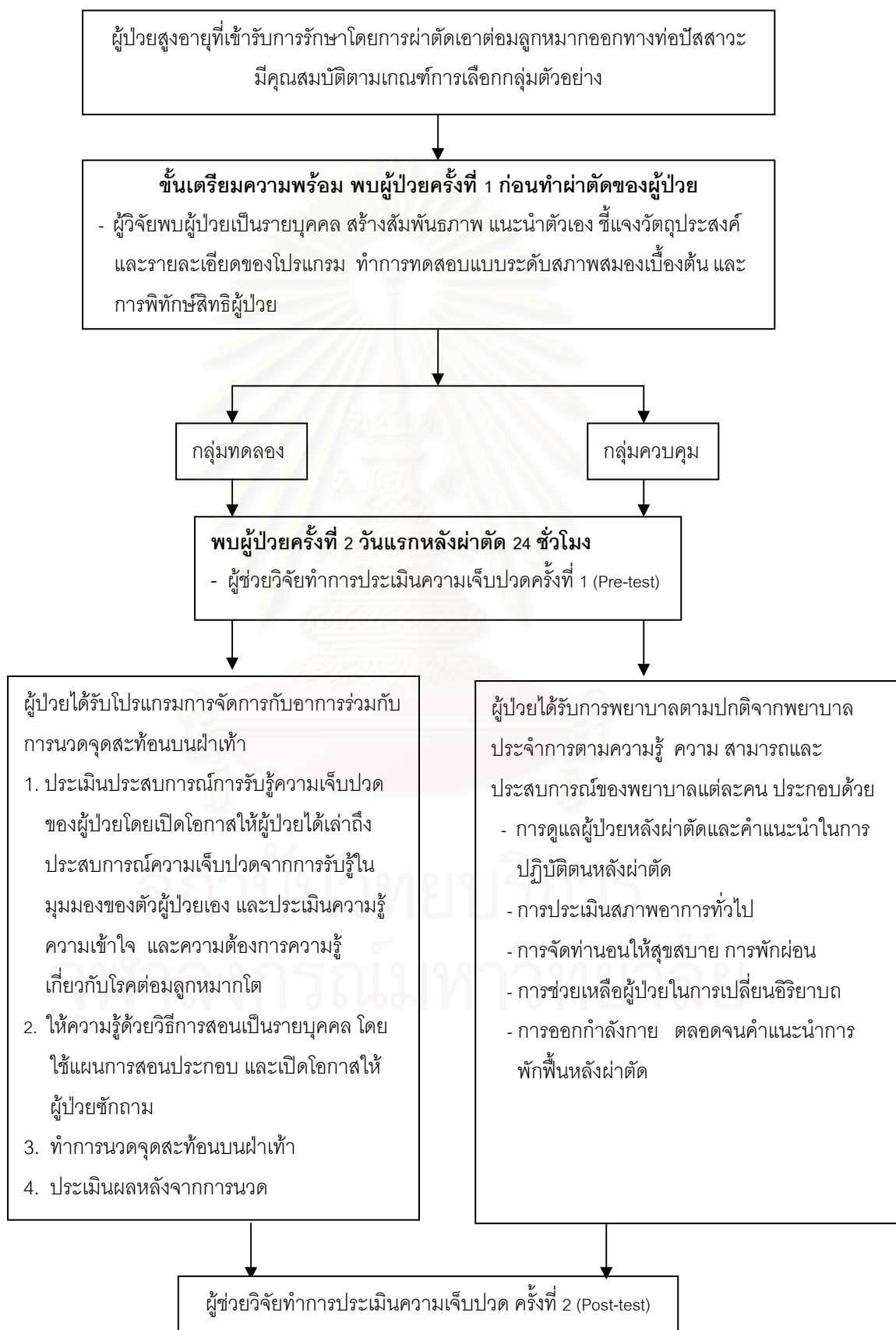


สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดการวิจัย



## สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง





### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group designs) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

กลุ่มทดลอง	R	O1-----X-----O2
กลุ่มควบคุม	R	O3-----O4

- O1 หมายถึง ระดับความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า
- O2 หมายถึง ระดับความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากภายหลังได้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า
- O3 หมายถึง ระดับความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากก่อนได้รับการพยาบาลปกติ
- O4 หมายถึง ระดับความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากภายหลังได้รับการพยาบาลปกติ
- X หมายถึง โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทางท่อปัสสาวะ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีระหว่างวันที่ 16 มกราคม 2549 -31 มีนาคม 2549 จำนวน 40 ราย กลุ่มควบคุม 20

รายชื่อกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต และเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทางท่อปัสสาวะ
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะตกเลือด มีไข้สูง อยู่ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
3. ไม่มีปัญหา ด้านการได้ยิน การใช้ภาษาพูด และการมองเห็น
4. มีคะแนนการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ อยู่ในเกณฑ์ปกติและไม่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (2542) โดยมีเกณฑ์ในการประเมินแบบทดสอบ คือ ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 14 คะแนน ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้เท่ากับหรือมากกว่า 17 คะแนน ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้เท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุมีการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ อยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีภาวะสมองเสื่อม จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ระหว่าง 18 - 20 คะแนน
5. ไม่มีบาดแผลบริเวณเท้า และไม่มีภาวะของกระดูกหัก ข้อเคลื่อน หรือเป็นโรคเกี่ยวกับกระดูกบริเวณเท้า
6. ไม่เป็นโรคผิวหนัง
7. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
8. ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

เกณฑ์ที่ไม่เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือผู้ป่วยที่ไม่ชอบการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า หรือกรณีกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตของโรคหลังผ่าตัด เช่นภาวะตกเลือด (Bleeding) และมีภาวะวิกฤตระบบทางเดินหายใจ ต้องคอยเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด แพทย์ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมใด ๆ หลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามปกติแต่ไม่นับเข้ากลุ่มตัวอย่าง จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่นับเข้ากลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ราย เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือดมากในขณะที่ทำผ่าตัด มีอาการอ่อนเพลียมาก มีภาวะตกเลือดต้องคอยเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยจึงต้องทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่เพิ่มขึ้นอีก 1 รายด้วยขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยสูงอายุพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ สำหรับผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อได้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์
2. กำหนดผู้ป่วยสูงอายุเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองด้วยการจับคู่ (Matched pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายกันหรือใกล้เคียงกัน ได้แก่ 1) อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี 2) ประสบการณ์การผ่าตัด หลังจากนั้นทำการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 รายก่อน จึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง
3. การกำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คือ เมื่อมีผู้ป่วยสูงอายุที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 20 รายก่อน หลังจากนั้นดำเนินการกับกลุ่มทดลองโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 20 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท ประกอบด้วยดังต่อไปนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

แบบทดสอบระดับสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini Mental State Exam Thai หรือ MMSE- Thai 2002) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (2542) โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนแบบทดสอบ คือ

ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 14 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา ได้เท่ากับหรือมากกว่า 17 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ได้เท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน

ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุมีการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ อยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีภาวะสมองเสื่อม

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส  
ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค  
การผ่าตัด วันที่ผ่าตัด ความดันโลหิต ซีพีอาร์ การหายใจ ก่อนและหลังการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

2.2 แบบประเมินความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดและความทุกข์  
ทรมานของ Johnson (1973 อ้างถึงใน คูไร นิโรธนันท์, 2539) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย คูไร  
นิโรธนันท์ และเพ็ญศรี ระเบียบ (2539) เป็นมาตรที่ใช้วัดความรู้สึกเจ็บปวดมีลักษณะเป็นเส้นตรง  
ยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่อง โดยมีตัวเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0 จนถึง 10 และมีตัวหนังสือ  
เขียนอธิบายไว้ได้ตัวเลข 0 หมายถึงไม่รู้สึกเจ็บปวด ตัวเลข 5 หมายถึงรู้สึกเจ็บปวดปานกลาง และ  
ตัวเลข 10 หมายถึง เจ็บปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้ ให้ผู้ป่วยบอกระดับความเจ็บปวดโดยให้ทำ  
เครื่องหมายบนตัวเลขใดตัวเลขนั้นจะเป็นคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยซึ่งจะมีคะแนนได้ตั้งแต่  
0 จนถึง 10 คะแนน

2.3 แบบบันทึกจำนวนครั้งและปริมาณของการใช้ยาระงับปวดเป็นแบบบันทึกที่  
ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย จำนวนครั้ง และปริมาณของ  
การใช้ยาระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับ 3 วันหลังผ่าตัด มีลักษณะเติมค่าในช่องว่าง ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึก  
ข้อมูลเอง โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา** ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเจ็บปวดมา  
ปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อช่วยตรวจสอบ  
แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์ที่  
ปรึกษาด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญใน  
เรื่องของการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า 1 ท่าน แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศาสตร์ระบบประสาท 1  
ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้านศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ 1  
ท่านและพยาบาลผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญในเรื่องการแพทย์แผนไทย 1 ท่าน

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง  
ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบ ความเหมาะสมของกิจกรรม  
และระยะเวลาของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา โดยมีประเด็นแก้ไข คือ

- 1) ให้เพิ่มเติมข้อคำถามโดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มทดลองตอบว่ารู้สึกอย่างไร
- 2) ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นหลังจากได้รับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al., (2001) ประกอบด้วยการประเมินการรับรู้อาการของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากและการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยโดยเน้นกลวิธีในการจัดการกับอาการซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยเป็นโปรแกรมที่นำไปใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยมีขั้นตอน

3.1 การศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบการจัดการกับอาการ การให้ความรู้ การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า เพื่อใช้ศึกษาและวิเคราะห์แนวทางในการสร้างโปรแกรม

3.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ซึ่งประกอบด้วยหลักการเหตุผล ปรัชญา ขั้นตอนของโปรแกรม วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการ และการประเมินผลในแต่ละกิจกรรม

3.3 สร้างสื่อที่ใช้ประกอบโปรแกรม ได้แก่

3.3.1 แผนการสอน เป็นการกำหนดเนื้อหาการสอนซึ่งประกอบด้วยทำให้ความรู้เรื่องโรคต่อมลูกหมากโต อาการ การรักษา การผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังจากการผ่าตัด

3.3.2 คู่มือการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าผู้ป่วยสูงอายุเพื่อลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากตำรา และปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา** ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ซึ่งประกอบด้วยแผนการสอนและคู่มือการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าผู้ป่วยสูงอายุเพื่อลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อช่วยตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์ที่ปรึกษาด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญในเรื่องของการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า 1 ท่าน แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้านศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญในเรื่องการแพทย์แผนไทย 1 ท่าน

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบ ความเหมาะสมของกิจกรรม และระยะเวลาของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา โดยมีประเด็นแก้ไขคือ

1. แผนการสอนเรื่องความเจ็บปวดและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องของโรคต่อมลูกหมากโต สาเหตุ อาการ การรักษาที่ได้รับ และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากการทำผ่าตัด และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ได้รับ ให้ปรับปรุงเนื้อหาของแผนการสอนให้ครอบคลุมมากขึ้น และใช้ภาษาที่เขียนแล้วอ่านเข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ภาษาวิชาการมากเกินไป

2. คู่มือการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าผู้ป่วยสูงอายุเพื่อลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ให้ปรับปรุงระยะเวลาให้เหมาะสม โดยลดขั้นตอนของจำนวนครั้งในท่านวดและขั้นตอนที่ไม่จำเป็น

หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วย แล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

**การนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย และประเมิน

ว่าเข้าใจในเนื้อหาหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เพื่อดูความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนระยะเวลาและความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง แล้วนำมาปรับปรุง ดังนี้

- 1) ปรับการใช้ภาษาในการอธิบายแบบประเมินความเจ็บปวดในแต่ละข้อให้เข้าใจง่ายขึ้น
- 2) วิธีการให้ความรู้ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลนั้นแตกต่างกันตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายและวัฒนธรรมของการดำเนินชีวิตโดยใช้ภาษาท้องถิ่นกระทำโดยใช้ภาษาท้องถิ่นใช้ถ้อยคำอธิบายซ้ำ ๆ ซัก บางรายต้องกระชับข้งหู เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุบางรายมีปัญหาการได้ยิน
- 3) ปรับระยะเวลาในการนัดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าให้เหมาะสม โดยเพิ่มระยะเวลาในการนัดทั้งหมดให้มากขึ้น จาก 30 นาที เป็น 40 นาที เนื่องจากสาเหตุผู้สูงอายุบางรายมีรูปร่างสูงใหญ่ ฝ่าเท้ามีขนาดใหญ่ ผิวหนังบาง และการปรับเปลี่ยนท่านวดแต่ละขั้นตอน ผู้วิจัยจะต้องกระทำด้วยความนุ่มลึก จึงมีความจำเป็นต้องใช้เวลาในการนวดนานขึ้น

### การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมผู้วิจัย ขั้นเตรียมการทดลอง และขั้นตอนการทดลองดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้มีความรู้ และความชำนาญในการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ด้วยการฝึกกำลังนิ้วทุกวัน เพื่อให้นิ้วมือมีกำลังแข็งแรงเมื่อทำการนวดผู้ป่วยจะได้มีกำลังเพียงพอ มือไม่สั่น ไม่อ่อนแรง กดได้ตรงเป้าหมายการรักษาจะทำให้ได้ผลดี โดยผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมนวดแผนไทยจากสถาบันการแพทย์แผนไทย 2 ครั้ง เมื่อปี พ.ศ.2542 และ พ.ศ. 2544

1.2 การเตรียมตัวผู้ช่วยวิจัย ในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุ หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก เพื่อป้องกันความลำเอียง (Bias) และในการตอบแบบประเมินความ

เจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คนและกำหนดคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเวรเช้า มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย 1 และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย โดยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยดังนี้

1.2.1 แนะนำตัวแก่ผู้ช่วยวิจัย และแจ้งให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย โดยอธิบายรายละเอียดของการดำเนินการทดลองตามขั้นตอนที่ระบุไว้ และผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินความเจ็บปวดครั้งที่ 1 (Pre-test) เวลาก่อนดำเนินโปรแกรม และครั้งที่ 2 (Post-test) เวลาหลังจากโปรแกรมจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าที่แสดงในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1.2.2 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายเกี่ยวกับแบบประเมินความเจ็บปวด และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบประเมินความเจ็บปวด พร้อมทั้งซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจ

## 2. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

2.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยจากกรรทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทั้งหมดดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.2 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หลังจากได้รับอนุญาตทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วยศัลยกรรม และแพทย์เจ้าของไข้ เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอน และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการทดลอง

## 3. ขั้นตอนการทดลอง

3.1 ศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1



3.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยโดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ์ เช่นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นดำเนินการวิจัยดังนี้

### กลุ่มควบคุม

1. หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากผู้ป่วยสูงอายุแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ ผู้วิจัยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยด้วยตนเอง

2. หลังจากนั้น ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ณ ช่วงเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Pre-test) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินความเจ็บปวด (Post-test) ซ้ำอีกครั้ง

3. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการที่ได้รับมอบหมายเกี่ยวกับการให้ความรู้ในเรื่องการผ่าตัดต่อมลูกหมาก การรักษาที่ได้รับ และการให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากและคำแนะนำในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดทั่วไป เช่น การประเมินสภาพอาการทั่วไป การจัดท่านอนที่สบาย การพักผ่อน การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มน้ำมาก ๆ วันละ 2000-3000 cc และแนะนำเรื่องการงดกิจกรรมทางเพศ ห้ามออกแรงแบกของหนักเป็นเวลา 3 สัปดาห์ และควรกลับมาตรวจตามแพทย์นัด โดยที่ผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเป็นรายบุคคลตามความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน และทำการเก็บข้อมูลเช่นนี้จนครบ 20 ราย

### กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ ผู้วิจัยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยด้วยตนเอง

2. ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งแรกก่อนผ่าตัด โดย

1) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโปรแกรม และผลกระทบบที่อาจเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยด้วยการอ่านหนังสือพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยฟัง และขอความร่วมมือในการทำวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2) ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยการทดสอบแบบระดับสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (2542) โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนแบบทดสอบ คือผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 14 คะแนน ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้เท่ากับหรือมากกว่า 17 คะแนน ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้เท่ากับหรือมากกว่า 22 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุมีการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ อยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยมีระดับสภาพสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีคะแนนการประเมินแบบทดสอบระหว่าง 18 -20 คะแนน ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในวันแรกหลังทำผ่าตัด 24 ชั่วโมง เป็นการพบผู้ป่วยครั้งที่ 2 โดย

1) ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ณ ช่วงเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Pre-test)

2) ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ 3) การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า และ 4) การประเมินผล มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยทำการประเมินประสบการณ์ความเจ็บปวดจากการรับรู้ของผู้ป่วยเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ของการจัดการกับความเจ็บปวดนั้น และทำการประเมินความรู้ความเข้าใจ และความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต สาเหตุ การรักษาที่ได้รับ และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บปวดตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้องด้วยวิธีการสอนเป็นรายบุคคลโดยใช้แผนการสอนประกอบ ให้ความรู้ในเรื่องของโรคต่อมลูกหมากโต อาการ สาเหตุ การรักษาที่ได้รับ โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจสำหรับขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยประเมินสัญญาณชีพ และประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ ก่อนนวด โดยการตรวจดูบริเวณเท้ามีบาดแผล หรือการอักเสบบวมแดงหรือไม่ และทำการนวดจุด สะท้อนบนฝ่าเท้า โดยผู้วิจัยใช้นิ้วมือ ฝ่ามือ ทำการนวด ซึ่งประกอบด้วย การลูบ การคลึง การถู การกด การดึง และการทุบ โดยใช้เวลาการนวด 40 นาทีเป็นจำนวน 1 ครั้ง ขณะทำการนวดจุด สะท้อนบนฝ่าเท้า ผู้วิจัยจะพูดคุยซักถามปัญหาและความต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม และประเมิน ความแรงในการลงน้ำหนักของมือในขณะนวดจากผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และลงน้ำหนักในการนวดให้ มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย หลังจากนั้นภายหลังจากนวดเสร็จผู้วิจัยทำการประเมิน สัญญาณชีพซ้ำอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการปฏิบัติ โปรแกรมการจัดการกับอาการหลังจากการนวด จุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเสร็จสิ้น ทำการประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความ เจ็บปวดชุดเดิม (Post-test) ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล การบำบัด รักษาแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย สามารถ ยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาพยาบาลหรือการบริการที่ ได้รับ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอโดยภาพรวมไม่ มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถ สอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าสามารถนวดจุด สะท้อนบนฝ่าเท้า และไม่มีข้อห้ามในการนวดโดยผู้วิจัยจะประเมินสภาพร่างกาย วัดสัญญาณชีพ ก่อนนวดทุกรายและขณะที่ทำการนวดถ้าผู้ป่วยสูงอายุมีอาการผิดปกติได้แก่หน้ามืด เป็นลม มีไข้ ต้องหยุดการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า และให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Window) ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา โดยหาค่าความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test )
5. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test )

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทางท่อปัสสาวะ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวด 3 วัน ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 5 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกความคิดเห็นภายหลังจากได้รับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าของกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
<b>อายุ (<math>\bar{X} = 72.1</math> ปี)</b>						
60-69 ปี	9	45.0	6	30.0	15	37.5
70-79 ปี	8	40.0	11	55.0	19	47.5
80 ปีขึ้นไป	3	15.0	3	15.0	6	15.0
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	1	5.00	-	-	1	2.50
คู่	14	70.0	16	80.0	30	75.0
หม้าย	5	25.0	4	20.0	9	22.5
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	19	95.0	20	100.0	39	97.50
อิสลาม	1	5.00	-	-	1	2.50
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	1	5.00	-	-	1	2.50
ประถมศึกษา	11	55.0	15	75.0	26	65.0
มัธยมศึกษา	8	40.0	5	25.0	13	32.50
<b>อาชีพ</b>						
เกษตรกรรวม	5	25.0	7	35.0	12	30.0
รับจ้าง	3	15.0	3	15.0	6	15.0
ค้าขาย	3	15.0	2	10.0	5	12.50
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	45.0	8	40.0	17	42.50

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	(n = 20)		(n = 20)		(n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
<b>ประสบการณ์ในการรับการผ่าตัด</b>						
เคยรับการผ่าตัด	10	50.0	10	50.0	20	100.0
ไม่เคยรับการผ่าตัด	10	50.0	10	50.0	20	100.0

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่คัดเลือกนั้นมีอายุระหว่าง 61-85 ปี อายุเฉลี่ย 72.1 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.5 โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธจำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.5 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.5 และรองลงมาคือ อาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 และมีประสบการณ์ในการรับการผ่าตัดและไม่เคยรับการผ่าตัดที่เท่ากัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง	(n = 20)	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ก่อนการทดลอง		7.20	.523	16.335	.000
หลังการทดลอง		3.75	.910		

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังการทดลอง ( $\bar{X} = 3.75$ ) น้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 7.20$ )

จากการศึกษารายบุคคล พบว่ากลุ่มทดลองทั้งหมด 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 มีความเจ็บปวดลดลง (ดูรายละเอียดในตารางที่ 5 ในภาคผนวก ง) ในขณะที่กลุ่มควบคุมจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 มีความเจ็บปวดลดลง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุ หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความเจ็บปวด	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>				
กลุ่มควบคุม (n = 20)	7.00	.858	.890	.379
กลุ่มทดลอง (n = 20)	7.20	.523		
<b>หลังการทดลอง</b>				
กลุ่มควบคุม (n = 20)	6.65	.813	-10.627	.000
กลุ่มทดลอง (n = 20)	3.75	.910		

จากตารางที่ 3 พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุ หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากของกลุ่มควบคุมและทดลองไม่แตกต่างกัน ในขณะที่หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากของกลุ่มควบคุมและทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเจ็บปวด ( $\bar{X} = 6.65$ ) มากกว่ากลุ่มทดลอง ( $\bar{X} = 3.75$ )

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวด 3 วัน  
 ภายหลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากระหว่างกลุ่มกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับ  
 อาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวด 3 วันภายหลัง  
 ผ่าตัดต่อมลูกหมากของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
กลุ่มควบคุม (n = 20)	1.85	1.268	-2.364	.02
กลุ่มทดลอง (n = 20)	1.05	.826		

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีจำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวด  
 3 วันภายหลังจากการผ่าตัดต่อมลูกหมากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่ม  
 ควบคุม ( $\bar{X} = 1.85$ ) มีจำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวดมากกว่ากลุ่มทดลอง ( $\bar{X} = 1.05$ )

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดในกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลอง  
 และกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 14 คู่ คิดเป็นร้อยละ 70 มีจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวด  
 ลดลง กลุ่มตัวอย่าง 4 คู่ คิดเป็นร้อยละ 20 มีจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดเพิ่มขึ้น และกลุ่ม  
 ตัวอย่าง 2 คู่ คิดเป็นร้อยละ 10 มีจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดไม่เพิ่มขึ้นหรือลดลง (ตาราง  
 ที่ 6 ภาคผนวก ง)

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ส่วนที่ 5 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกความคิดเห็นของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากภายหลังได้รับการนัดจุดสะทอนบนฝ่าเท้าของกลุ่มทดลอง**

ความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากภายหลังได้รับการนัดจุดสะทอนบนฝ่าเท้าของกลุ่มทดลองโดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้กลุ่มทดลองตอบ และนำมาจัดกลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากภายหลังได้รับการนัดจุดสะทอนบนฝ่าเท้า 3 ใน 4 ราย (16 ราย) บอกว่า “ความเจ็บปวดลดลงอาการปวดเสียวบริเวณท้องน้อยลดลง ไม่ปวดถ่วง ๆ บริเวณท้องน้อยและปวดตรงสายสวนน้อยลง ลูกขึ้นยืนแล้วไม่รู้สึกปวดเสียวปลายเท้า และความตึงตัวของกล้ามเนื้อน้อยลง รู้สึกสบายหายปวดเมื่อย ไม่หนักปลายเท้า ไม่ตึงบริเวณน่อง เดินได้สบาย เบาเท้า” ผู้ป่วยสูงอายุบางรายบอกว่า “ รู้สึกดีมากน่าจะนัดทุกวันหายปวดเมื่อย “

2. ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากภายหลังได้รับการนัดจุดสะทอนบนฝ่าเท้า จำนวน 4 ราย บอกว่า “ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย อารมณ์เป็นสุข หลับสบาย นอนหลับลึกไปเลย ในขณะที่นัด รู้สึกดีจังเลย พอใจมากกลับบ้านคงหาโอกาสไปนัดเท้าอีก”

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control groups design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า เปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเปรียบเทียบจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาระงับปวดภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาระงับปวดภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีจำนวนครั้งน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ส่วนกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทางท่อปัสสาวะ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต และเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทางท่อปัสสาวะ 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะตกเลือด มีไข้สูง อยู่ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 3) ไม่มีปัญหา ด้านการได้ยิน การใช้ภาษาพูด และการมองเห็น 4) มีคะแนนการรับรู้บุคคล เวลา

สถานที่ อยู่ในเกณฑ์ปกติและไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 5) ไม่มีบาดแผลบริเวณเท้า และไม่มีภาวะของกระดูกหัก ข้อเคลื่อน หรือเป็นโรคเกี่ยวกับกระดูกบริเวณเท้า 6) ไม่เป็นโรคผิวหนัง 7) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และ 8) ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ประเภทคือ เครื่องมือที่ใช้ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ แบบทดสอบระดับสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (2542) โดยเกณฑ์ในการประเมินแบบทดสอบ คือ ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุมีการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ อยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีภาวะสมองเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด วันที่ผ่าตัด ความดันโลหิต ซีพีอาร์ การหายใจ ก่อนและหลังการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า 2) แบบประเมินความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของ Johnson (1973 อ้างถึงใน อุไร นิโรธนันท์, 2539) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดยอุไร นิโรธนันท์ และเพ็ญศรี ระเบียบ (2539) และ 3) แบบบันทึกจำนวนครั้งและปริมาณของการใช้ยาระงับปวด

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al., (2001) ร่วมกับแนวคิดการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ 3) การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า และ 4) การประเมินผล โดยใช้สื่อในโปรแกรม คือคู่มือการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และแผนการสอนประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคต่อมลูกหมาก อาการการรักษาการผ่าตัด การปฏิบัติหลังผ่าตัดและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังจากการผ่าตัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่า ๆ กัน กลุ่มละ 20 ราย ผู้ช่วยวิจัยประเมิน

ความเจ็บปวดครั้งที่ 1 (Pre-test) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยประเมิน ณ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 รายก่อน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับการโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าจากผู้วิจัยตามขั้นตอนการดำเนินการทดลองดังกล่าวมาข้างต้น หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยประเมินความเจ็บปวดครั้งที่ 2 (Post-test)

### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 40 คน มีอายุระหว่าง 61-85 ปี อายุเฉลี่ย 72.1 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสจำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธจำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.5 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.5 และรองลงมาคือ อาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 และมีประสบการณ์ในการรับการผ่าตัดและไม่เคยรับการผ่าตัดที่เท่ากัน
2. ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากหลังจากได้รับโปรแกรม การจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
3. ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
4. ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาระงับปวดภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีจำนวนครั้งน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามสมมติฐานของการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการจัดการกับความเจ็บปวดทั้งจากสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับมีส่วนช่วยในการจัดการกับความเจ็บปวดที่รุนแรงโดยผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการนั้นได้ด้วยตนเองด้วยวิธีการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าโดยผู้วิจัยจะทำการประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ความเจ็บปวดในมุมมองของผู้ป่วยเอง ซึ่งประสบการณ์การมีอาการและการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันไป ทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายประเมินความรุนแรง และมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยในขณะนั้น (Dodd et al., 2001) ดังนั้นผู้วิจัยทำการประเมินประสบการณ์การรับรู้ความเจ็บปวดในมุมมองของผู้ป่วยก่อน โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความไว้วางใจและความเป็นมิตรกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น ช่วยเพิ่มการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และในขณะเดียวกันผู้วิจัยมีการซักถามและรับฟังความต้องการของผู้ป่วยก่อนที่จะให้ความรู้ เนื่องจากบุคคลโดยเฉพาะวัยผู้สูงอายุมักผ่านการเรียนรู้การดูแลตนเองมาก่อนแล้วดังนั้นการให้ความรู้โดยการสอนจึงควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนหรือให้ความรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 131)

การให้ความรู้โดยการสอนรายบุคคลเป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมหรือบรรเทาอาการ โดยทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บปวดตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด สาเหตุภาวะแทรกซ้อน และผลของความเจ็บปวดต่อชีวิตได้อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง ซึ่งหากผู้ป่วยมีความเข้าใจในสิ่งเหล่านี้ก็จะทำให้สามารถดูแลตนเองและสามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้

อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยในการให้ความรู้แต่ละครั้งผู้วิจัยจะต้องคำนึงถึงประสบการณ์ ความเจ็บปวด การประเมิน และการตอบสนองต่อความเจ็บปวดซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ในอดีต ภูมิหลัง อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ ความเชื่อ ศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม และปัญหาด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นต้น (Dodd et al., 2001) นอกจากนี้การสอน และการให้ความรู้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความชัดเจน และตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีข้อมูลในการพัฒนาทักษะ และเป็นสิ่งจำเป็นในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บปวดด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสอนผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความสำคัญยิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ ทั้งในด้านความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพื่อให้บรรลุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะตกเลือด ภาวะถุงลม ปอดแฟบ ภาวะปอดบวม เป็นต้น (ไชยยุทธ ธนไพศาล, 2542) ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม พยาบาลจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความรู้โดยการสอนแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องเผชิญ วิธีการรักษาที่ได้รับ รวมถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งที่อยู๋โรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน (Yale, 1993) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ทำให้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจภายหลังผ่าตัดสามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้โดยเร็ว (Pick, Pearce & Legg, 1999)

นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังได้รับการนัดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าโดยพยาบาล ซึ่งเป็นกลวิธีที่ใช้ในการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีลักษณะรุนแรงโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการจัดการกับอาการตามแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al., (2001) ที่กล่าวว่าจัดการกับอาการเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านลบ หรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบให้เกิดช้าที่สุดด้วยการใช้กลวิธีในการดูแลตนเอง การเข้าในการรักษาอาการ หรือกลวิธีที่ต้องอาศัยบุคคลากรในทีมสุขภาพ เป็นต้น โดยพยาบาลมีหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือมีส่วนช่วยในการจัดการกับอาการที่มีความรุนแรงโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยตนเอง และในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการนัดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นช่วงเวลาผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้ทำกิจกรรมใด ๆ



และได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบไม่มีผู้อื่นรบกวน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้พักผ่อนเต็มที่ทั้งร่างกายและจิตใจ และเป็นช่วงเวลาที่พยาบาลและผู้ป่วยได้พูดคุยสื่อสารกัน เป็นช่วงเวลาที่พยาบาลสามารถให้คำแนะนำ หรือให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังสงสัยหรือยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง รวมทั้งร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันกับผู้ป่วย นอกจากนี้การสัมผัสจากการนวดยังเป็นการแสดงออกถึงความเอื้ออาทร ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกที่ตนเองได้รับความสนใจเอาใจใส่ และไม่ถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความอบอุ่น สบายใจ และรู้สึกปลอดภัย เกิดความไว้วางใจกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลหรือระบายปัญหาต่าง ๆ ให้พยาบาลฟัง ทำให้พยาบาลสามารถแก้ไขปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยสูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sparrow (1985) ที่กล่าวว่า การสัมผัสโดยการนวดเป็นการพยาบาลอย่างใกล้ชิดที่ทำให้ผู้ป่วยอบอุ่น สบายใจ และเกิดความพึงพอใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Joachim (อ้างถึงใน เจือจันท์ วัณกีเจริญ, 2534) ที่กล่าวถึงเรื่องของการนวดไว้ว่าการนวดจะช่วยทำให้การพยาบาลดีขึ้น การนวดทำให้มีความรู้สึกเปิดเผยและเป็นมิตรต่อกันและทำให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจออกมาเพราะผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความที่ใจเวลาและสนใจที่จะรับฟังปัญหาของเขาตั้งแต่ต้นจนจบ

จากการสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุซึ่งได้รับการนวดจุดสะท่อนบนฝ่าเท้า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยบอกว่า การนวดจุดสะท่อนบนฝ่าเท้าทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้น ผ่อนคลายมากขึ้น รู้สึกโล่ง เบาๆ ไม่เสียวบริเวณปลายเท้า ปวดตึงๆ น้อยลง และบางรายเคลิ้มหลับไป ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายพึงพอใจกับการนวดจุดสะท่อนบนฝ่าเท้า และจากการสังเกตพบว่าหลังการนวดจุดสะท่อนบนฝ่าเท้า ผู้ป่วยสูงอายุมีสีหน้าสดชื่น พุดคุยและมีสัมพันธภาพกับพยาบาลมากขึ้น ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Evans (1990: 30-31) ที่พบว่า การนวดจุดฝ่าเท้าทำให้ความปวดลดลง ส่งเสริมการนอนหลับ และสอดคล้องกับ Herman (1993: 1575) ที่ว่าการนวดช่วยลดความกระวนกระวาย เพิ่มความผ่อนคลาย ลดการรับรู้ความปวด

2. ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท่อนบนฝ่าเท้ามีความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้อธิบายได้จากผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท่อนบนฝ่าเท้าจะได้รับการให้ความรู้โดยการสอนเป็นรายบุคคลในเรื่องเกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต สาเหตุ อาการ การรักษาที่ได้รับ และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด โดยผู้วิจัยจะคำนึงถึงประสบการณ์การรับรู้ความเจ็บปวดจากมุมมองของตัวผู้ป่วยสูงอายุเอง และความต้องการในการ

เรียนรู้ของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละรายจะแตกต่างกัน โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เล่าประสบการณ์ ความเจ็บปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง รวมถึงวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดและผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการกับความเจ็บปวดนั้นประกอบกับเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นและซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือต้องการที่จะทราบเพิ่มเติม

นอกจากนั้นการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าจะทำให้เกิดผลดีทั้งต่อร่างกายและจิตใจ โดยการนวดจะมีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว ทำให้ผ่อนคลาย ลดความเครียด และช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต (Alfred, 1992: 20-21) และการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ายังทำให้กระตุ้นการหลั่งสารคล้ายมอร์ฟินในร่างกาย คือเอนเคฟาลิน (Enkephalin) และเอนดอร์ฟิน (Endorphin) และสารดังกล่าวจะช่วยลดความเจ็บปวด สารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) ยังช่วยสร้างอารมณ์ให้มีความสุข ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น

ซึ่งจะแตกต่างจากผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลและคำแนะนำตามปกติซึ่งเป็นการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยโดยทั่วไป สำหรับการให้ความรู้และข้อมูลต่างๆ จากพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาในการให้ความรู้หรือข้อมูลแก่ผู้ป่วยสูงอายุแต่ละรายมีน้อย พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความรีบเร่งทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้โดยละเอียดหรือให้ข้อมูลได้ไม่ทั้งหมด รวมทั้งรูปแบบการสอนหรือการให้ความรู้อาจเป็นแบบที่ผู้สอนมักจะยึดตัวเองเป็นจุดศูนย์กลางและให้ความรู้เป็นการสื่อสารทางเดียวโดยไม่ได้คำนึงถึงประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยรับรู้มาก่อน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ไม่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ผู้ป่วยไม่สามารถระบายนปัญหาความซับซ้อนใจ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่กล้าถามพยาบาลในสิ่งที่พยาบาลในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ เป็นต้น

3. ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาระงับปวดภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากกลุ่มที่ได้รับการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามีจำนวนครั้งน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 3 อธิบายได้ว่าในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักปวดแผลผ่าตัดมาก (Weis et al., 1983 cited by Carr, 1990: 15) เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณแผลผ่าตัดถูกทำลายจากการผ่าตัด เกิดการบวม ดึงรั้งและหดตัว (Phipp et al., 1980: 410) ในขณะเดียวกันการที่ผู้ป่วยนอนนิ่งไม่เคลื่อนไหวร่างกายส่วนที่ปวด เนื่องจากกลัวว่าจะปวดแผลมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัว การกระทำดังกล่าวยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยปวดมากขึ้น วิธีบรรเทาปวดที่ได้ผลดีในผู้ป่วยที่ปวดแผลมากหลังผ่าตัดคือการให้ยาแก้ปวด (Lutz & Lamer, 1990: 584) ดังนั้นหลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและผู้ป่วย

กลุ่มที่ได้รับการนวดจุดฝ่าเท้านอกจากจะมีความปวดคล้ายคลึงกันและจะได้รับยาแก้ปวดทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์เพียงอย่างเดียว ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ซึ่งเป็นการรักษาแบบผสมผสานซึ่งจะเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมให้ลดความเจ็บปวดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าทำให้เกิดการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อคลาย ความตึงตัว ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต นอกจากนี้การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ายังทำให้กระตุ้นการหลั่งสารคล้ายมอร์ฟินในร่างกาย คือเอนเคฟาลิน และเอนดอร์ฟิน ซึ่งช่วยลดความเจ็บปวด และยังช่วยสร้างอารมณ์ให้เป็นสุข ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น (Hulme, Wateman & Hiller, 1999) จึงส่งผลให้ความรู้สึกเจ็บปวดในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และความต้องการยาแก้ปวดน้อยลง

### **ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุต่อการจัดการกับความเจ็บปวด**

ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมและจิตใจของบุคคลซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ความพึงพอใจอาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อกาลเวลา หรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป (บุญชู อนุสาสนนันท์, 2536) โดยความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาล เป็นการประเมินเจตคติระหว่างการพยาบาลตามความคาดหวัง และการพยาบาลที่ได้รับจริงตามการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องความเจ็บปวด ได้รับการช่วยเหลือ และให้ความสำคัญในปัญหาความเจ็บปวดจากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจต่อการบรรเทาความเจ็บปวดของแพทย์ และพยาบาล (อำไพ ยุติธรรม, 2526: นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535) จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากภายหลังได้รับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า และแสดงความคิดเห็นว่า “ ความเจ็บปวดลดลง ลูกขี้นย่นแล้วไม่รู้สึกรวดเสียวบริเวณปลายเท้า และทำให้รู้สึกผ่อนคลาย หลับสบาย นอนหลับลึกไปเลยในขณะนวด” ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามขอบเขตของวิชาชีพ เป็นการสัมผัสและเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย ใช้เวลาเตรียมน้อย และไม่ต้องใช้เครื่องมือใดๆ และยังเป็นการปรับสมดุลของพลังชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับธรรมชาติ (ยงศักดิ์ ตันติปฏิภก, 2542) นอกจากนี้ การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ายังเป็นการสัมผัสทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น ไม่รู้สึกตนเองถูกทอดทิ้ง เป็นการแสดงความเอื้ออาทร ห่วงใย (Passant, 1990; Maxwell, 1990) จากการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากรู้สึกสบายขณะ

นวดและหลังจากที่นวดเสร็จแล้ว ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจมากพร้อมกล่าวว่า “รู้สึกดีใจจังเลย พอใจมากกลับไปบ้านคงหาโอกาสไปนวดทำอีก”

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า จะสามารถบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากได้มากกว่าผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ลดปริมาณการใช้ยาแก้ปวดหลังการผ่าตัดลงเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจจากผลของการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าที่ได้รับเนื่องจากการนวดช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบายและผ่อนคลายได้ ดังนั้นข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ คือ

1. ควรสนับสนุนและเผยแพร่ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลให้มีความตระหนักถึงความสำคัญและผลดีที่ผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับจากการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ามาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

2. พยาบาลและบุคลากรควรเผยแพร่และฝึกญาติหรือผู้ดูแลให้นำไปใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ลดการใช้ยา และยังเกิดผลดีจิตใจต่อผู้ป่วยทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยสูงอายุกับญาติหรือผู้ดูแลอีกด้วย เป็นการพัฒนาคูณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

3. ในด้านการศึกษาวิจัย

- 3.1 ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลในเรื่องของการบำบัดทางการพยาบาลที่เป็นการดูแลแบบผสมผสาน ที่มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณต่อไป

- 3.2 เนื่องจากแบบบันทึกปริมาณและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวด (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก) ครั้งนี้บันทึกเฉพาะจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อให้การบันทึกจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดครอบคลุมชัดเจน การบันทึกครั้งต่อไปควรเพิ่มบันทึกทั้งก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในระดับ Advanced Practice Nursing ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบผสมผสาน(Complementary care) ได้แก่ การนวดตัว การทำสปา ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดอื่น ๆ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้ผลการศึกษานำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น เป็นบทบาทอิสระอย่างหนึ่งของพยาบาลซึ่งสามารถกระทำได้ในการวิจัยครั้งต่อไป



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย. (2542).

**แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE - Thai 2002.**

กรุงเทพมหานคร: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.

โครงการฟื้นฟูการนวดไทย. (2535). **คู่มือการนวดไทยในการสาธารณสุขมูลฐาน.**

กรุงเทพมหานคร.

ชุมศักดิ์ พฤษภาพงษ์. (2539). ต่อมลูกหมาก. **วารสารใกล้หมอ** 20 (5): 37-41.

ไชยยุทธ ธนไพศาล. (2542). **ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด.** ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น.

ทัศนา บุญทอง. (2543). **การปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการ  
สุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอด  
การพิมพ์.

ดวงดาว ดุลยธรรม. (2543). **ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึง  
กระดูกขา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นงลักษณ์ พรหมดีงการ. (2545). **ผลของการนวดเท้าต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย  
ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นที เกื้อกูลกิจการ. (2541). **การสอนผู้ป่วยในโรงพยาบาล.** สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2535). **การรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดใน  
ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บัณฑิต จันทยานี และคณะ. (2544). **Aging Male “Men’s health Troth the ages”**  
กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2528). **ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของ  
การใช้ยาระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บุญชู อนุศาสนนันท์. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่รบกวนการนอนหลับกับความพึงพอใจในการนอนหลับของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุษบา จินดาวิไลชัย และสุวิธนา จุฬาวัดมนพล. (2540). **ปัญหาสุขภาพสตรีและบุรุษวัยทอง.** คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.** กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์
- ประโยชน์ บุญสินสุข. (2544). **คู่มือการนวด.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย.
- ปิ่น ศรีประจิดติชัย. (2546). การระงับปวดหลังผ่าตัด. **วารสารสมาคมการศึกษาเรื่องความปวด 14: 5-12.**
- ปิ่นทิพย์ นาคดำ. (2540). **การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.
- ปัทมา ทองสม. (2541). **การนวดเท้า.** พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โอเอ็นจีการพิมพ์.
- ผ่องรัตน์ รัตนไทย. (2540). **ประสบการณ์ความปวดและวิถีจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงษ์ภาวดี เจาทะเกษตริน และสมพันธ์ หนีญชีระนันท์. (2539). Pain control and management. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการฉลอง 100 ปี โรงเรียนผดุงครรภ์ และอนามัยศิริราช (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) วัฒนาการวิชาชีพพยาบาล ณ โรงแรมอิมพีเรียลควีนปาร์ค กรุงเทพมหานคร.**
- พรจันทร์ สัยละมัย. (2541). **ประสบการณ์ความปวดกับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิสิฐ วงศ์วิธนะ. (2542). **นวดกายคลายโรค; The book of massage.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ไชลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ระวีพรรณ มงคล. (2529). **ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดและปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งทิพย์ จามรมาน. (2532). **ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2540). **ยาระงับปวด**. ใน วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (บรรณาธิการ), **เภสัชวิทยาทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์. (2544). **ผลของการนวดไทยต่อการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ และนริศรา มนต์วี. (2542). ผลทางสรีรวิทยาเบื้องต้นของการนวดเท้าแบบประยุกต์. **วารสารเทคนิคการแพทย์ และกายภาพบำบัด** 11 (3): 98-105.
- ศิริภรณ์ พุ่งวิทยา. (2540). **ยาระงับปวด**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ บวร. (2543). **นวดมีอนวดเท้ารักษาโรค**. กรุงเทพมหานคร: โอเอ็นจีการพิมพ์.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). **การนวดเท้าเพื่อ** กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถาพร สีสานันทกิจ และคณะ. (2535). การศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาน้ำมอร์ฟีนชนิดรับประทานในการบำบัดอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย. **วารสารมะเร็ง** 18, 85-94.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ** กรุงเทพมหานคร: วีเจ พรินติ้ง.
- สมพร ชีโนรส สุดกัญญา พัทวี และวิเศษ ศรีสุพรรณชาติ. (2541). การรับรู้ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก. **วารสารพยาบาล** 49 (2): 110-120.
- สมพันธ์ ใหญ่ชีระนันท์ และคณะ. (2527). **การพยาบาลผู้ป่วยทางยูโรวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มัลติคัลมีเดีย.
- สมลักษณ์ พักมณี. (2544). **ผลของการนวดฝ่าเท้ากจุดต่อการลดความวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริ บุญยะรัตน์. (2540). The concepts of pain. ใน พงศ์ภาวดี เจาทะเกษตริน. (บรรณาธิการ, การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 8 ชมรมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย: Toward batter quality of pain management (หน้า 57-64). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.



- สุดกัญญา พัทวี. (2541). **ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **หลักสำคัญและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ. (2540). **ประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). **วิทยาการสูงอายุ (Gerontology)**. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพจน์ วุฒิการณ์. (2543). **Common Problem in Urology**. เชียงใหม่: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพร พลยานนท์. (2528). **การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวด**. กรุงเทพมหานคร: แม็ค
- สุรีพร ธนศิลป์. (2545). **การนำโมเดลการจัดการไปใช้ในผู้ป่วยปอดอักเสบ**. เอกสารประกอบการเรียนการสอนรายวิชา Advance Adult Nursing 1. (ม.ป.ท.).
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2538). **จิตวิทยาการเรียนรู้ผู้ใหญ่**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- แสงหล้า พลนอก. (2542). **ผลของการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลไหม้**.
- อนงค์ ประสานวณิช. (2544). **ความปวดและการจัดการกับความปวดด้วยตนเองและทีมสุขภาพ ประสบการณ์ของผู้ป่วยแผลไหม้**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อนุพันธ์ ตันติวงศ์ และคณะ. (2544). **รายงานการวิจัย โครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- อำไพ ยุติธรรม. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญ ในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อุรวาดิ เจริญไชย. (2541). **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ  
ความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และ  
ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุไร นิโรธนันท์. (2539). **ผลการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย  
มะเร็ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอมอร อุดลโกศธร. (2543). **ผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด  
ช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

#### ภาษาอังกฤษ

- Allen, C. (1999). Foot reflexology. In S G. Salvo. (Ed), **Massage therapy; Principles  
and practice.** Philadelphia: W.B. Saunder.
- Andrew, M., et al. (1998). **Nurse 's handbook of alternative & complementary  
therapies.** Pennsylvania: Springhouse.
- Alfred, L. (1992). What is reflexology and how does it works?. **The art of  
reflexology.** Shaftes bury: Elament.
- Ashburn, M. A., & Ready, B. (2001). Postoperative pain. In J., D. Loeser. (Ed.), **bonica  
's management of pain.** 3<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Association of Reflexologist. (2001). **Reflexology gains more credibility in  
healthcare.**
- Billar, K. S. (1970). You have Pain ? I think This Will Help. **American Journal of  
Nursing** 70 (10): 2143-2145.
- Black, J. M., & Matassarin –Jacob, E. (1993). **Medical –surgical nursing:  
A Psychological approach.** 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Bonica, J., J. (1990). Postoperative pain. In **the Management of Pain** 1: 461-468.
- Booth, B. (1994). Reflexology. **Nursing Time** 90 (1): 38-40.
- Boss, B., J. (1992). **Medical –surgical nursing assessment and clinical problem.**  
St Louis: Mosby Year Book.
- Botting, D. (1997). Review of literature on the effectiveness of reflexology.  
**Complement the nurse midwifery** 3, 124.

- Brown, V. M. 1999. Comfort. In P.A. Potter & A. G. Perry. (Eds), **Basic Nursing: A Critical Thinking Approach**. 4<sup>th</sup> ed. pp. 912-942.
- Cameron, S. (1990). Complementary Therapies in nursing Practice. **Nursing Times** 86 (4): 26-27.
- Carr, E. C. J. (1990). Postoperative pain : Patients' experiences. **Journal of Advanced Nursing** 15, 89-100.
- Caunt, H. (1992). Reducing the psychological impact of postoperative pain. **British Journal of Nursing** 1 (1): 13-19.
- Curtis, S. M., Kolotylo, C. & Broome, M. E. (1998). Pain In C.M. Porth. (Ed), **Path physiology concepts of altered health state**. 5<sup>th</sup> ed. pp. 967-982. Philadelphia: Lippincott.
- Curtis, S. M., & Curtis, R. L. (1994). Pain In C. M., Port. (Ed). **Path physiology concepts of altered health states**. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Devine, E., & Cook, T. (1986). Clinical and cost saving effects of psycho educational interventions with surgical patients: A meta-analysis. **Research in Nursing and Health** 9 (1): 89-105.
- Dodd, M., Jason, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., Taylor, D. (2001). Nursing theory and Concept Development or analysis Advancing the science of symptom management. **Journal of Advance Nursing** 33 (5): 668-676.
- Dougans, I., & Ellis, S. (1992). The art of reflexology. **Dorset; Element Books**.
- Donovan, M. I, & Dillon, P. (1987). Incidence and characteristics of pain in a sample of hospitalized cancer patients. **Cancer Nursing** 10 (2): 85-92.
- Ebersole, P., Hess, P., & Luggen A., S. (2004). **Toward Healthy Aging; Human Needs Nursing Response**. 6<sup>th</sup> ed. St. Louise: Mosby.
- Edwin, M. M., & Grannum, R. S. (1992). **Differential Diagnosis of Prostate Disorders**. Massachusetts: Grower Medical Publishing.
- Evans, M. (1990). Reflex zone therapy for mother. **Nursing Time** 86 (4): 29-32.
- Ferrante, F. M., & Vade Bouncouer, T. R. (Eds). 1993. **Postoperative Pain Management**. New York: Churchill Livingston.

- Flaterty, G. G., & Fitzpatfick, J. J. (1978). Relaxation technique to increase comfort level of postoperative patients: A preliminary study. **Nursing Research** 27 (6): 352-355.
- Galloway, S. C., & Graydon, J. E. (1996). Uncertainty, symptom distress, and Information needs after surgery for cancer of the colon. **Cancer Nursing** 19: 112- 117.
- Gaston- Johansson, F., Franco, T., & Zimmerman, L. (1992). Pain and psychological distress in patients undergoing antillogous bone marrow transplantation. **Oncology Nursing Forum** 19, 41- 47.
- Good, M., et al. (1999). Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music and their combination. **Pain** 8, 163-172.
- Grealish, L., Lomasney, A., & Whiteman, B. (2000). Foot Massage: A Nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patient hospitalized with cancer. **Cancer Nursing** 23 (3): 237-243.
- Guyton, A., C. (1981). **Basic Human Neurophysiology**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Hayes, J., & Cox, C. (1999). Immediate effects of a five minute foot massage on patients in critical care. **Intensive and Critical Care Nursing** 15, 77-82.
- Harkness, G., A. & Dincher, J. R. (1996). **Medical – Surgical Nursing Total Patient Care**. 9<sup>th</sup> ed. U.S.A. St. Louise: Mosby Year Book.
- Herr, K. A., & Mobily, P. R. (1992). Intervention related to pain. **Nursing Clinics of North America** 27 (6): 347-369.
- Herman, C. P. (1993). What no pharmacological interventions do you use for pain control? **Oncology Nursing Forum** 20 (10): 1575.
- Hill, C. F. (1995). Massage in Intensive Care Nursing : A Literature Review. **Complementary Therapies in Medicine** 3 (4): 100-104.
- Hogstel, M.O., & Taylor- Martaf, M. (1994). **Nursing Care of the Older Adult**. 3<sup>rd</sup> ed. U.S.A: Delimar Publishers Inc.
- Howangsuwannakorn, S. (2003). **Effects of foot reflexology on pain level, vital signs and satisfaction in post-abdominal surgical patients**. M.S. Thesis of Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidal University.

- Hudak, C. M., Gallo, B. M., & Benz, J. L. (1990). **Critical care nursing: A holistic approach**. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Hulme, J., Waterman, H., & Hillier, V. F. (1990). The effect of foot massage on patients' perception of care following laparoscopic sterilization as day care patients. **Journal of Advance Nursing** 30 (2): 460 – 468.
- Ignatavicius, D. D., Workman, M. I., & Mishler, M. A. (1995). **Medical –surgical nursing; A nursing process**. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Jackson, M. F. (1995). Preoperative Nursing Care and Older Surgical Patient. **In Gerontological Nursing**. Philadelphia: F.A Davis company.
- Jocahim, G. (1983). How to give a great foot massage. **Geriatric Nursing** 28 – 29.
- Johnson, J. E. 1972. Effects of structuring patients expectations on their reactions to threatening events. **Nursing Research** 21, 499- 503.
- Johnson, J. E. (1973). Effects of accurate expectations about sensations on the sensory and distress components of pain. **Journal of Personality and Social Psychology** 27, 261- 275.
- Jurt, J. B. & Nirschl, A. L. (1993). Acute postoperative pain management; A comprehensive review and update. **Critical Care Nursing** 16 (1): 8-25.
- Karner, R. (1997). **Pain management secrets**. New York: Book Promotion and Service.
- Kovaks et al. (1996). Cited in Botting, D. Review of literature on the effectiveness of Reflexology. **Complementary Therapies in Nursing & Midwifery** 3, 128.
- Kuriowicz, L. H. (1998). Perceived self-efficacy, fundamental ability and depressive symptoms in older elective surgery patients. **Nursing Research** 47, 219–226.
- Larson, P. J. 1994. A model for symptom management. **IMGE: Journal of Nursing Scholarship** 26 (4): 272-276.
- Leventhal, H., & Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experiment of a theory of self regulation. In Wooldridge, P. T. et al. (eds), **Behavioral science and nursing theory**. St. Louis: The C. V. Mosby.
- Luckman, J. & Sorensen, K. C. (1994). **Medical- Surgical Nursing; A psycho physiologic approach**. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders.

- Lutz, L. J., & Lamer, T. J. (1990). Management of postoperative pain: review of current Techniques and methods. **Mayo Clinic Proceeding** 65 (4): 584-596.
- Mackey, B. T. (2001). Massage therapy and reflexology awareness. **Nursing Clinic of North America** 39(1): 159 – 169.
- Maher, A. B., Salmond, S. W., & Pellino, T. A. (Eds), (1998). **Orthopedics Nursing**. 2<sup>nd</sup>ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Malkin, K. (1994). Use of massage in clinical practice. **British Journal of Nursing** 3 (6): 292 – 294.
- Maxwell. J. (1997). **The Gentle Power of Acupuncture** 60: 53 – 56.
- McCaffery, M. 1979. **Nursing management of the patient with pain**. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). **Pain: Clinical manual for nursing practice**. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- McCaffery, M., & Ferrell, B. R. (1996). Correcting about pain assessment and use of opioid analgesics; Educational strategies aimed at public concerns. **Nursing Outlook** 44 (4): 184-190.
- McCaffery, M., & Passero, C. (1999). Basic mechanisms underlying the causes and effect of pain. In **pain : Clinical Manual**. 2<sup>nd</sup>ed. Missouri: Mosby.
- Mc Connell, E. (1998). J. D. Epidemiology, etiology, path physiology and diagnosis of benign prostatic hyperplasia. In Walsh, P.C. et al. (Eds), **Cambell 's Urology**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- McGuire, B. B. (1992). Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. **Journal of Pain and Symptom Management** 7: 312-319.
- McHugh, N. G., Christman, N. J., & Johnson, J. E. (1982). Preparatory information: What helps and why. **American Journal of Nursing** 5, 780- 782.
- Medison, H. E. (2000). Theories of Aging. In A.G. Lueckenotte. (Ed.). **Gerontological Nursing**. 2<sup>nd</sup>ed. St. Louis: Mosby.
- Meeker, M.H., & Royhrock, J. C. (1999). **Alexander's care of the patient surgery**. 11<sup>st</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Melzack, R., & Wall, P. D. 1965. Pain mechanism: A new theory. **Science** 150, 971-978.

- Nickall, S. (1996). **Fluid Force Nursing Times** 92: 52
- Nixon, M., Teschendorff, J., Finney, J., & Karnilowicz, W. (1997). Expanding the nursing repertoire: The effects of massage on postoperative pain. **Australian Journal of Advanced Nursing** 14 (3): 21-26.
- Oleson, T., & Flocco, W. (1993). **Randomized Control Study of Premenstrual Symptoms** Treated with Ear, Hand and Foot Reflexology. *Obstetrics and Gynecology*.
- Ounprasertpong, L. & Holzemer, W. (2003). Effect of foot reflexology on fatigue and pain in AIDS Patients. Bangkok: Mahidol University.
- Panyim, W. (2000). **Effects of reflex zone therapy on pain and distress in abdominal hysterectomy patients**. Master's thesis, Adult Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Passant, H. (1990). A Holistic Approach in the ward. **Nursing times** 86 (4): 26 – 27.
- Peric-Knowlton, W. (1984). The understanding and management of acute pain in adult: the nursing contribution. **International Journal of nursing studies** 21 (2): 131-143.
- Phipps, W. J., Cassmeyer, V, L., Sands, J, K, & Lehman, M. K. (1995). **Medical – Surgical Nursing : Concepts and clinical practice**. 5<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby – Year.
- Pick, B., Pearce, S., & Legg, C. (1990). Cognitive responses and the control of post-operative Pain. **British Journal of Clinical Psychology** 29 (3): 409-415
- Poonsaard, B. (2000). Effects of foot zone therapy on pain outcomes and relaxation in cancer patients Master's thesis, Adult Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University. Book.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. 1995. Comfort. In **Basic Nursing: Theory and Practice**. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis: Baltimore.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. 2001. Comfort. In **Fundamentals of nursing**. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Price, D. D. (1999). **Psychological mechanisms of pain: Progress in pain research and management Volume 15**. Seattle: IASP Press.

- Reading, A. E. (1989). Testing pain mechanisms in persons in pain. In P. D. Wall & R. Melzack. Eds. **Text Book of Pain**. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Rimmer, L. M. (1998). What every home health care nurse should know about complementary therapy. **Home Health Care Nurse** 16 (11): 260-265.
- Rothrock, J. C. (1996). **Preoperative Nursing Care Planning**. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: Mosby Year Book Inc.
- Shaw. (1987). cited in Botting, D. Review of literature on the effectiveness of reflexology. **Complementary Therapy Nurse Midwifery** 3: 124.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2000). **Medical –surgical nursing**. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins.
- Sokoloff, M. H., Michel, K., & Smith, R. B. (2001). Complication of Transurethral Resection of the Prostate. In **Surgery of Urology U.S.A.** Lippincott.
- Sparrow, S. (1985). Therapeutic. **Nursing Times** 23 (10): 43.
- Stephenson, N. L., Weinrich., S. P., & Tavakoli, A. S. (2000). The effects of foot Reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung Cancer **Oncology Nursing Forum** 27 (1): 67-71
- Taylor, Lillis & Lemone. (1993). Cited in Jintanawat,R. **Effect of relaxation technique on level of pain in low back pain patients**. Master's thesis, Adult Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Turk, D. C. & Okifuji, A. (2001). Pain terms and taxonomies of pain. In J.D. Loeser. (Ed), **Bonica 's management of pain**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Wallace, K. G. (1992). The Path physiology of pain. **Critical Care Nursing Quarterly**
- Wall-Watson, J., Garfinkal, P., Gallop, R., Stevens, B., & Streiner, D. (2000). The impact of nurses empathic response on patient pain management in acute care. **Nursing Research** 49: 1-10.
- White, F. (1994). Reflexology. **Nursing Time** 90 (1): 38-40.
- Yale, E. (1993). Preoperative teaching strategy. **AORN Journal** 57 (4): 901-908.





ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

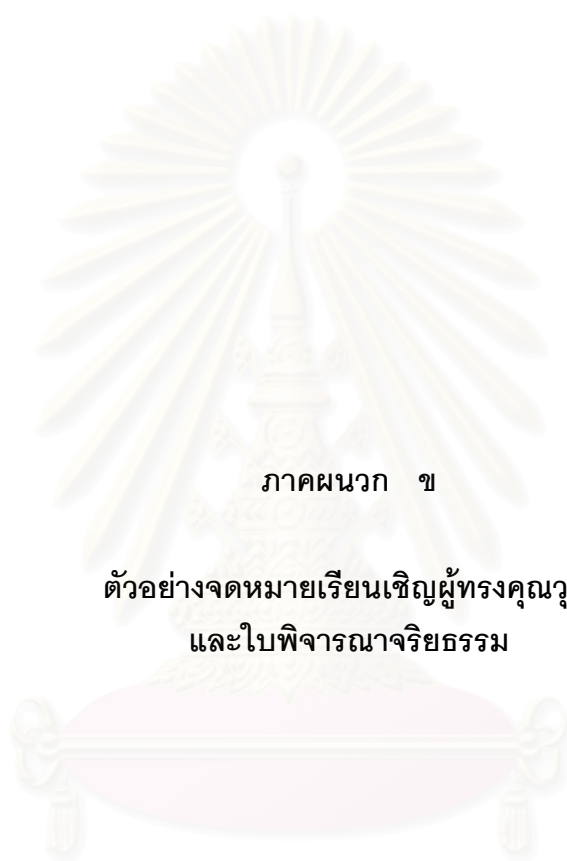
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- |  |   |
|--|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิษภภาภรณ์ มุลศิลป์      | อาจารย์ที่ปรึกษาทางการพยาบาล<br>ผู้สูงอายุ ชำราชากรบ้านาญ                           |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ คุณประเสริฐวงศ์ | อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์<br>คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล<br>รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. นายแพทย์อภิรักษ์ เชียร์ศิริกุล                  | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดิน<br>ปัสสาวะ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี                       |
| 4. นางพัชรีดา พิษิตพงศาภรณ์                        | หัวหน้างานหอผู้ป่วยศัลยกรรม<br>โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี                                |
| 5. นางพญศรี อุทัยรัตน์                             | หัวหน้าการแพทย์แผนไทย<br>โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี                                      |

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
และไปพิจารณาจริยธรรม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศช 0512.11/ 2669

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙3 ธันวาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกีฬา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ โทร. 02-218-9814
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางสาวธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์ โทร. 0-1978-9297



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย  
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- โครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก
- EFFECTS OF SYMPTOMS MANAGEMENT WITH FOOT REFLEXOLOGY PROGRAM ON PAIN AND FREQUENCY OF PAIN MEDICATION TAKING IN ELDERLY PATIENTS WITH PROSTATECTOMY
- ผู้วิจัยหลัก : นางสาวรัชฎกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์
- หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย  
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้  
21/3/25

ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทิศนประดิษฐ์)

เลขานุการ  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล)



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
  - แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

MMSE – Thai 2002

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) คะแนน

## 1. Orientation for time (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร .....
- 1.2 วันนี้วันอะไร .....
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร .....
- 1.4 ปีนี้ปีอะไร .....
- 1.5 นี้ฤดูอะไร .....

## 2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

## 2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร และ.....ชื่อว่าอะไร .....
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตึกอาคาร .....
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/ เขตอะไร .....
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร .....

## กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ บ้านเลขที่เท่าไร .....
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือ ละแวก / คู่ม / ย่าน / ถนนอะไร .....
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/ เขตอะไร .....
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร .....

## 3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา.. ยาย....)ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ (ตา...ยาย...) พูดทบทวนตามที่ดิฉันได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวดิฉันถามซ้ำ

- การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้     แม่น้ำ     รถไฟ    .....   

ในกรณีที่ท่าแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้     ทะเล     รถยนต์    .....   

## 4. Attention/ Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา ยาย ...) คิดเลขในใจเป็นไหม?

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ

ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา” .....   

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1, 2, หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว. ให้คุณ (ตา ยาย....) ฟังแล้วให้คุณ (ตา ยาย) สะกดถอยหลัง

จากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่า มอม่่า-สระอะ นอหนู สระอา-วอแหวน

ไหนคุณ (ตา ยาย....) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซี

ว    า    น    ะ    ม .....    .....    .....    .....    .....   

## 5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้     แม่น้ำ     รถไฟ    .....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้       ทะเล       รถยนต์ .....

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดู และถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” .....

6.2 ชี้นำพิกาะข้อ่มือให้ผู้ถูกทดสอบดู และถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” .....

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้  
แล้วให้คุณ (ตา ยาย...) พูดตามผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว”  
“ใครใครขายไก่ไข่” .....

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา ยาย...)

รับด้วยมือขวา พับครึ่งแล้ววางไว้ที่.....” (พื้น โต๊ะ เติง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาด เอ-4

ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา       พับครึ่ง       วางไว้ที่ (พื้น โต๊ะ เติง) .....

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา ยาย...) อ่าน

แล้วทำตาม คุณ (ตา ยาย...) จะอ่านออกเสียงหรือในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”       หลับตาได้ .....

10. Writing (1 คะแนน)

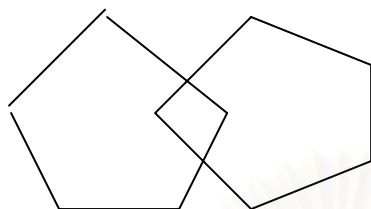
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง

หรือมีความหมายมา 1 ประโยค       ประโยคนี้มีความหมาย .....

## 11. Vasoconstriction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”

(ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



.....

คะแนนรวม.....

ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย นาง นางสาว.....นามสกุล.....อายุ .....ปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้)	$\leq 14$	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	$\leq 17$	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	$\leq 22$	30

# หลับตา

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
  - แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
  - แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา
- แบบประเมินความเจ็บปวด
- แบบบันทึกจำนวนครั้ง และปริมาณของการใช้ยาระงับปวด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสอบถามระดับความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวด ของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

### คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ต้องการประเมินความรู้สึของท่านเกี่ยวกับความเจ็บปวด ทั้งก่อนและหลังที่ได้รับการนัดจุดสะท่อนบนฝ่าเท้า เพื่อนำผลของการศึกษามาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากต่อไป ซึ่งข้อมูลที่ได้จากคำตอบของท่านจะถูกรวบรวมกับผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากรายอื่นๆ ถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเจ็บปวด

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกปริมาณและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวด (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย  หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง
------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------
3. ศาสนา
 

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> คริสต์	<input type="checkbox"/> อื่นๆ
-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------
4. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตร	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาโท
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....		
5. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท	<input type="checkbox"/> ข้าราชการบำนาญ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ



1. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร โปรดแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านภายหลัง  
ได้รับการนัดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

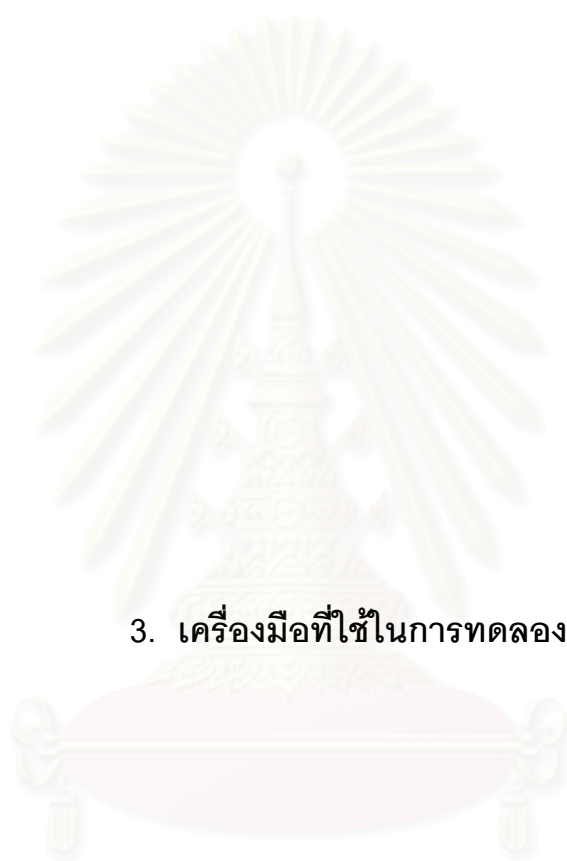
.....  
.....

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกปริมาณและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวด (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

ครั้งที่	ชนิดของยาระงับปวด	ปริมาณที่ได้รับ	วันที่	เวลา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## โปรแกรมจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

### ความสำคัญของปัญหา

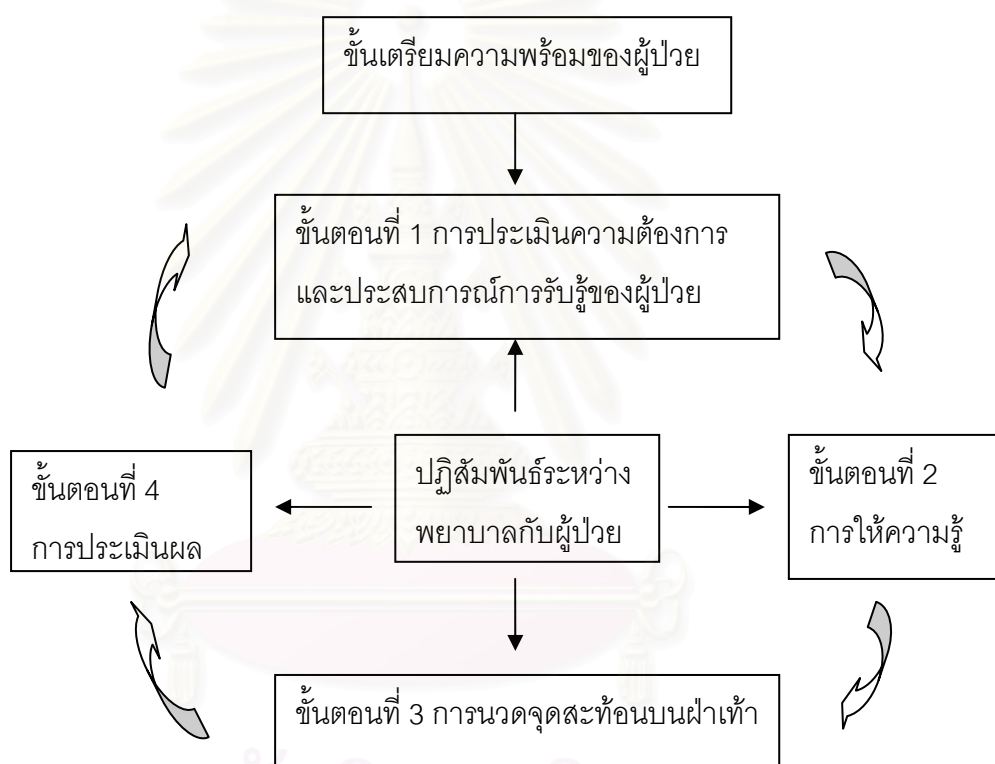
ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความผิดปกติภายในร่างกายของบุคคลซึ่งยากจะอธิบาย หรือบอกให้คนอื่นเข้าใจได้ (Mc Caffery & Pasero, 1999) โดยเฉพาะความเจ็บปวดหลังผ่าตัดซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทถูกทำลาย ได้รับความชอกช้ำ มีการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ได้รับบาดเจ็บขณะทำผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ และเข้ารับการรักษาโดยทำผ่าตัดต่อมลูกหมากโตซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ (อนุพันธ์ สันติวงศ์ และคณะ, 2544) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่ได้รับการบรรเทาปวดอย่างเพียงพอทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด โดยความเจ็บปวดจะส่งผลเสียต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ ความสามารถในการรักษาสมดุลงต่างๆของร่างกายลดลง ฟื้นฟูช้า ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจทำให้รู้สึกไม่สบาย นำรำคาญ หงุดหงิดและทุกข์ทรมาน

### ปรัชญา

การจัดการกับอาการที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุเช่นแนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการ และอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆกันซึ่งการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นที่ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ได้แก่การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ร่วมกับมีส่วนช่วยในการจัดการกับอาการโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถบรรเทาอาการนั้นด้วยตนเองได้ จึงต้องอาศัยบุคลากรที่มีสุขภาพ เช่นพยาบาล เป็นต้น จึงทำให้ช่วยลดความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นได้

## โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นโปรแกรมที่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก เนื่องจากโปรแกรมนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีระบบเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากความร่วมมือซึ่งกันและกันในการจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น โดยเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้



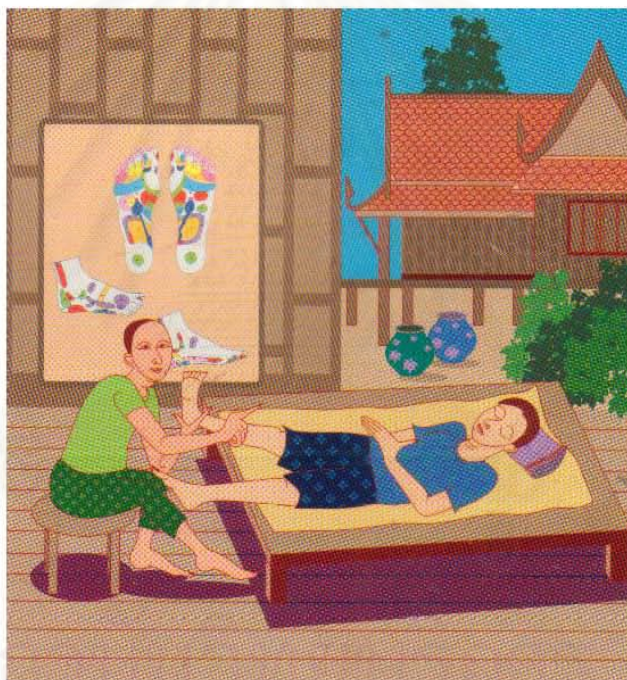
## แผนการสอน เรื่อง ความเจ็บปวดและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายบุคคลด้วยวิธีการสอนในเรื่องเกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต สาเหตุ อาการ การรักษาที่ได้รับ และการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากการทำผ่าตัด และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ได้รับ โดยจะทำการประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยก่อน ร่วมกับการให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ขาดไป และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในส่วนที่สงสัย หรือไม่เข้าใจ โดยใช้แผนการสอนประกอบ

กลุ่มเป้าหมาย.....	ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก
จำนวนผู้ป่วย.....	รายบุคคล
สถานที่ .....	หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
ระยะเวลา .....	30 - 45 นาที
ผู้สอน .....	ธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์
วัตถุประสงค์.....	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคต่อมลูกหมาก การรักษาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และคำแนะนำในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ได้รับ</li> <li>2. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ได้รับได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม</li> </ol>

## คู่มือ

การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าผู้สูงอายุเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด  
หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก



ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จัดทำโดย

นางสาว ธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์  
นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## นิติตปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### คำนำ

การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นศาสตร์และศิลป์อย่างหนึ่งที่ใช้ในการวินิจฉัย รักษาโรควิธีหนึ่ง โดยใช้นิ้วมือกดจุดต่างๆ บนฝ่าเท้า ซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้อยู่ในสภาพสมดุล

การจัดทำคู่มือการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าผู้ป่วยสูงอายุเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก เป็นวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา โดยการดูแลแบบผสมผสานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพการรักษายาบาลโดยไม่เพิ่มค่าใช้จ่าย ตลอดจนเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ในขอบเขตของวิชาชีพ และเป็นการส่งผลดีต่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี และเป็นการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยได้

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งเพื่อใช้เป็นแนวทางในการทบทวน ฝึกปฏิบัติในจุดกดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น

ธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์

ธันวาคม 2548

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
1 บทนำ	4
2 ประโยชน์ของการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า	5
3 การเตรียมตัวผู้นวด	5
4 การเตรียมการนวด	6
5 ข้อควรระวังในการนวด	7
6 การเตรียมอุปกรณ์การนวด	7
7 ขั้นตอนการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า	7
7.1 การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าข้างซ้าย	8
7.2 การนวดจุดสะท้อนบนหลังเท้า	24
7.3 การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าด้านนอก	28
7.4 การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าด้านใน	34
7.5 การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าข้างขวา	40
7.6 ขั้นตอนสุดท้าย	43
8 รายการอ้างอิง	44

## 1. บทนำ

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นประสบการณ์การรับรู้ที่ไม่สุขสบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ซึ่งเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตราย หากความเจ็บปวดหลังผ่าตัดไม่ได้รับการบรรเทาอย่างเพียงพอทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทุกข์ทรมานและไม่สุขสบาย การบรรเทาความเจ็บปวดมีทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งการใช้ยาระงับความเจ็บปวดในผู้ป่วยสูงอายุอาจได้รับผลข้างเคียงที่รุนแรงกว่าวัยอื่น เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาเรื้อรังต่อสุขภาพได้ การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยามีหลายวิธีซึ่งต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

ปัจจุบันการดูแลแบบผสมผสานมีการยอมรับมากขึ้นและกำลังได้รับความนิยมโดยทั่วไปในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าก็เป็นวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจนำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นศาสตร์และศิลป์อย่างหนึ่งที่ใช้ในการวินิจฉัย รักษาโรค และส่งเสริมสุขภาพที่นิยมใช้กันมานานกว่า 5,000 ปีในประเทศจีน (ศักดิ์ บวร, 2543; Allen, 1999) การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นส่วนหนึ่งของการนวดแผนไทย และเป็นภูมิปัญญาอันล้ำค่าของคนไทยมีการถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง ภายในครอบครัวจากพ่อแม่สู่ลูก และจากครูไปสู่ศิษย์

การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นการช่วยรักษาโรควิธีหนึ่ง โดยใช้นิ้วมือกดจุดสะท้อนต่างๆ บนฝ่าเท้า ซึ่งการกดนวดบางแห่งของเท้า เป็นการกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายที่สัมพันธ์กันให้อยู่ในสภาพสมดุล เป็นการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพการรักษายาบาลโดยไม่เพิ่มค่าใช้จ่าย ตลอดจนเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ในขอบเขตของวิชาชีพ และก่อให้เกิดดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ สามารถเยียวยาด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี และเป็นการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยได้ เป็นการให้บริการที่สะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย และสามารถสอนให้แก่สมาชิกที่มารับการพยาบาล และญาติผู้ป่วยเพื่อสามารถนำไปปฏิบัติแก่ผู้ป่วยได้

การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าผู้ป่วยสูงอายุเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากนี้จะประโยชน์ใช้เป็นแนวทางในการทบทวน ฝึกปฏิบัติ นวดกดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า เพื่อให้เกิดการยอมรับมากขึ้น หรือพัฒนาให้มีศักยภาพที่สอดคล้องและเป็นประโยชน์สูงสุดต่อไป



## 2. ประโยชน์ของการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

1. ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต น้ำเหลือง และเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งมีประโยชน์ในการบรรเทาความเจ็บปวด ลดความทุกข์ทรมาน และช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ส่งผลดีในด้านจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย นอนหลับได้ดีขึ้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล แสดงถึงความเอื้ออาทรและห่วงใย รู้สึกอบอุ่น
3. ช่วยป้องกันโรค และบำบัด เพื่อบรรเทาอาการของโรค หากนวดจุดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าเป็นประจำจะทำให้ร่างกายแข็งแรง และหายจากโรคได้ การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าจะให้ผลดีในการป้องกันโรค เช่น ท้องผูก หืด โรคเกี่ยวกับกระเพาะปัสสาวะ โรคไต นิ่วในถุงน้ำดี ไมเกรน ไชนัส และโรคเครียด เป็นต้น
4. เป็นการดูแลสุขภาพสภาพในเชิงรุก และช่วยให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเอง

## 3. การเตรียมตัวผู้นวด

การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าตามหลักการของสถาบันแพทย์แผนไทย เป็นการส่งความปรารถนาดีไปสู่ผู้รับการนวด ผู้นวดจึงต้องเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ครอบครองอยู่ในศีลธรรมอันดี กตัญญูต่อผู้มีพระคุณ และผู้นวดยังต้องมีการเตรียมตัวด้านอื่นๆ ดังนี้ (สถาบันแพทย์แผนไทย, 2540)

1. การฝึกกำลังนิ้ว ผู้นวดต้องมีการฝึกกำลังนิ้วทุกวันเพื่อให้นิ้วมือมีกำลังแข็งแรง เมื่อใช้นวดผู้ป่วย จะได้มีกำลังเพียงพอ มือไม่สั่น ไม่อ่อนแรง กดได้ตรงเป้าหมายการรักษาจะทำให้ได้ผลดี
2. การแต่งรสมือ มีการลงน้ำหนักมือที่กดเป็น 3 ขนาด คือ น้ำหนักเบา น้ำหนักปานกลาง น้ำหนักมาก เมื่อเริ่มกด จะลงน้ำหนักเบาเพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้ออุ่นตัว หลังจากนั้นๆ จึงค่อยๆ เพิ่มน้ำหนักมากขึ้นเป็นปานกลาง แล้วจึงเพิ่มน้ำหนักเป็นมาก การกดน้ำหนักเพิ่มขึ้นทีละน้อยจะทำให้กล้ามเนื้อสามารถปรับตัวรับน้ำหนักได้ ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บมาก ไม่เกิดอันตราย
3. การกำหนดลมหายใจ ผู้นวดจะมีการกำหนดลมหายใจเป็นคาบ คือกำหนดการหายใจเข้าออก 1 รอบ เป็น 1 คาบ ถ้าหายใจสั้นก็จะเป็นคาบน้อย หายใจยาวเป็นคาบใหญ่ ทำให้การ

นวดกดแต่ละจุดมีสมาธิ ให้จิตใจจดจ่ออยู่กับนิ้วที่กดลงบนผู้ป่วย หนองเน้นแล้วนิ้วไว้กำหนด ลมหายใจ ต้องระลึกไว้เสมอว่าจุดที่กดลงนั้นกดเพื่ออะไร จะใช้น้ำหนักเท่าใด ใช้เวลานานเท่าใด

4. การกำหนดองศามาตราส่วน คือ การวางท่าของผู้นวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะใช้มือกด เพื่อให้แรงที่ใช้กดนั้นลงตรงจุด และมีน้ำหนักเพียงพอ นอกจากนี้การวางมือ การวางเท้า ท่านั่ง ต้องเหมาะสมกับมือที่กดลงบนผู้ป่วยด้วย

5. ผู้นวดล้างมือให้สะอาด ตัดเล็บให้สั้น ถ้ามือเป็นแผลไม่ควรนวด

6. ผู้นวดต้องถอดแหวน กำไล นาฬิกาเพื่อป้องกันการครูดกับผิวหนังผู้ป่วย

#### 4. การเตรียมการนวด

1. อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการนวด และการปฏิบัติให้ผู้ป่วยทราบ
2. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย
3. ผู้นวดและผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ผ่อนคลายไม่เกร็งตัว
4. ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่พร้อม ไม่เหน็ดเหนื่อย
5. ตั้งใจนวดโดยเริ่มจากการกำหนดน้ำหนักมือ นวดด้วยความนุ่มนวลและตั้งใจ
6. ควรนวดหลังรับประทานอาหารแล้ว 1 ชั่วโมง
7. ผู้ป่วยควรดื่มน้ำอุ่น 1 แก้ว (300-500 cc) ภายหลังจากนวดเสร็จ เพราะร่างกายเมื่อมีการ กดจุดสะท้อน จะทำให้กรดแลคติก ถูกขับออกมา น้ำจะช่วยชะล้างละลายของเสียที่ถูกขับออกมา จากอวัยวะต่างๆ แล้วขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะ และบางรายอาจจะรู้สึกคล้ายเป็นไข้ จึง จำเป็นต้องใช้น้ำเป็นตัวช่วยในการขับกรดแลคติกนั้นออกไป

#### 5. ข้อควรระวังในการนวด

1. ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของ โลหิต น้ำเหลือง และเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งมีประโยชน์ในการบรรเทาความ เจ็บปวด ลดความทุกข์ทรมาน และช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ส่งผลดีในด้านจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย นอนหลับได้ดีขึ้น เป็นการ สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล แสดงถึงความเอื้ออาทรและห่วงใย รู้สึกอบอุ่น
3. ช่วยป้องกันโรค และบำบัด เพื่อบรรเทาอาการของโรค หากนวดกดจุดสะท้อนบนฝ่า เท้าเป็นประจำจะทำให้ร่างกายแข็งแรง และหายจากโรคได้ การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าจะให้

ผลดีในการป้องกันโรค เช่น ท้องผูก ทืด โรคเกี่ยวกับกระเพาะปัสสาวะ โรคไต นิ่วในถุงน้ำดี ไมเกรน ไซนัส และโรคเครียด เป็นต้น

4. เป็นการดูแลรักษาสุขภาพในเชิงรุก และช่วยให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเอง

## 6. การเตรียมอุปกรณ์การนวด

1. ผ้าขนหนูสำหรับพันเท้า จำนวน 2 ผืน
2. ครีมบำรุงผิว เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นและลดแรงเสียดสี
3. แป้งฝุ่น
4. แอลกอฮอล์ 70% เพื่อใช้ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณเท้า ก่อนการนวด

## 7. ขั้นตอนการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า

การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าผู้ป่วยสูงอายุเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก เป็นวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดและลดความทุกข์ทรมาน และทำให้เกิดการผ่อนคลายได้นั้น มีขั้นตอนในการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดซึ่งจะต้องเน้นจุดต่างๆ โดยการกดเป็นเวลานาน (คาบใหญ่) กดลึกตามความเหมาะสมกับตำแหน่งบริเวณฝ่าเท้าที่สะท้อนไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกายและสภาพผิวหนังบริเวณฝ่าเท้าของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดด้วย ตำแหน่งจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าที่ต้องเน้นเพื่อลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ได้แก่ หัวใจ จุดจอมประสาท สมอง ต่อมใต้สมอง ปอด กระบังลม กระดูกสันหลัง ต่อมหมวกไต ไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ อัณฑะ/รังไข่ และมดลูก/ต่อมลูกหมาก

ก่อนทำการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณเท้าทั้ง 2 ข้างของผู้ถูกนวด ด้วยแอลกอฮอล์ 70 % ก่อนการนวด และใช้ผ้าขนหนูพันห่อเท้าของผู้ถูกนวดข้างขวา (ข้างที่นวดทีหลัง) หลังจากนั้นเริ่มต้นนวดฝ่าเท้าข้างซ้ายก่อนตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

## 7.1 การนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าข้างซ้าย

1. ใช้สันมือทั้งสองข้าง วางบริเวณใต้ตาตุ่มทั้งสองข้าง พร้อมใช้สันมือบ้นข้อเท้า 5 ครั้ง



รูปที่ 1

2. เลื่อนมือทั้งสองข้างมาที่บริเวณปลายเท้า แล้วบ้นปลายเท้า 5 ครั้ง

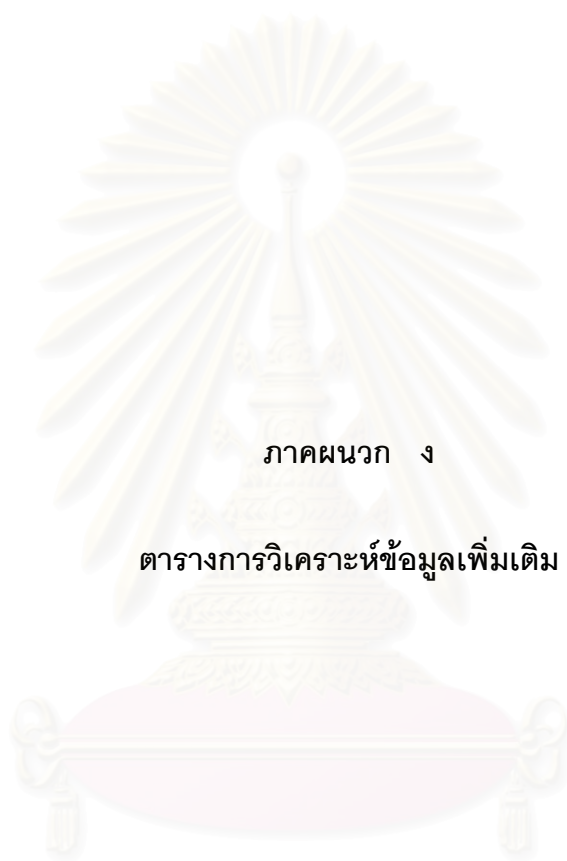


รูปที่ 2

3. ซิลิโคนครีมที่บริเวณหลังเท้าและฝ่าเท้าโดยใช้ทั้งสองมือของผู้นวดวางบนหลังเท้าและฝ่าเท้าของผู้ถูกนวดโดยลูบสลับเข้าหาตัวผู้นวด จำนวน 5 ครั้ง



รูปที่ 3



ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

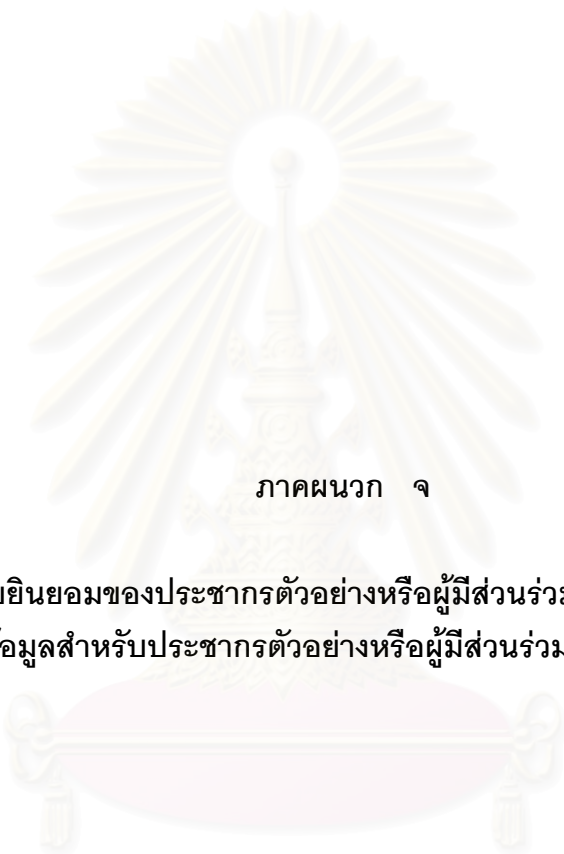
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 แสดงอายุ ประสบการณ์การผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และแสดงคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลัง การทดลองของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่มือ	อายุ (ปี)		ประสบการณ์ ผ่าตัด		ความเจ็บปวด			
	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
					ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง
1	65	62	เคย	เคย	7	7	6	3
2	64	63	เคย	เคย	6	6	7	4
3	80	79	เคย	เคย	6	6	7	3
4	74	77	เคย	เคย	7	7	8	5
5	75	73	เคย	เคย	5	5	7	3
6	67	71	เคย	เคย	7	7	7	3
7	73	75	เคย	เคย	7	7	7	3
8	78	76	เคย	เคย	8	7	7	5
9	70	73	เคย	เคย	7	7	7	3
10	83	85	เคย	เคย	7	7	7	3
11	62	66	ไม่เคย	ไม่เคย	7	6	7	3
12	67	69	ไม่เคย	ไม่เคย	6	6	7	3
13	71	70	ไม่เคย	ไม่เคย	7	6	8	5
14	64	69	ไม่เคย	ไม่เคย	7	6	7	3
15	61	65	ไม่เคย	ไม่เคย	8	7	8	4
16	82	85	ไม่เคย	ไม่เคย	7	7	7	3
17	78	79	ไม่เคย	ไม่เคย	8	8	8	5
18	77	75	ไม่เคย	ไม่เคย	7	7	7	4
19	68	71	ไม่เคย	ไม่เคย	8	7	8	5
20	69	73	ไม่เคย	ไม่เคย	8	8	7	6
					$\bar{X} = 7.0$ SD=.858	$\bar{X} = 6.65$ SD=.813	$\bar{X} = 7.2$ SD=.523	$\bar{X} = 3.75$ SD=.910

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	1	0
2	0	2
3	0	2
4	2	1
5	0	2
6	3	0
7	3	1
8	3	2
9	3	1
10	0	0
11	2	0
12	1	0
13	0	1
14	3	1
15	3	1
16	3	0
17	2	2
18	3	2
19	2	1
20	3	2
	$\bar{X} = 1.85$ SD= 1.268	$\bar{X} = 1.05$ SD= .826



ภาคผนวก จ

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อ  
ความเจ็บปวด และจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับ  
การผ่าตัดต่อมลูกหมาก

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึง  
ผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามและเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้นี้เป็นที่  
เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วม  
ศึกษานี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็น  
ประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูล  
สรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้  
เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการ จึงได้ลงนามในใบ  
ยินยอมนี้

.....  
สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....  
สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้วิจัยหลัก

.....  
สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

## (Patient participant information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ชื่อผู้วิจัย นางสาวธัญชนก พงศ์ปิยะไพบูลย์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมือง  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โทรศัพท์ที่ทำงาน 077-272231 ต่อ 2347

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 01-9789297

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาระงับปวดภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลในงานวิจัยที่ระบุถึงผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก จะถูกถอดออกเป็นรหัส ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

3. รายละเอียด และขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยครั้งนี้ จะสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 20 คน โดยใช้วิธีการหยิบฉลากอย่างง่าย

3.1. กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากกลุ่มนี้ จะได้รับการดูแลตามปกติโดยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีระกอบด้วยด้วยในระยะก่อนผ่าตัดจะเป็นการให้ความรู้ และคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดต่างๆ ไป การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด การดื่มน้ำและอาหาร การดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่างๆ ไป และจะมีการประเมินสอบถามความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

3.2. กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนัดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า กล่าวคือ เมื่อแรกเริ่มผู้ป่วยจะประเมินภาวะสุขภาพ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และประเมินสภาพทั่วไปเกี่ยวกับความเจ็บปวด รวมทั้งการให้ความรู้โดยการสอนเป็นรายบุคคลในเรื่องเกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต อาการสาเหตุ การรักษาที่ได้รับ การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดโดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย เปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยและไม่เข้าใจ และทำการนัดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก หลังจากนั้นจะมีการประเมินสอบถามความเจ็บปวดของผู้ป่วยอีกครั้ง

4. ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าสามารถนัดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าและไม่มีข้อห้ามในการนัด

5. ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการสอบถามความสมัครใจเพื่อรับการประเมินสมรรถภาพสมอง โดยใช้ แบบทดสอบระดับสภาพสมองเบื้องต้น โดยมีคะแนนการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัย

6. ผู้วิจัยจะประเมินสภาพร่างกายและวัดสัญญาณชีพผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกราย ก่อนให้การนัดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า หากขณะที่ทำการนัดมีอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด เป็นลม มีไข้ ผู้วิจัยจะหยุดนัดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า และให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมทันที

7. ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก มีสิทธิเข้าร่วม หรือปฏิเสธในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาทำการวิจัย โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมงานวิจัยจะไม่มีผล ต่อการได้รับการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

8. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่เข้าร่วมการวิจัย

9. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าจะได้รับคำยินยอมไว้ โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ฉ

วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## กระทรวงสาธารณสุข

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาว อัญจนก พงศปิยะไพบูลย์

ได้สำเร็จหลักสูตรนวดแผนไทย รุ่นที่ 4

ตามโครงการนวดแผนไทย เพื่อบรรเทาผลกระทบทางสังคม

จากวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ ปีงบประมาณ 2542

ให้ไว้ ณ วันที่ 30 เดือน กันยายน พุทธศักราช 2542

สุจิต สุนทร

( นายแพทย์สุจิต ศรีประพันธ์ )

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

( นายจรัส ตฤณวุฒิพงษ์ )  
รองอธิบดี รักษาราชการแทน  
อธิบดีกรมการแพทย์



# กระทรวงสาธารณสุข

ร่วมกับ

## กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

ให้วุฒิบัตรฉบับนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาว อัญญาพร พงศ์ปิยะไพบูรณ์

ได้เข้ารับการฝึกอบรม

หลักสูตรนวัตแผนไทยสำหรับทำงานต่างประเทศ ๘๐๐ ชั่วโมง รุ่นที่ ๑

โดยสถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข

ระหว่างวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๕๔ ถึง ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๔

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๘ เดือน พฤศจิกายน พุทธศักราช ๒๕๕๔



( นายวินัย วิริยกิจจา )  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

( นายจิระวัชร ชันทรประเสริฐ )  
ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม



Ministry of Public Health

and



Ministry of Labour and Social Welfare

Award this Certificate of Training

To

Miss Tunyakanok Pongpiyapiboon

For successful achievement in the training program on

Thai Traditional Massage for Working in Overseas Group 1

Between 11st July and 16th November 2001

Given on 28th day of November 2001

*Wirinai*

(Dr. Wirinai Wiriyakitjar, M.D.)

Permanent Secretary, Office of the  
Permanent Secretary for Public Health

*Elawat*

(Mr. Elawat Chandraprasert)

Permanent Secretary, Office of the  
Permanent Secretary for Labour and Social Welfare





ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

คุณธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์

ได้เข้าร่วมประชุม วิชาการและการอบรม

เรื่องนวดกดจุดฝ่าเท้ากับการบรรเทาอาการ

ระหว่างวันที่ 21-22 มกราคม 2549

ขอให้ท่านนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

ครอบครัวและให้ประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์ และขอความมีสุขสวัสดิ

จงมีแต่ท่านและครอบครัวสืบไป

ผศ.ดร.ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์

ประธานและผู้จัดอบรม



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์ เกิดวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2500 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลสงขลา ปีการศึกษา 2524 และได้ผ่านการอบรมนวดแผนไทยจากสถาบันการแพทย์แผนไทย 2 ครั้ง หลักสูตรนวดแผนไทย รุ่นที่ 4 และหลักสูตรนวดแผนไทยสำหรับทำงานต่างประเทศ 800 ชั่วโมง รุ่นที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2544 ตามลำดับ จากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2546 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย