

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะ
ของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ



นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ

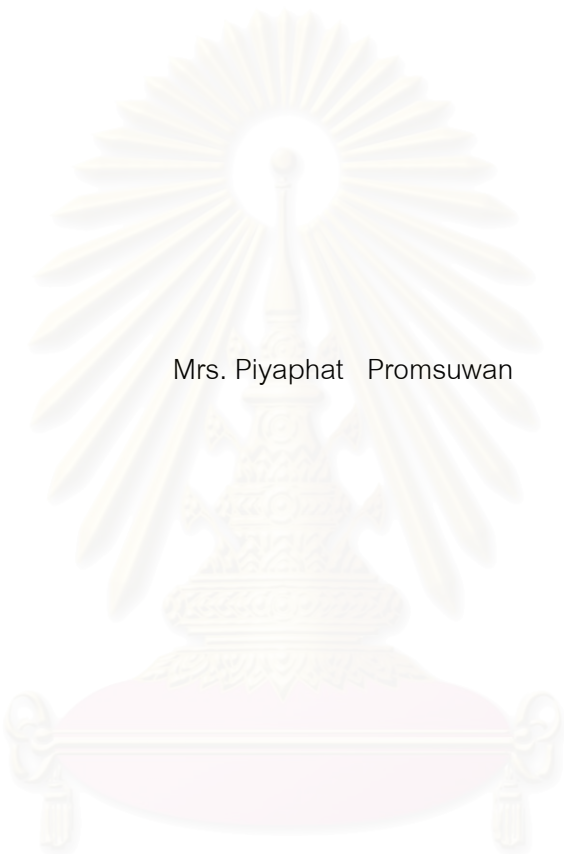
สถาบันวิทยบริการ
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-1906-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PATIENT EDUCATION AND MEDITATION PROGRAM ON HEADACHE
IN AIDS PATIENTS WITH CRYPTOCOCCAL MENINGITIS



Mrs. Piyaphat Promsuwan

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

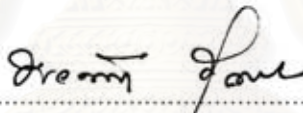
ISBN 974-14-1906-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะ
ของ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
โดย นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

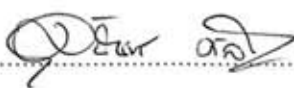

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ)


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


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสม)

ปิยภัทร พรหมสุวรรณ : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (THE EFFECT OF PATIENT EDUCATION AND MEDITATION PROGRAM ON HEADACHE IN AIDS PATIENTS WITH CRYPTOCOCCAL MENINGITIS) อ.ที่ปรึกษา : ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา อ.ที่ปรึกษาร่วม : อาจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์, 135 หน้า. ISBN : 974-14-1906-6

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 40 คน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2548 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2548 กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ และชนิดของยาระงับปวดที่ได้รับ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิซึ่งใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การทำสมาธิ และการประเมินผล สื่อที่ใช้คือแผนการสอนร่วมกับคู่มือความรู้เรื่องโรคเอดส์และการจัดการกับอาการปวด โดยโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิได้รับการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดค่าตัวเลข (Numerical Rating-scale) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที และสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สาขาวิชา..... พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา..... 2548.....

ลายมือชื่อนิสิต..... *ปิยภัทร พรหมสุวรรณ*.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... *ชนกพร จิตปัญญา*.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... *วาสนี วิเศษฤทธิ์*.....

4677581736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: PATIENT EDUCATION AND MEDITATION PROGRAM/ AIDS/ CRYPTOCOCCAL MENINGITIS

PIYAPHAT PROMSUWAN : THE EFFECT OF PATIENT EDUCATION AND MEDITATION PROGRAM ON HEADACHE IN AIDS PATIENTS WITH CRYPTOCOCCAL MENINGITIS.
 THESIS ADVISOR : ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., THESIS CO-ADVISOR : CAPT. WASINEE WISESRITH, Ph.D. , 135 pp. ISBN 974-14-1906-6

The purpose of this quasi-experimental research was to test the effect of patient education and meditation program on headache in AIDS patients with cryptococcal meningitis. The participants consisted of 40 patients with AIDS with cryptococcal meningitis who admitted in medical ward at Bamrasnaradura Institute from August, 2005 to November, 2005. The patients were selected into an experimental group and control group by a matched-pair technique. The two groups were similar in sex, age, and analgesic drugs. Research instrument was the patient education and meditation program . This program included of: (a) interactive nursing care, (b) didactic information, (c) meditation, and (d) evaluation. The pain scale was used in this research. The instruments was validated by 6 experts. Statistical techniques used for data analysis were percentage, means, standard deviation, t-test and ANCOVA

Major results were as follows :

1. The post-test of headache level of AIDS patients with cryptococcal meningitis in the experimental group was significantly lower than that of the pre test at the .05 level.
2. The headache level of AIDS patients with cryptococcal meningitis receiving the patient education and meditation program and the group receiving a routine nursing care were not significantly difference at the .05 level.

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

Academic year... 2005.....

Student's signature..... *Piyaphat Promsuwan*

Advisor's signature..... *Ch. J*

Co-Advisor's signature..... *Wasinee Wisersith*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างดียิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา และอาจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะสำหรับแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบำราศนราดูรที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง สถาบันบำราศนราดูรที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้เข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณอธิการบดี และคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานีที่กรุณาให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษา รวมทั้งสนับสนุนทุนอุดหนุนการศึกษา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยบางส่วน

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น น้องๆ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเพื่อนๆ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานีที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ สมาชิกในครอบครัวทุกคน ครอบครัวจินดาประชาและครอบครัวทองบุตร พ.ต.ท. กิตติพงษ์ พรหมสุวรรณ ที่ได้คอยเป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา.....	12
1.1 พยาธิสภาพของโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา.....	12
1.2 ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา.....	13
1.3 การวินิจฉัยโรคโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา.....	13
1.4 การรักษาโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา.....	14
2. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวด.....	15
2.1 ความหมายของความเจ็บปวด.....	15
2.2 ประเภทของความเจ็บปวด.....	15
2.3 กลไกการเกิดความเจ็บปวด.....	16
2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับความปวด.....	17
2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวด.....	20
2.6 การประเมินความเจ็บปวด.....	22
2.7 ความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา..	25
2.8 บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด.....	25
3. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล.....	29
3.1 ความหมายของการให้ข้อมูล.....	30

	หน้า
3.2 ประเภทของข้อมูล.....	30
3.3 หลักการให้ข้อมูล.....	31
3.4 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูล	31
3.5 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ	33
4. แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิ	33
4.1 ความหมายของสมาธิ	33
4.2 ระดับของสมาธิ	34
4.3 รูปแบบของการฝึกสมาธิ	35
4.4 อานาปานสติสมาธิ	35
4.5 กลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการทำสมาธิ	36
4.6 ประโยชน์ของการฝึกสมาธิในแง่ของการรักษาโรค	37
4.7 การทำสมาธิในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ	37
5. โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ	38
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	49
วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การดำเนินการทดลอง.....	60
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	71
สรุปผลการวิจัย.....	74
การอภิปรายผลการวิจัย.....	74
ข้อเสนอแนะ	79
รายการอ้างอิง.....	82

ภาคผนวก ก	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	94
ภาคผนวก ข	ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	96
ภาคผนวก ค	ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจริยธรรมและเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	102
ภาคผนวก ง	ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	108
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....		144



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คุณสมบัติของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจำแนกตามเพศ อายุ และยาแก้ปวดที่ได้รับ.....	52
2	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ	53
3	แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ ยาบรรเทาปวดที่ได้รับ อาการหลังได้ยาบรรเทาปวด.....	54
4	แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสาเหตุของอาการปวดศีรษะ ลักษณะของการปวดศีรษะ และผลกระทบเมื่อมีอาการปวดศีรษะ.....	55
5	แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่ของอาการปวดศีรษะ.....	56
6	แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์เกี่ยวกับการฝึกสมาธิ และผลของการทำสมาธิ ต่อความรู้สึกเจ็บปวด.....	56
7	แสดงขั้นตอนการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
8	แสดงการเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบระหว่างก่อนและหลังการให้การพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุมและการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิของกลุ่มทดลอง.....	69
9	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของความเจ็บปวดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ	70

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานทางระบาดวิทยาสรุปสถานการณ์ของโรคติดเชื้ออหิวสที่สำคัของ ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยพบว่าโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราในผู้ป่วยเอดส์พบมากเป็น อันดับ 3 ของโรคติดเชื้ออหิวส คิดเป็นร้อยละ 14.7 (สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2547) และจากรายงานประจำปีของสถาบันบำราศนราดูร ปี 2546 พบว่าโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ จากเชื้อราเป็นโรคแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุการตายที่พบมากเป็นอันดับ 2 ของโรคติดเชื้ออหิวส โอกาสที่พบในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันบำราศนราดูร คิดเป็นร้อยละ 13.4 และ 11.1 ตามลำดับ (สถาบันบำราศนราดูร, 2546) ผู้ป่วยเอดส์ที่ป่วยเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ จากเชื้อราจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรง มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ซึมลงและชักเกร็ง (พิไลพันธ์ พุทธิวัฒน์, 2541; เยาวรัตน์ อินทอง, 2542; ศมนีย์ ศุขรุ่งเรือง, 2542) และจากการศึกษาเกี่ยวกับ อาการทุพขัทรมาณในผู้ป่วยเอดส์ที่ป่วยเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราพบว่าอาการปวด เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยเอดส์กลุ่มนี้เพราะก่อให้เกิดความทุพขัทรมาณและคูกคามต่อชีวิตและ อาการปวดศีรษะเป็นอาการปวดที่พบได้มากที่สุดและมีความรุนแรงมากกว่าอาการปวดที่อวัยวะ อื่นๆ (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2547; Newshan & Wainapel, 1993; Eldridge, Lossin, Nicholas et al., 1994)

จากการศึกษาพบว่าความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับบุคคลใดๆก็ตามมีปัจจัย สาเหตุหลาย ประการโดยนอกจากปัจจัยทางสรีรวิทยาแล้วความเจ็บปวดยังมีสาเหตุจากปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความเครียด ความวิตกกังวล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนอาการ ปวดศีรษะในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ สาเหตุเกิดจากพยาธิสภาพของโรคโดยเมื่อ มีการติดเชื้อราที่เยื่อหุ้มสมองจะทำให้เกิดการบวมและการอักเสบของเยื่อหุ้มสมองส่งผลให้เกิด อาการปวดศีรษะที่รุนแรง (พิไลพันธ์ พุทธิวัฒน์, 2541; เยาวรัตน์ อินทอง, 2542; ศมนีย์ ศุขรุ่งเรือง, 2542) นอกจากอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจะเกิดจากปัจจัยด้าน สรีระแล้วอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีปัจจัยด้านจิต สังคม และสิ่งแวดล้อมเข้ามา เกี่ยวข้องด้วย (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2547) เนื่องจากการเป็นโรคเอดส์นับเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ รุนแรงและก่อให้เกิดความเครียดที่เรื้อรัง (Holland, Jacobson & Breitbart, 1992) ทั้งนี้เนื่องจาก เป็นที่รับรู้กันโดยทั่วไปว่าเอดส์เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นโรคที่มีความรุนแรง

เป็นแล้วต้องเสียชีวิตทุกราย (ศิริชัย ดาริกานนท์, 2541) ทำให้ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตของตนเองถูกคุกคาม เกิดความวิตกกังวล กลัวความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิต (ธนา นิลชัยโกวิท, 2537; Ostrow, 1997) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังกลัวการถูกประณามจากสังคมรอบข้าง กลัวการถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น จึงทำให้ผู้ป่วยเอดส์ขาดความมั่นคงและความมั่นใจในการดำเนินชีวิต รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ไร้คุณค่า ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นมีผลทั้งด้านการรับรู้และการแสดงออกต่อความเจ็บปวด (Sofear, 1998) เนื่องจากสภาวะอารมณ์ในด้านลบเหล่านี้ทำให้เกิดการกระตุ้นกล้ามเนื้อให้หดตัวมากขึ้นและไปกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลางให้เปิดประตูระบบควบคุมประตู่ที่ไขสันหลังมีผลทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงขึ้น และความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้นจะไปรบกวนทำให้เกิดความกลัวหรือความวิตกกังวลมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (พูลศรี พัฒนพงษ์, 2538; Cousins & Power, 1999)

อาการปวดศีรษะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยเอดส์ เมื่อมีการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลงทำให้ต้องพึ่งพาศูนย์บุคคลอื่นมากขึ้น (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540; วาธินี คชมาตย์, 2540) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539; กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545; ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว ภาวะการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต้องสูญเสียหน้าที่การงาน ขาดรายได้ และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัวและประเทศชาติ ดังนั้นอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องการการจัดการเนื่องจากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะจะมีความต้องการการดูแลบรรเทาปวดและบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ (เยาวรัตน์ อินทอง และไพเราะ แสนสุรัตน์, 2546; วาสินี วิเศษฤทธิ์, 2547) และจากรายงานการวิจัยที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ที่ป่วยเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราในสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 462 ราย พบว่าปัญหาความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องการการพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 100) คือ เมื่อมีอาการปวดศีรษะ โดยกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดที่ผ่านมาที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การให้ยาแก้ปวด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ กิจกรรมการพยาบาลในบทบาทอิสระของพยาบาลที่สำคัญแต่ยังพบน้อย คือ การจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา นอกจากนี้ยังพบว่าทำให้คำแนะนำโดยพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการดีขึ้นจากอาการป่วยด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา (เยาวรัตน์ อินทอง และไพเราะ แสนสุรัตน์, 2546)

ในปัจจุบันการรักษาดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์เน้นในเรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ร่วมกับการส่งเสริมดูแลสุขภาพ จนกระทั่งผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนต่างๆ และในที่สุดการรักษาไม่ตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ เช่น โรคเชื้อราในสมอง โรคปอดอักเสบ ซึ่งแนวทางการรักษาผู้ป่วยเอดส์ในระยะสุดท้ายนั้นจะเป็นการรักษาแบบ ประคับประคองตามอาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ การรักษาบรรเทาอาการปวด อาการแทรกซ้อนต่างๆ (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2547) ส่วนการบำบัดความเจ็บปวดในผู้ป่วยเอดส์ที่ป่วยเป็นโรคเยื่อหุ้มสมอง อักเสบจากเชื้อราตามแนวทางการรักษาของแพทย์ วิธีการรักษายังคงเป็นการรักษาด้วยยาแก้ปวด การเจาะหลัง การใส่ท่อระบายน้ำไขสันหลัง และการให้ยาต้านเชื้อรา (ฟีโลพันธ์ พุฒวัฒน์, 2541; เยาวรัตน์ อินทอง และ ไพเราะ แสนสุรัตน์, 2546) เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านผู้ป่วยกลุ่มนี้ ก็คงยังมีอาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยมักจะใช้วิธีประคบศีรษะด้วยผ้าเช็ดหน้าชุบน้ำแข็ง การนวดศีรษะ และการรับประทานยาแก้ปวดซึ่งบางครั้งก็ไม่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ และพบว่าแม้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจะได้รับยาแก้ปวดอย่างสม่ำเสมอแล้วส่วนใหญ่มักยังมีอาการปวดอยู่ตลอด โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักยังไม่ได้รับรู้ข้อมูลและคำแนะนำในเรื่องวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการปวดศีรษะ (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2547) ซึ่งจะเห็นได้ว่าวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดดังกล่าวยังไม่สามารถ ตอบสนองความต้องการและช่วยลดระดับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างตรงตามความต้องการ ของผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นการบรรเทาอาการปวดศีรษะด้วยยาเพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถบำบัด ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด จำเป็นที่จะต้องนำเอาวิธีการบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยามาเสริมจึงจะ ทำให้การบำบัดความเจ็บปวดในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การจัดการกับความเจ็บปวดเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วย เป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้อง ดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิต สังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทา ลดความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย สุขสบาย ยอมรับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการจัดการกับความ เจ็บปวดซึ่งเป็นความรับผิดชอบที่จะกระทำภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ เป็นบทบาทอิสระของ พยาบาลและพยาบาลเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยคาดหวังมากที่สุดว่าจะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายเพราะเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา (McCaffery, 1979) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการปฏิบัติการพยาบาลขององค์การอนามัยโลกได้ เน้นว่าบทบาทที่สำคัญมากของพยาบาลคือการจัดการกับอาการต่างๆ และร่วมกันค้นหาวิธีการ จัดการหรือบรรเทาเบาบางอาการนั้นๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยบรรเทาความ เจ็บปวดที่ผ่านมาพบว่าได้มีการนำวิธีการต่างๆมาใช้บรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆที่มี ความเจ็บปวด ได้แก่ ในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยการให้ดนตรีบำบัด (ดวงดาว ดุลยธรรม ,

2543; เอมอร อุดุลโกคาร, 2543) การนวด (โชนนภา กิตติศัพท์, 2536; Pongchareon, 2001; lemsam-ang, 2001) การสัมผัส (มณฑิชา แสนทวิสุข, 2541) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2532) การให้ข้อมูล (ฉวี มากพุ่ม, 2530; ปราณีย์ นิพัทธกุลศกกิจ, 2537; อุบล จ้วงพานิช และคณะ, 2538; อูรวดี เจริญไชย, 2541) การใช้สื่ออารมณ์ขัน (พรนิภา ลีละธนาฤกษ์, 2542) การทำสมาธิ (ขวัญตา เพชรมณีโชติ, 2543; จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, 2539; วิรัช นิรารุทธ์, 2539) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการบำบัดทางการพยาบาลเหล่านี้สามารถช่วยลดระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราที่มีการศึกษาพบว่าอาการปวดศีรษะเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยในระดับสูง (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540; วาธินี คชมาตย์, 2540; วาสิณี วิเศษฤทธิ, 2547) แต่พบว่าจะไม่มีงานวิจัยที่นำเอาวิธีบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิมาใช้ในการจัดการกับอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการเน้นที่การจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและใช้การดูแลตนเองซึ่งเน้นทักษะ ความรู้ และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการกับอาการของตน พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เอื้อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองตั้งแต่การรับรู้ การทำความเข้าใจกับสภาวะทางสุขภาพที่เป็นอยู่ การวางแผนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถดูแลตนเองรวมทั้งการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย และพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด สิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องการ คือ การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้สามารถได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้รับผลลัพธ์ที่ดีที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Dodd et al., 2001) โดยในโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิที่พัฒนาขึ้นนี้ผู้วิจัยมีบทบาทในการให้ข้อมูลและการฝึกสมาธิแก่ผู้ป่วย เนื่องจากแนวคิดการจัดการกับอาการเป็นแนวคิดที่เน้นการพัฒนาความสามารถในการคิดตัดสินใจเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและธรรมชาติของผู้ป่วยแต่ละคนจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้อย่างเหมาะสมและได้มีส่วนร่วมในการควบคุมอาการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น เป็นการกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ส่งเสริมความรู้สึกรับผิดชอบใจ เกิดทักษะในการจัดการกับอาการปวดศีรษะของตนเอง สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคส่งผลให้อาการปวดศีรษะลดลง

ปัญหาการวิจัย

1. ระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. ระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่อาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินสภาพหรือปัญหาของผู้ป่วย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ทั้งนี้ในการประเมินปัญหานั้นเน้นที่การประเมินประสบการณ์การเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย พยาบาลวางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายโดยให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ (Dodd et al., 2001) และให้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการกับอาการโดยมีพยาบาลคอยติดตามและประเมินผล

อาการปวดศีรษะนับเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ จากเชื้อรา ซึ่งอาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่สามารถบรรเทาได้หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอและมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเผชิญกับความเจ็บปวดอย่างถูกต้อง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ เพื่อจัดการกับอาการปวดศีรษะสำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โดยโปรแกรมประกอบด้วย

1. การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย เป็นการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่วันที่ผู้วิจัยพบผู้ป่วยวันแรก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยเริ่มจากการที่ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้วิจัยเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และผู้ป่วยเองก็จะเกิดความไว้วางใจผู้วิจัยและกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลของตนเอง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ฟังพอใจ และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำต่อไป นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงอาการปวดศีรษะที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง ตลอดจนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

กลวิธีการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่ผ่านมา ผลของการจัดการกับความเจ็บปวดเพื่อให้ผู้ป่วยสรุปความรู้และประสบการณ์ที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดศีรษะเพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหา นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพยังเป็นวิธีการควบคุมความปวดขั้นพื้นฐานที่ดีที่สุดซึ่งสามารถกระทำได้ก่อนการควบคุมด้วยวิธีอื่น การสร้างสัมพันธภาพช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการช่วยเหลือบรรเทาปวดของพยาบาล (Caunt, 1992) ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความวิตกกังวล ความกลัว ส่งผลให้อาการปวดลดลง (McCaffery, 1979) และถ้าใช้ร่วมกับวิธีบรรเทาความปวดอื่นๆ จะให้ผลในการบรรเทาปวดดีกว่าการใช้วิธีบรรเทาความปวดเพียงอย่างเดียว (Peric Knowlton, 1984)

2. การให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการปวดศีรษะตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงและสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยข้อมูลที่ให้ได้จากการที่ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ให้ข้อมูลด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคลในเรื่องของโรคเอดส์และเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา อาการที่เกิดจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราสาเหตุของอาการปวดศีรษะ การจัดการกับอาการปวดศีรษะ และการทำสมาธิ โดยผู้วิจัยจะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยดังนี้

2.1 การให้ข้อมูลครั้งที่ 1 ในวันที่ 2 หลังเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร โดยผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในเรื่องความรู้เรื่องโรคเอดส์และเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา อาการที่เกิดจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา สาเหตุของอาการปวดศีรษะ และการทำสมาธิ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

2.2 การให้ข้อมูลครั้งที่ 2 ในวันที่ 3 หลังเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร โดยผู้วิจัยทบทวนความรู้ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามแผนการสอนและให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องการจัดการกับอาการปวดศีรษะด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกคู่มือการจัดการกับอาการปวดศีรษะ คู่มือการทำกับตนเอง โดยผู้วิจัยชี้แจงการใช้คู่มือการทำกับตนเองให้แก่ผู้ป่วย

การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลดความเครียด ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (Gaston-Johansson, Franco and Zimmerman, 1992; Galloway and Graydon, 1996) โดยเฉพาะข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริงจึงสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน และ

ปราศจากความคลุมเครือ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ทำให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองของทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจโดยเฉพาะด้านความเจ็บปวดลดลง (Johnson,1972; Johnson,1973; McHugh, Christman and Johnson,1982; Leventhal and Johnson,1983) และผู้ป่วยจะมีความมั่นใจในการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวดตลอดจนให้ความร่วมมือต่อการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี (สุพร พลยานันท์, 2528) จากการศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนทำให้มีความปวดไม่รุนแรง ลดความต้องการยาระงับปวด และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ฉวี มากพุ่ม, 2530; ปราณี นิพัทธกุลสถิจ, 2537; อรุณดี เจริญไชย, 2541)

3. การทำสมาธิ โดยผู้วิจัยสอนทักษะในการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยการทำสมาธิ เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับอาการปวดศีรษะให้กับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการที่จะจัดการกับอาการของตนเอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในวันที่พบผู้ป่วยครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการทำสมาธิ เนื่องจากเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง มีความสะดวกในการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้ทุกสถานที่ นอกจากนี้ยังเป็นวิธีที่สามารถฝึกปฏิบัติได้ในเวลาอันรวดเร็ว และเป็นวิธีการที่ไม่รบกวนผู้อื่น วิธีผ่อนคลายด้วยการทำสมาธิ (Meditation) ทำให้เกิดภาวะใหม่ของร่างกายคล้ายกับการพักผ่อนและในระหว่างที่กำลังพักผ่อนร่างกายก็สามารถคลายความตึงเครียดซึ่งแสดงให้เห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองที่เปลี่ยนจากภาวะของการตื่นตัวแบบเครียดไปสู่ภาวะของการตื่นตัวรับรู้แบบที่พร้อมแต่ไม่ตื่นเต็น (Restal alterness) ทำให้ความวิตกกังวลลดลง ลดการรบกวนทางอารมณ์ เช่น ความหงุดหงิด ความฉุนเฉียว นอกจากนี้การทำสมาธิทำให้มีการลดระดับกรดแลคติกและระดับคอรีติซอลในเลือด ซึ่งสารทั้ง 2 ชนิดนี้มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดความเจ็บปวด (Bonica, 1990) และเมื่อมีสมาธิถึงขั้นจิตสงบนั้นร่างกายจะหลั่งสาร Endorphin ออกมามากขึ้น ซึ่งสาร Endorphin นี้ทำหน้าที่ยับยั้งการรับสัญญาณความเจ็บปวดที่ส่งมาจากไขสันหลังทำให้ความเจ็บปวดลดลง (ประเวศ วะสี, 2540) จึงช่วยลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการฝึกสมาธิของผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ (จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, 2539; วิรัช นีราวุธ, 2539) ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์มีความเจ็บปวดและอาการแทรกซ้อนต่างๆ บรรเทาลงหรือหายไป

4. การประเมินผลการจัดการกับอาการ ผู้วิจัยพบผู้ป่วยในวันสุดท้ายของการเข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยเป็นการประเมินระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์หลังสิ้นสุดการทดลองและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้

และการฝึกทักษะในการจัดการกับอาการปวดไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร
2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย
 - 2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ และการพยาบาลตามปกติ
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ อาการปวดศีรษะ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. อาการปวดศีรษะ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดจากการกระตุ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สัมผัส จากสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับโรคเอดส์ อันเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา โดยอาการปวดศีรษะที่ผู้ป่วยบอกว่าปวดก็จะมีระดับความเจ็บปวดอยู่ตรงเท่าที่ผู้ป่วยบอกว่ามี วัดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดจากมาตรวัดระดับความเจ็บปวดชนิดเป็นตัวเลข

2. โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ หมายถึง แบบแผนกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่จัดกระทำขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินประสิทธิผลการรับรู้ของผู้ป่วยการให้ข้อมูล การทำสมาธิ และการประเมินผลการจัดการกับอาการ มีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมการจัดการกับอาการทั้งหมด 2 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

2.1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ป่วย เพื่อประเมินและวิเคราะห์ประสบการณ์เดิมและความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา กลวิธีในการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่ผ่านมา และผลของการจัดการกับอาการปวดศีรษะ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับอาการปวดศีรษะให้มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเริ่มตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในหอผู้ป่วยเป็นวันที่ 2 และสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2.2 การให้ข้อมูล หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสอนและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย โดยข้อมูลได้จากการทบทวนวรรณกรรมความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา อาการที่เกิดจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา สาเหตุของอาการปวดศีรษะ การจัดการกับอาการปวดศีรษะ และการทำสมาธิ เพื่อจัดทำแผนการสอนและจัดทำคู่มือการจัดการกับอาการปวดสำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โดยแบ่งการให้ข้อมูลออกเป็น 2 ครั้ง ดังนี้

2.2.1 การให้ข้อมูลครั้งที่ 1 ในวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นวันที่ 3 ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามแผนการสอนของโปรแกรมการจัดการกับอาการเกี่ยวกับโรคเอดส์และเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา อาการที่เกิดจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา สาเหตุของอาการปวดศีรษะ และการทำสมาธิ โดยใช้คู่มือประกอบคำบรรยาย ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

2.2.2 การให้ข้อมูลครั้งที่ 2 ในวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นวันที่ 4 ผู้วิจัยทบทวนและให้ความรู้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามแผนการสอนของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับอาการปวดศีรษะด้วยวิธีการต่างๆ โดยใช้คู่มือประกอบคำบรรยาย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ร่วมกับการให้คู่มือการจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมแก่กลุ่มทดลองคนละ 1 ฉบับเพื่อให้ผู้ป่วยเอาไว้ทบทวน

2.3 การทำสมาธิ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยทำสมาธิ ประกอบด้วย การเรียนรู้ถึงทักษะในการปฏิบัติ การทดลองปฏิบัติและการประเมินผล โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออก ครั้งละ 10- 30 นาที วันละ 2 ครั้ง เริ่มตั้งแต่วันที่ 2 หลังจาก que ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร จนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรม

2.4 การประเมินผลการจัดการกับอาการ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินระดับความเจ็บปวดภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้และการฝึกทักษะในการจัดการกับอาการปวดไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในวันสุดท้ายของการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยอีก 4 ครั้ง ในวันที่ 6 8 10 และ 12 หลังเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนคราตุร เพื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วย โดยผู้วิจัยสอบถามปัญหาในการปฏิบัติสมาธิ ให้คำแนะนำ กระตุ้นและให้กำลังใจทั้งคำพูด ท่าทาง รวมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือไม่สามารถปฏิบัติได้ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที/ ครั้ง

3. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราตามแผนการรักษา การให้ยาบรรเทาปวด การให้ความรู้ด้านสุขภาพทั่วไปเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา โดยมีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลได้เล็งเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิที่เป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราหรือกับผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ที่มีความเจ็บปวด เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง

3. เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้ได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาอาการปวดศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราได้นำความรู้และข้อมูลที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยไปใช้ในการจัดการกับอาการปวดศีรษะของตนเอง และได้เรียนรู้ถึงวิธีบำบัดอาการปวดศีรษะด้วยตนเองโดยวิธีอื่นที่นอกเหนือจากประสพการณ์ที่ตนเองเคยปฏิบัติ ตลอดจนมีทักษะในการจัดการกับอาการปวดศีรษะของตนเอง

4. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจศึกษาวิจัยต่อไปในเรื่องการจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บปวด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสารและงานวิจัยในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคเฝ้าหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา
 - 1.1 พยาธิสภาพของโรคเฝ้าหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา
 - 1.2 ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคเฝ้าหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา
 - 1.3 การวินิจฉัยโรคเฝ้าหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา
 - 1.4 การรักษาโรคเฝ้าหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา
2. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวด
 - 2.1 ความหมายของความเจ็บปวด
 - 2.2 ประเภทของความเจ็บปวด
 - 2.3 กลไกการเกิดความเจ็บปวด
 - 2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับความปวด
 - 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวด
 - 2.6 การประเมินความเจ็บปวด
 - 2.7 ความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเฝ้าหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา
 - 2.8 บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด
3. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล
 - 3.1 ความหมายของการให้ข้อมูล
 - 3.2 ประเภทของข้อมูล
 - 3.3 หลักการให้ข้อมูล
 - 3.4 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูล
 - 3.5 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเฝ้าหุ้มสมองอักเสบ
4. แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิ
 - 4.1 ความหมายของสมาธิ
 - 4.2 ระดับของสมาธิ
 - 4.3 รูปแบบของการฝึกสมาธิ
 - 4.4 อานาปานสติสมาธิ

- 4.5 กลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการทำสมาธิ
- 4.6 ประโยชน์ของการฝึกสมาธิในแง่ของการรักษาโรค
- 4.7 การทำสมาธิในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
5. โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา

โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) ซึ่งก่อให้เกิดพยาธิสภาพสำคัญต่อระบบภูมิคุ้มกันชนิดที่พึ่งเซลล์โดยเฉพาะ Helper T-lymphocytes ซึ่งมี CD4 molecule บนผิวเซลล์ จำนวน CD4+T lymphocytes มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection, OI) โดยเมื่อจำนวน CD4+T lymphocytes ลดลงมาก ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส (ยงค์ รุ่งเรือง, 2541) ความบกพร่องของภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยเอดส์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีการติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนปกติ โดยเฉพาะเชื้อ Cryptococcus พบโรค Cryptococcosis ในผู้ป่วยเอดส์ที่มี CD4+T lymphocytes ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร (พิไลพันธ์ พุทธิวัฒน์, 2541) โดยอุบัติการณ์แตกต่างกันไปตามภูมิศาสตร์และเชื้อชาติ ในประเทศไทยหลังจากโรคเอดส์ระบาดพบว่าเชื้อที่แยกได้จากผู้ป่วยเป็น Cryptococcus type A ร้อยละ 93 (สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย, 2542)

โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราคริปโตคอคคัส นีโอฟอร์แมนส์ (Cryptococcal neoformans) เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 1 ใน 5 อันดับแรกที่พบได้ในผู้ป่วยเอดส์ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกๆ แห่งของโลก (สมนีย์ สุขรุ่งเรือง, 2542) โดยในประเทศไทยพบว่าโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราพบมากเป็นอันดับ 3 ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส คิดเป็นร้อยละ 14.7 (สำนักกระบวนวิชากระทรวงสาธารณสุข, 2547) และจากรายงานประจำปีของสถาบันบำราศนราดูร ปี พ.ศ. 2546 พบว่าโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบเป็นโรคแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุการตายที่พบมากเป็นอันดับ 2 ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันบำราศนราดูร คิดเป็นร้อยละ 13.4 และ 11.1 ตามลำดับ (รายงานประจำปีสถาบันบำราศนราดูร, 2546)

1.1 พยาธิสภาพของโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา

Cryptococcal Meningitis เป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อรา Cryptococcus neoformans ซึ่งทำให้เกิดพยาธิสภาพได้กับทุกอวัยวะของร่างกายแต่ส่วนมากพบพยาธิสภาพที่เยื่อหุ้มสมอง เชื้อ Cryptococcus neoformans เป็นเชื้อราที่มีลักษณะกลมตั้งแต่ 3.2 ไมครอน เซลล์มี polysaccharides capsule หุ้ม พบได้ในมูลนก เช่น มูลนกพิราบ มูลสัตว์เลี้ยง และทั่วไปตาม

ธรรมชาติ ทนทานต่ออุณหภูมิสูง สามารถทนทานอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้นาน โดยเชื้อจะแพร่กระจายอยู่ในอากาศ เมื่อสูดหายใจเอาเชื้อเข้าไปเชื้อจะเข้าไปที่ปอด (pulmonary primary infection) แต่ระยะนี้ไม่แสดงอาการของโรค เมื่อผู้รับเชื้อมีภูมิคุ้มกันต่ำเชื้อก็จะแพร่กระจายต่อไปจากปอดเข้าสู่ส่วนต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะเยื่อหุ้มสมอง (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546; ยงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2541; เยาวรัตน์ อินทอง, 2543)

1.2 ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา

โรค Cryptococcosis เกิดขึ้นบริเวณสมองและเยื่อหุ้มสมองมากที่สุด อาการโดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ ปวดตื้อๆ เป็นทั้งสองข้าง มีอาการคลื่นไส้ มึนงง เข้าใจอะไรยากขึ้น จำอะไรไม่ได้ เดินเซ เมื่อการดำเนินของโรคมารุนแรงขึ้นอาจชัก หดสติ มองเห็นไม่ชัด เห็นเป็นภาพซ้อน หรืออาจมองไม่เห็นเป็นบางส่วน ผู้ป่วยมักมีไข้ต่ำๆ บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ นำมาก่อนอาการปวดศีรษะ มีอาการของเยื่อหุ้มสมองอักเสบที่ตรวจพบได้คือ คอแข็ง และอาการแสดง Kerning และ Brudzinski ไม่ชัดเจนหรืออาจไม่มี มีอาการแสดงของสมองบวมและมีน้ำคั่งในสมอง ประสาทตาบวม และบางครั้งอาจมีอัมพาตของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 6 อาการอาจเกิดขึ้นตลอดไปถ้าเชื้อรารุกรานสมองส่วนนั้น ก้านสมองอาจถูกกดซึ่งจะทำให้เกิดอาการไม่รู้สึกรู้ตัว ชักเกร็ง (พิไลพันธ์ พุทธิพนนะ, 2541)

1.3 การวินิจฉัยโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา

1.3.1 การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

1.3.1.1 การตรวจจากเสมหะ tracheal secretion, tracheal washing และน้ำไขสันหลัง ตรวจหาตัวเชื้อ (encapsulated yeast cells และ encapsulated budding yeast cells) โดยการทำให้ Indian Ink preparation จะพบลักษณะเชื่อดังนี้ คือ เซลล์รูปร่างกลมผนังเซลล์หนาและเป็นสองชั้น (double contoured) บางครั้งจะเห็นแการงอกขนาดเล็กภายในเซลล์ ส่วนของหน่อ (budding) จะเห็นเป็นเม็ดกระดุมเล็กต่อกับเซลล์แม่ รอยต่อของเซลล์เป็นฐานแคบ (narrow neck)

1.3.1.2 ตรวจจากชิ้นเนื้อที่ทำ biopsy หรือ autopsy โดยการย้อมสีด้วย hematoxylin & eosin หรือ PAS stain (PAS: Periodic acid-schiff) ยีสต์เซลล์จะติดสีม่วงแดงแคปซูลไม่ติดสี หรือย้อมด้วย GMS stain (GMS: Gomorimethenamine silver) ยีสต์เซลล์จะติดสีน้ำตาลดำ แคปซูลไม่ติดสีหรือย้อมด้วย Mucicarmine stain ส่วนของแคปซูลจะติดสีชมพูเข้ม

1.3.2 การเพาะเชื้อ (culture) เพาะเชื้อบน Sabouraus's dextrose agar หรือ Sabouraus's dextrose agar ที่ใส่ยาต้านเชื้อแบคทีเรียบ่มเชื้อที่อุณหภูมิ 25-30 องศาเซลเซียสเป็นเวลานาน 48 ชั่วโมง ลักษณะโคโลนีเป็ยกเป็นมูก ผิวเรียบเป็นมันวาว เริ่มแรกโคโลนีเป็นสีขาวและเปลี่ยนเป็นสีครีมและสีแทนให้แยกโคโลนีเดี่ยวนำไปทดสอบทางชีวเคมีเพื่อแยกชนิดของเชื้อ หรือตรวจหา encapsulated yeast cells โดยการทำให้ India ink preparation

1.3.3 การตรวจหาแอนติเจน (Cryptococcal antigen) โดยอาศัยน้ำยาสำเร็จรูปซึ่งใช้หลักการ latex agglutination สิ่งส่งตรวจได้แก่ น้ำไขสันหลัง ซีรัม ปัสสาวะและน้ำจากส่วนอื่นๆ การรายงานผลจะรายงานเป็น antigen titer สามารถบ่งชี้ถึงระยะและความรุนแรงของโรคได้และยังแสดงให้เห็นทราบถึงผลการรักษา

1.3.4 การตรวจน้ำไขสันหลัง มีหลายวิธี คือ การตรวจด้วยตาเปล่า การตรวจโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ การตรวจหาซีวเคมี และการตรวจทางจุลชีววิทยาและอื่นๆ

1.4 การรักษาโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา การรักษาที่เป็นมาตรฐานในผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ การให้ยาต้านเชื้อราตัวใดตัวหนึ่งต่อไปนี้

1.4.1 Amphotericin B ในรายที่มีอาการรุนแรงปานกลางหรือมาก เช่น ปวดศีรษะรุนแรงหรือความดันของน้ำไขสันหลังสูงกว่าปกติ ขนาดยา 0.7-1.0 มก.ต่อกก.ต่อวัน หยดเข้าเส้นเลือดดำช้าๆ วันละครั้งเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2-3 สัปดาห์จนอาการดีขึ้นหรือจนกว่าการเพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลังให้ผลลบ 2 ครั้ง จึงจะเปลี่ยนเป็นยา fluconazole 400-800 มก.ต่อวัน ต่อไปตลอดชีวิต แนะนำให้ใช้ยาข้างต้นร่วมกันหรือ flucytosine ร่วมกับ amphotericin B เนื่องจากผลการรักษาไม่แตกต่างจากยาตัวเดียวและผลข้างเคียงเพิ่มขึ้น ยา Amphotericin B มีผลข้างเคียงมาก ทำให้หน้าที่ไตบกพร่อง ไปแต่สเต็มและแมกนีเซียมต่ำ โลหิตจาง ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาไข้ หนาวสั่นได้บ่อยมาก

1.4.2 Fluconazole ขนาด 400-800 มก.ต่อวัน อาจใช้ตั้งต้นได้ในผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงและเป็นโรคครั้งแรก จากนั้นให้ต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

1.4.3 Itraconazole ขนาด 400-800 มก.ต่อวัน มักให้ภายหลัง Amphotericin B เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว การให้เป็นยาตั้งต้นได้ผลดีน้อยกว่า Amphotericin B โดยเฉพาะในรายที่อาการปานกลางขึ้นไป

การรักษาประคับประคอง ได้แก่ การลดความดันน้ำไขสันหลัง การให้ยาแก้ปวด แก้ไขภาวะสมองบวมน้ำด้วยการให้ยา corticosteroid, mannitol หรือ furosemide ในรายที่ไม่ตอบสนองอาจจำเป็นต้องทำการเจาะน้ำไขสันหลังเป็นระยะๆ หรือการผ่าตัดใส่ shunt ซึ่งบางครั้งก็ไม่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ และพบว่าแม้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจะได้รับยาแก้ปวดอย่างสม่ำเสมอแล้วส่วนใหญ่ยังมีอาการปวดศีรษะอยู่ตลอด ดังนั้นการบรรเทาอาการปวดศีรษะด้วยยาเพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถบำบัดความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด จำเป็นที่จะต้องนำเอาวิธีการบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยามาเสริมจึงจะทำให้การบำบัดความเจ็บปวดในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวด

2.1 ความหมายของความเจ็บปวด

คำว่า “ความเจ็บปวด” (pain) มาจากคำในภาษากรีกว่า “โพอิน” (poine) และภาษาละตินว่า “โพเอน” (poene) หมายถึงการทำโทษ (punishment) (Curtis, Kolotylo, & Broom, 1998) เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อนจึงเป็นการยากในการให้ความหมายที่สมบูรณ์ อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ความหมายของความเจ็บปวดไว้อย่างกว้างขวาง ดังนี้

Billars (1970) กล่าวว่า ความปวดเป็นปรากฏการณ์ของการรับรู้คุณภาพและความรุนแรงของความปวดขึ้นอยู่กับตัวกระตุ้นให้เกิดความปวด

McCaffery (1979) ให้ความหมายว่า ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ที่บุคคลกำลังประสบความเจ็บปวดได้บอกกล่าวถึงและความเจ็บปวดนั้นยังคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลบอกว่ามี

Boss (1992) กล่าวว่า ความปวดเป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่สลับซับซ้อนในด้านชีววิทยา ด้านจิตสังคม ยากที่จะให้ความหมายชัดเจนลงไป

Price (1999) ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่าเป็นการรับรู้ด้านร่างกาย (somatic perception) ประกอบด้วยความรู้สึกของร่างกายเสมือนว่ามีการทำลายเนื้อเยื่อ ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดประสบการณ์คุกคามและความรู้สึกไม่สุขสบายหรืออารมณ์ในด้านลบ

สมาคมการศึกษาความเจ็บปวดนานาชาติ (The International Association for the Study of Pain: IASP) ให้ความหมายว่า ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับการทำลายเนื้อเยื่อหรือบรรยายเสมือนหนึ่งว่ามีการทำลายเนื้อเยื่อ (Turk & Okifugi, 2001)

กล่าวโดยสรุป ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นซึ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ตอบสนองของทั้งทางด้านกาย จิต อารมณ์ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมความเจ็บปวดและความรู้สึกโดยบุคคลที่กำลังประสบความเจ็บปวดเท่านั้นที่จะรู้ซึ่งถึงความเจ็บปวดของตน

2.2 ประเภทของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดสามารถแบ่งประเภทได้แตกต่างและหลากหลายตามตัวชี้วัดที่ใช้เป็นเกณฑ์ แต่ในปัจจุบันนิยมใช้ระยะเวลาและความรุนแรงของความเจ็บปวดเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ซึ่งสามารถแบ่งชนิดของความเจ็บปวดได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.2.1 ความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน (Acute pain) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือเนื้อเยื่อถูกทำลายทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความเจ็บปวดและ

เกิดการตอบสนองต่อความเจ็บปวดทั้งระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทอัตโนมัติ ระยะเวลาของความเจ็บปวดมีระยะเวลาจำกัดขึ้นกับพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายนั้นได้รับการแก้ไข

2.2.2 ความเจ็บปวดชนิดเรื้อรัง (Chronic pain) เป็นความเจ็บปวดที่มีระยะเวลานานเกินระยะเวลาของพยาธิสภาพโรคหรือระยะเวลาการหายของการบาดเจ็บ ความเจ็บปวดจะค่อยๆ เกิดขึ้นและเป็นไปอย่างช้าๆ และไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอนว่าความเจ็บปวดจะสิ้นสุดเมื่อไหร่ โดยส่วนมากระยะเวลาของความเจ็บปวดมักจะนานมากกว่า 6 เดือน (สิริ บุญยะรัตเวช, 2540; Turk & Okifugi, 2001)

2.3 กลไกการเกิดความเจ็บปวด

กลไกการเกิดความปวดประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการคือ สิ่งกระตุ้นความปวด ตัวรับความรู้สึกปวด และวิถีประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวด (Curtis & Curtis, 1994)

2.3.1 สิ่งกระตุ้นความปวด (Pain stimuli or noxious stimuli) แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

2.3.1.1 สิ่งกระตุ้นเชิงกล (mechanical stimuli) ได้แก่ การทำลายเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด การบวมจากการอักเสบ การอุดตันของหลอดเลือดและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

2.3.1.2 สิ่งกระตุ้นอุณหภูมิ (thermal stimuli) ได้แก่ ความร้อน ความเย็น และกระแสไฟฟ้า เป็นต้น

2.3.1.3 สิ่งกระตุ้นที่เป็นสารเคมี (chemical stimuli) ซึ่งมีทั้งสารเคมีภายในและภายนอกในร่างกาย สารชีวเคมีภายในร่างกายได้แก่ ฮีสตามีน (histamine) โพรสตาแกลนดิน (prostaglandin) เบรดีไคนิน (Bradykinin) และสารภายนอกในร่างกายได้แก่ กรด ต่าง เป็นต้น

สิ่งที่กระตุ้นความปวดเหล่านี้จะไปกระตุ้นโดยตรงต่อตัวรับความปวด (Primary afferent nociceptor) หรือความเจ็บปวดนั้นอาจเกิดขึ้นได้จากสิ่งกระตุ้นนั้นไปทำลายเนื้อเยื่อทำให้มีการหลั่งสารเคมีบางอย่างออกไปกระตุ้นตัวรับความเจ็บปวด เมื่อปลายประสาทรับความปวดถูกกระตุ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงศักย์ไฟฟ้า (Depolarization) ทำให้มีการนำกระแสประสาทเกิดขึ้น

2.3.2 ตัวรับความรู้สึกปวด (Pain receptors or nociceptors) สามารถรับการกระตุ้นจากสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตราย เป็นปลายประสาทอิสระ (free nerve ending) ตัวรับความปวดที่สำคัญมีอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ กลุ่มแรก คือ ตัวรับความปวดเชิงกลที่มีความทนต่อความปวดในระดับสูง (high threshold) ซึ่งรับความรู้สึกปวดคล้ายเข็มแทง (pain prick) และตัวรับความปวดจากความร้อน (heat nociceptor) ซึ่งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่บนผิวหนังทั้งหมด กลุ่มที่สอง คือ ตัวรับความปวดที่มาจากหลายทาง (Polymodal nociceptor) รับสิ่งกระตุ้นที่เป็นแรงกด แรงทับ ความร้อน และสารเคมีทั้งหมด ตัวรับความปวดชนิดนี้จะอยู่ทั่วไปทุกเนื้อเยื่อทั้งในระดับต้นและลึกโดยเฉพาะที่อวัยวะภายใน เมื่อมีสิ่งกระตุ้นเชิงกล อุณหภูมิ และสารเคมี ปลายประสาทอิสระจะถูกกระตุ้นจนถึงระดับความทนต่อความ

ปวด (Pain threshold) เกิดเป็นกระแสประสาทความรู้สึกปวด (Pain impulse) ส่งไปตามเส้นประสาท
 คู่ไขสันหลังและสมอง กลุ่มสุดท้ายจะเป็นตัวรับความรู้สึกเฉพาะเรียกว่าตัวรับความปวดเชิงกลที่มีความ
 ทนต่อความปวดในระดับต่ำ (Low threshold mechanoreceptor) จะรับความรู้สึกการสัมผัส
 การสั่นสะเทือน ถ้าถูกกระตุ้นด้วยการสั่นสะเทือนหรือการนวดจะสามารถยับยั้งสื่อกระตุ้นความ
 ปวดได้ในระดับไขสันหลัง

2.3.3 วิธีประสาทนำความรู้สึกปวด (Pain impulse pathways) เมื่อความรู้สึกปวด
 กระตุ้นจะเกิดกระแสประสาทความรู้สึกปวดขึ้น แล้วส่งกระแสไปตามใยประสาทรับความรู้สึกเข้า
 แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ

2.3.3.1 ใยประสาทเอ-เบต้า หรือใยประสาทใหญ่ที่มีเปลือกหุ้ม (A-Beta
 fiber or large myelinated fiber) จะนำความรู้สึกได้เร็ว รับสัญญาณประสาทจากตัวรับความปวด
 เชิงกลที่มีความทนต่อความปวดในระดับต่ำ ซึ่งเป็นตัวรับเฉพาะเช่น ความรู้สึกสัมผัส การสั่นสะเทือน

2.3.3.2 ใยประสาทเอ-เดลต้า หรือใยประสาทเล็กที่มีเปลือกหุ้ม (A-delta
 fiber or small myelinated fiber) ตัวรับความปวดเชิงกลที่มีความทนต่อความปวดในระดับสูง และ
 ตัวรับความปวดจากความร้อน จะนำความปวดชนิดแหลมคมหรือความรู้สึกร้อน นำความรู้สึกได้ช้า
 กว่าใยประสาทเอ-เบต้า สามารถบอกตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจนและความรู้สึกปวดจะหมดไปเร็ว

2.3.3.3 ใยประสาทซีหรือใยประสาทเล็กที่ไม่มีเปลือกหุ้ม (C-fiber or small
 unmyelinated fiber) ตัวรับความปวดที่มาจากหลายทางจะนำความรู้สึกได้ช้ากว่าใยประสาท
 เอ-เดลต้า โดยจะนำความปวดแบบตื้อๆ (dull pain) ปวดแสบปวดร้อน (burning) หรือปวดร้าว
 (aching pain) บอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน ความรู้สึกปวดจะมีอยู่เป็นเวลานาน

เมื่อมีสิ่งรบกวนมากกระตุ้นใยประสาททั้ง 3 จะถูกกระตุ้นพร้อมกันทั้งหมด โดยใยประสาท
 เอ-เดลต้า และใยประสาทซีเป็นตัวนำสัญญาณความรู้สึกปวด ในขณะที่ใยประสาทเอ-เบต้าจะนำ
 ประสาทเข้าเพื่อปรับเปลี่ยนความรู้สึกปวดทำให้ความรู้สึกนั้นน้อยลง

2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับความปวด (Pain theories)

ทฤษฎีความปวดที่รู้จักแพร่หลาย คือ ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) และ
 ทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.4.1 ทฤษฎีควบคุมประตู

ทฤษฎีควบคุมประตูของเมลซัคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1965 cited in Watt-
 Watson, 1999) สามารถอธิบายกลไกของความเจ็บปวดได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
 โดยอธิบายว่ามีการถ่ายทอด (transmission) และการปรับเปลี่ยน (modulation) กระแสประสาทเกิดขึ้น
 ในบริเวณต่างๆ ดังนี้

2.4.1.1 กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลัง (spinal gate mechanism) อยู่ในระดับไขสันหลังบริเวณ Substantia gelatinosa หรือเรียกย่อว่าเซลล์เอสจี (SG cell) ซึ่งจะทำหน้าที่ยับยั้งหรือปิดกั้นทางผ่านของกระแสประสาทไม่ให้ไปสู่เซลล์ที่ จึงไม่เกิดการส่งต่อกระแสประสาทไปสู่สมองให้รับรู้และเกิดความรู้สึกเจ็บปวดขึ้น การยับยั้งจะทำได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการทำงานเพิ่มกระแสประสาทของใยประสาทขนาดใหญ่ (เอ-เบตา) และใยประสาทขนาดเล็ก (เอ-เดลตาและซี) ที่ได้รับการกระตุ้นจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย ถ้าใยประสาทขนาดใหญ่มีกระแสประสาทมากกว่าจะไปกระตุ้นเซลล์เอสจีให้ทำงานทำให้มีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทไม่ให้ไปประสานกับเซลล์ที่จึงไม่มีกระแสประสาทส่งต่อไปยังสมองและไม่เกิดความรู้สึกเจ็บปวดเรียกว่า ประตูปิด (closed gate) แต่ถ้าใยประสาทขนาดเล็กมีกระแสประสาทมากกว่าจะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์เอสจีทำให้มีการนำกระแสประสาทไปยังเซลล์ที่และส่งกระแสประสาทต่อไปยังสมองจึงเกิดความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นเรียกว่า ประตูเปิด (opened gate)

2.4.1.2 ระบบควบคุมส่วนกลาง (central control system) ระบบนี้จะรับกระแสประสาทนำเข้ามาจาก Dorsal horn และส่งข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดไปสู่สมองส่วน thalamus ผ่านไปยังเปลือกสมองและระบบลิมบิก (limbic system) ซึ่งระบบควบคุมส่วนกลางนี้จะแบ่งการทำงานออกเป็น 3 ส่วน ที่เกี่ยวข้องกัน ดังนี้

2.4.1.2.1 ระบบรับรู้และแยกแยะ (Sensory-discriminative system) ระบบนี้จะรับสัญญาณประสาทที่ผ่านใยประสาทเอ-เดลต้าจากไขสันหลัง และส่งขึ้นมาทางนีโอสไปโนธาลามิคแทรกไปสู่สมองส่วนโซมาโตเซนซอรีคอร์เทกซ์ (somatosensory cortex) ซึ่งจะทำหน้าที่รับความรู้สึกและแยกแยะให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลา ตำแหน่ง ความรุนแรง และลักษณะอื่นๆ ของความเจ็บปวด

2.4.1.2.2 ระบบเร้าทางอารมณ์ (Motivational-affective system) ระบบนี้สัญญาณประสาทจะถูกส่งผ่านใยประสาทซีจากไขสันหลังทางพาลีโอสไปโนธาลามิคแทรก มายังเรติคูลาร์ฟอร์เมชันที่บริเวณก้านสมอง และส่งต่อไปยังเพอร์ริอะคิวลัดทอลเกรย์ ธาลามัส และไปสู่สมองส่วนโซมาโตเซนซอรีคอร์เทกซ์และระบบลิมบิก ทำหน้าที่เร้าอารมณ์ความไม่สุขสบายและความไม่พึงพอใจต่อความเจ็บปวดและแสดงผลกลับไปยังระบบควบคุมประตู

2.4.1.2.3 ระบบคิดพิจารณาและประเมินผล (Cognitive-evaluation system) ระบบนี้จะทำงานโดยระบบประสาทที่อยู่สูงขึ้นไปเรียกว่า ระบบนีโอคอร์ติคอลล (neocortical) ทำหน้าที่ในการประเมินสัญญาณนำเข้า คิดพิจารณาและประเมินผลของความเจ็บปวดและวิเคราะห์ความสำคัญของสิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดในอดีต การรับรู้และจดจำข้อมูลต่างๆ

การทำงานของทั้ง 3 ระบบนี้จะทำงานประสานกันและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดการจะถ่ายทอดผ่าน 3 ทาง ได้แก่ คอร์ติโคสไปนอลแทรค (corticospinal tract) ไปยังระบบควบคุมประตู่ที่ไขสันหลังเพื่อปรับสัญญาณความเจ็บปวด เรติคูลอสไปนอลแทรค (reticulospinal tract) ผ่านการทำงานของเรติคูลาร์ ฟอร์เมชัน และส่งสัญญาณประสาทไปควบคุมการเปิดปิดประตู่ที่ระดับไขสันหลังและทางระบบแสดงผล (action system) ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองหลังจากการรับรู้ความเจ็บปวดแล้ว เช่น การเคลื่อนไหวเพื่อถอยหนีอันตราย การแสดงออกทางคำพูดหรือร้องอุทาน เป็นต้น (Potter & Perry, 1999; Watt- Watson, 1999; Bonica & Loeser, 2001)

ดังนั้น ทฤษฎีควบคุมประตู่จึงสามารถอธิบายกลไกการเกิดความปวดได้โดยสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า สัญญาณประสาทความปวดนำเข้ามาจากส่วนต่างๆของร่างกาย จะถูกปรับสัญญาณในระดับไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความปวดในระดับสมอง และก่อนการตอบสนองต่อความปวด ภาวะที่กระตุ้นความวิตกกังวล ความกลัว ความคาดหวังต่อความปวด และปัจจัยทางจิตใจมีอิทธิพลต่อการตอบสนอง และการรับรู้ความปวด ดังนั้นการตอบสนองต่อความปวดจึงเป็นการผสมผสานระหว่าง ร่างกายและจิตใจ กับภาวะสิ่งแวดล้อมทั้งหมดร่วมกัน

2.4.2 ทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory)

ในปี ค.ศ.1973 มีการค้นพบตัวรับโอปิเอท 4 ตัว กระจายอยู่ในสมองและไขสันหลัง บริเวณที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความปวด (Bonica, 1990; Boss, 1992; Carroll, 1993) ในปี ค.ศ.1975 มีการค้นพบสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินในร่างกาย (endogenous opiate) ที่จะมีฤทธิ์ยับยั้งความปวด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

2.4.2.1 enkephalin ทำหน้าที่ควบคุมความปวด โดยมีบทบาทเป็นสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ถูกทำลายด้วยเอนไซม์ได้ง่าย พบได้ทั่วไปในระบบประสาทส่วนกลาง แต่ทำหน้าที่ได้ดีที่สุดในบริเวณ dorsal horn และไขสันหลังบริเวณ substantia gelatinosa: SG จึงช่วยยับยั้งความปวดโดยปิดประตู่ที่ระดับไขสันหลัง และยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง

2.4.2.2 endorphin มีบทบาทเป็นสารควบคุมประสาท (neuromodulator) และเป็นฮอร์โมน มีประสิทธิภาพควบคุมความปวดมากกว่ามอร์ฟินประมาณ 10 เท่า และมีระยะเวลาออกฤทธิ์อยู่นานถึง 2-3 ชั่วโมง พบได้ในสมองส่วน hypothalamus, thalamus, ต่อมใต้สมองและกระแสโลหิต พบมากที่สุดที่ต่อมพิทูอิตารี เอนดอร์ฟินจะเป็นพวกที่ออกฤทธิ์มากที่สุด

2.4.2.3 dynorphin พบมากใน dorsal horn ของไขสันหลัง มีประสิทธิภาพในการควบคุมความเจ็บปวดสูงกว่า endorphin ถึง 50 เท่า

การออกฤทธิ์ของสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินเหล่านี้ เชื่อว่าออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางที่ระดับต่างๆ มากมาย โดยยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทความปวด (pain neurotransmitter) ระหว่างปลายประสาทด้วยการจับกับตัวรับที่ opiate receptor ที่เหมาะสม

2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทั้งทางสรีระวิทยาและจิตใจต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตราย โดยที่การตอบสนองต่อความเจ็บปวดนั้นไม่ได้เป็นไปตามความรู้สึกที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นโดยตรงเท่านั้นแต่ยังมีปัจจัยต่างๆ อีกหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และแสดงออกถึงความเจ็บปวดของบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

2.5.1 เพศ มีอิทธิพลต่อการแสดงออกต่อความเจ็บปวดโดยเพศหญิงจะมีระดับขีดกันของความเจ็บปวดและความอดทนต่อความเจ็บปวดต่ำกว่าเพศชาย (Ellermeir & Westphal, 1995; Fillingim, 2000) นอกจากนี้การวิเคราะห์เมตาของโรเลย์ โรบินสัน ไวส์ เมเยอร์ และฟิลลิงกิม (Riley, Robinson, Wise, Myers, & Fillingim, 1998) ยังพบว่าเพศมีความเกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดซึ่งสอดคล้องกับไมราลี โอลาโซ ฟูเอนเตส และโลเปซ (Miralles, Olaso, Fuentes, & Lopez, 1983) ทำการศึกษาระดับเบต้าเอนดอร์ฟิน (beta-endorphin) ในพลาสมา (plasma) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดพบว่าในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยชายมีระดับเบต้าเอนดอร์ฟินในพลาสมาสูงกว่าผู้ป่วยหญิงเนื่องจากเบต้าเอนดอร์ฟินมีคุณสมบัติบรรเทาความเจ็บปวดจึงทำให้ผู้ป่วยชายรับรู้ความเจ็บปวดน้อยกว่าเพศหญิง ซึ่งฟิลลิงกิม (Fillingim, 2000) ได้สรุปสาเหตุที่ทำให้เพศชายและเพศหญิงมีการรับรู้ความเจ็บปวดแตกต่างกันได้แก่ ความแตกต่างด้านโครงสร้างร่างกาย ความแตกต่างของระดับและชนิดของฮอริโมนเพศและปัจจัยด้านจิตสังคมและวัฒนธรรม โดยเกือบทุกสังคมและวัฒนธรรมมักจะคาดหวังว่าเพศชายมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าเพศหญิงและยอมรับการแสดงออกต่อความเจ็บปวดของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Jacox, 1977)

2.5.2 อายุ การพัฒนาการในแต่ละกลุ่มอายุมีความแตกต่างกันจึงทำให้การตอบสนองต่อความเจ็บปวดในแต่ละวัยมีความแตกต่างกัน (Potter & Perry, 2001) นอกจากนี้ร่างกายของคนสูงอายุมักจะมีการเผาผลาญที่ช้ากว่าและมีอัตราส่วนของไขมันต่อมวลกล้ามเนื้อเนื้อมากกว่าจึงมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดแตกต่างจากหนุ่มสาว (Smeltzer & Bare, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิวฟเฟอ (Giuffre, 1991) ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีการใช้ปริมาณยาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในขนาดน้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ แต่จากการศึกษาของสมพร ชินโนรสและเรณู พิพัฒนามภรณ์ (1990) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีความรู้สึกเจ็บปวดไม่แตกต่างกันซึ่งตรงกับความเห็นของชาควัวร์ กิบสัน และเฮลเม (Chakour, Gibson, & Helme, 1996) และเฮฟ คูเปอร์ โอไบร์น เฮมพ์ และโอไบร์น (Heft, Cooper, O'Brien, Hemp & O'Brien, 1996) ที่ว่าการรับรู้ความเจ็บปวดไม่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุ และจากข้อสรุปการทบทวนวรรณกรรมของไพรส์ (Price, 1999) พบว่าอายุไม่มีผลต่อระดับขีดกันความเจ็บปวดหรือความทนต่อความเจ็บปวด สรุปได้ว่าอายุมีผลต่อการตอบสนองต่อความเจ็บปวด แต่ผลของอายุต่อการเจ็บปวดยังไม่อาจหาข้อสรุปได้ชัดเจน

2.5.3 เชื้อชาติ ความแตกต่างของเชื้อชาติมีผลต่อการแสดงออกถึงความเจ็บปวด แต่ไม่มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวด (Price, 1999) แม้ว่ารายงานการศึกษาในอดีตจะพบว่าคนผิวขาวมีความทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าคนผิวดำและผิวเหลือง (McGuire & Sheidler, 1993) แต่จากการศึกษาของแมคโดนัลด์ (McDonald, 1994) และการศึกษาของเอ็นจี ดิมส์เดล รอลลินค์ และซาพิโร (Ng, Dimsdale, Rollink, & Shapiro, 1996) ให้ผลการศึกษตรงกันว่าคนผิวขาวมีการใช้ปริมาณยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัดมากกว่าคนผิวสีอื่น ๆ มากกว่าเชื้อชาติ (Smeltzer & Bare, 2000)

2.5.4 วัฒนธรรมและสังคม การแสดงออกและการรับรู้ความเจ็บปวดของแต่ละวัฒนธรรมจะมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ ความคาดหวัง ทศนคติ และการยอมรับต่อความเจ็บปวดของแต่ละสังคมที่แตกต่างกันจึงมีผลทำให้กลุ่มชนมีการรับรู้และการแสดงออกต่อความเจ็บปวดที่แตกต่างกันตามวัฒนธรรมในสังคม (Adams & Fielf, 2001; Smeltzer & Bare, 2000; Thorpe, 1997)

2.5.5 การศึกษา บุคคลที่มีระดับสติปัญญาดีและมีการศึกษาสูงจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดค่อนข้างสูง ซึ่งอาจเนื่องจากความสามารถในการนำความรู้มาใช้ปรับพฤติกรรมของตน ในบางครั้งระดับการศึกษาก็ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดเสมอไป (Jacox, 1977) โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงก็อาจล้มเหลวในการหาวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดและในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีการศึกษาต่ำอาจมีประสบการณ์ในการบรรเทาความเจ็บปวดได้ดีกว่า (Meinhart & McCaffery, 1983)

2.5.6 ระดับขีดกันความเจ็บปวด (Pain threshold) เป็นจุดที่บุคคลแต่ละบุคคลเริ่มรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด (Weisenberg, 1975) ซึ่งทำให้บุคคลมีความอดทนต่อความเจ็บปวดแตกต่างกันแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน (McCaffery M, 1979)

2.5.7 สภาวะอารมณ์ในด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น มีผลทั้งด้านการรับรู้และการแสดงออกต่อความเจ็บปวด (Sofear, 1998) เนื่องจากสภาวะอารมณ์ในด้านลบเหล่านี้ทำให้เกิดการกระตุ้นกล้ามเนื้อให้หดตัวมากขึ้นและไปกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลางให้เปิดประตูระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลังมีผลทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงขึ้นและความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้นนี้จะไปรบกวนอารมณ์ให้เกิดความกลัวหรือความวิตกกังวลมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (พูลศรี พัฒนพงษ์, 2538; Cousins & Power, 1999)

2.5.8 ประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต มีผลต่อการแสดงออกต่อความเจ็บปวด (Thorpe, 1997) โดยบุคคลจะนำวิธีการเผชิญความเจ็บปวดในอดีตมาใช้ เพื่อเผชิญต่อเหตุการณ์ใหม่ บุคคลที่มีประสบการณ์ความเจ็บปวดหลายครั้งและปวดเป็นระยะเวลาอันยาวนานจะมีความวิตกกังวลลดลงและอดทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าบุคคลที่ไม่เคยมีประสบการณ์ความเจ็บปวด (Smeltzer & Bare, 2000) แต่ถ้าบุคคลเคยได้รับความเจ็บปวดที่รุนแรงและไม่ได้รับการบรรเทาที่ดีพอจะเกิดความ

คับข้องใจและกลัวความเจ็บปวด เมื่อได้รับความเจ็บปวดครั้งใหม่จะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลงและรับรู้ต่อความเจ็บปวดมาก (Taylor, Lillis, & Lemone, 2001) ดังนั้นประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีตอาจมีผลต่อความเจ็บปวดมากหรือน้อยต้องพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สก็อต คลัน และพีเพิล (Scott, Clun & People, 1983) ที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดมาแล้วหนึ่งครั้งกับผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนไม่มีความแตกต่างกัน

2.5.9 การรับรู้ข้อมูล จากการศึกษาของอูราวดิ เจริญไชย (2541) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด มีคะแนนความรู้สึกเจ็บปวดและพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีมากพุ่ม (2530) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนใช้ปริมาณยาแก้ปวดตลอดห้าวันหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน และจากการวิเคราะห์เมตาของเดวิน (Devine, 1992) เกี่ยวกับผลของการดูแลให้ข้อมูลด้านจิตใจ (psychoeducational care) ในผู้ป่วยศัลยกรรมผู้ป่วยจำนวน 191 รายงานการศึกษา ก็ให้ผลไปในทางเดียวกันว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดจะมีระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดอย่างถูกต้องจะไม่คาดการณ์ล่วงหน้าอย่างผิดๆ และมีความวิตกกังวลลดลง จึงมีความอดทนต่อความเจ็บปวดสูงขึ้น และมีความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัดลดลง (ฉวีมากพุ่ม, 2530; Adam & Field, 2001)

2.5.10 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factor) สิ่งแวดล้อมจะช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดีหรือมีความเครียดเพิ่มขึ้นก็ได้ สิ่งแวดล้อมที่ดีส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวและอดทนต่อสิ่งเร้าได้มากขึ้น ส่วนสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความเครียดทำให้บุคคลต้องใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น พลังสำรองจึงลดลงและรับรู้ต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นด้วย สภาพแวดล้อมทางจิตและสังคม เช่น มนุษยสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลทำให้รู้สึกอบอุ่นใจและรู้สึกปลอดภัย (McCaffery & Beebe, 1994; Taylor, Lillis, & Lemone, 2001) ซึ่งจากการศึกษาของอูราวดิ เจริญไชย (2541) พบว่าการที่พยาบาลให้ข้อมูลเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมด้านความรู้สึกและคำแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจมีผลในการลดความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานได้

2.6 การประเมินความเจ็บปวด

การประเมินความเจ็บปวดนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลที่ต้องเรียนรู้ และเข้าใจเพื่อนำไปสู่การบรรเทาความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อน บุคคลอื่นไม่สามารถหยั่งรู้จากบุคคลนั้นบอกกล่าว จึง

ทำให้การประเมินความเจ็บปวดนั้นมีความยากที่จะได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ดังนั้นการประเมินความปวดจึงมีหลายแนวทางดังนี้ (เอมอร อุดลโกคารร, 2543)

2.6.1 การประเมินโดยการรายงานของผู้ป่วย เป็นการประเมินความเจ็บปวดที่ดีที่สุด และทำให้ได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์และความรู้สึกส่วนบุคคล ซึ่งบุคคลที่อยู่ในสภาวะนั้นเป็นผู้บอกและทราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ายังมี (McCaffery, 1979) การประเมินวิธีนี้ได้แก่ การบอกกล่าวด้วยวาจาหรือการให้ผู้ป่วยประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองและกำหนดลงบนมาตรวัดความเจ็บปวดซึ่งมีหลายแบบดังนี้

2.6.1.1 มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดประมาณค่าโดยใช้คำพูด (Verbal descriptor scales) ผู้ป่วยสามารถรายงานความเจ็บปวดได้ด้วยตนเองโดยใช้คำพูดหรือเขียน เช่น แบบสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บปวดของ Melzack (1975) คือ The McGill Pain Questionnaire: MPQ

2.6.1.2 มาตรวัดความเจ็บปวดประมาณค่าชนิดใช้การเห็น (Visual analogue scales: VAS) มีลักษณะเส้นตรงเริ่มจากไม่รู้สึกรับปวดเลยจนถึงเจ็บปวดมากที่สุด ไม่มีการแบ่งช่องสเกล วิธีใช้โดยผู้ป่วยสามารถทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงที่ขีดไว้ให้ความยาวมากน้อย ขึ้นอยู่กับปริมาณความเจ็บปวดที่มีอยู่และเป็นจริง นำมาตรวัดความยาวเป็นมิลลิเมตรเพื่อประเมินค่าของความเจ็บปวด

2.6.1.3 มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดค่าตัวเลข (Numerical Rating scale) เป็นเครื่องมือวัดที่พัฒนาการมาจากมาตรความเจ็บปวดใช้การเห็น (VAS) ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด เป็นมาตรอย่างง่ายที่ผสมผสานกันระหว่างมาตรวัดความปวดด้วยวาจาและมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดเส้นตรง โดยมีตัวเลขให้เลือกมากกว่าเมื่อเทียบกับความเจ็บปวดด้วยวาจาซึ่งมีตัวเลขน้อย และในมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดเส้นตรงผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกมากเกินไ่มักทำให้เกิดความสับสนได้ โดยใช้เป็นตัวเลข 0-10 บนเส้นตรง ซึ่งศูนย์หมายถึงไม่ปวดเลย

2.6.1.4 มาตรสีวัดความเจ็บปวดของสจิวต (Stewart pain-color scale) โดยกำหนดระดับความเจ็บปวดเป็น 10 ช่อง แต่ละช่องจะมีสีต่างกันและบอกถึงระดับความเจ็บปวดต่างกันในแต่ละช่องสี

2.6.1.5 Eland Color Tool เหมาะสำหรับเด็กอายุ 4-9 ปี ประเมินโดยมีสี 6 สี คือ ดำ ม่วง น้ำเงิน แดง เขียว และส้มแทนความเจ็บปวดในระดับต่างๆ ให้เด็กเลือกสีที่แทนความเจ็บปวดในระดับต่างๆ จากมากที่สุด แล้วให้เลือกบริเวณร่างกายที่ความเจ็บปวดในระดับต่าง ๆ

2.6.1.6 Oucher Scale เหมาะสำหรับเด็กอายุ 3-7 ปี สามารถนับเลขได้ตั้งแต่ 0-100 แล้วเข้าใจเกี่ยวกับค่ามากกว่าน้อยกว่าได้ ประเมินโดยมีรูปใบหน้าเด็กที่แสดงความเจ็บปวด ตั้งแต่ 1-100 แล้วให้เด็กเลือกรูปใบหน้าที่มีความเจ็บปวดเหมือนตัวเอง

2.6.1.7 Face Pain Rating Scale เหมาะสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนประเมิน โดยมีรูปใบหน้าที่แสดงว่ามีความสุขจนถึงเศร้า แล้วให้เด็กเลือกรูปใบหน้าที่มีความรู้สึกเหมือนตนเอง

2.6.1.8 Numeric Pain Scale เหมาะสำหรับเด็กอายุ 9 ปีจนถึงผู้ใหญ่ โดยมีเส้นตรงที่แบ่งระดับความเจ็บปวดจาก 0-10 แล้วให้เด็กเลือกให้คะแนนความเจ็บปวดจากเส้นตรงนั้น

2.6.2 การประเมินโดยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย แม้ความเจ็บปวดจะเป็นประสบการณ์ที่คลุมเครือ ผู้ได้เฉพาะบุคคลที่กำลังประสบเท่านั้น แต่ความเจ็บปวดสามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่มีลักษณะเฉพาะตัว ซึ่งเปรียบเสมือนสัญญาณที่สื่อให้บุคคลอื่นทราบว่ามีความเจ็บปวดเกิดขึ้นพฤติกรรมเหล่านั้นได้แก่ พฤติกรรมด้านการแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้ามึนคิ้วขมวด เข็มริมฝีปากหรือกัดฟัน และการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นอนบิดไปมา หรือนอนนิ่งในท่าเดียว เป็นต้น พฤติกรรมด้านน้ำเสียง เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้ และพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ซึมเศร้า

2.6.3 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ผลของความปวดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่สามารถสังเกตและวัดได้ในเชิงปริมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในความเจ็บปวด ชนิดเฉียบพลัน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้แก่ การสูดหายใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว เหงื่อออก ขนลุก รูปร่างตาขยาย มีการหลั่งของไกลโคเจน อะดรีนาลีน มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระนี้ให้ข้อมูลที่ชัดเจนแน่นอนในเชิงปริมาณ และทราบผลได้ทันทีและยากที่บุคคลจะเสแสร้งหรือทำให้เกิดขึ้น แต่จุดอ่อนของการประเมินด้านนี้คือ ค่าของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะลดลงหรือกลับเป็นปกติได้ในเวลาต่อมาทั้งที่ความเจ็บปวดยังคงอยู่ และเป็นการประเมินเพียงมิติเดียว คือ การทำงานของระบบประสาท ดังนั้นควรทำร่วมกับการประเมินความเจ็บปวดวิธีอื่นๆ

2.6.4 การประเมินจากการใช้ยาบรรเทาปวดของผู้ป่วย การใช้ยาบรรเทาปวดของผู้ป่วยจะเป็นสิ่งบ่งชี้ระดับความรุนแรงและระยะเวลาของความเจ็บปวด โดยปริมาณความต้องการยา รับประทานที่เพิ่มขึ้นจะแปรตามระดับความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น (Reading, 1989) การศึกษาวิจัยที่นำการใช้ยาบรรเทาปวดของผู้ป่วยมาใช้ในการประเมินความเจ็บปวด เช่น บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2528) ดวงดาว ดุลยธรรม (2544) และสุนันทา ศรีวิวัฒน์ (2538)

2.6.5 การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การนอนหลับ การรับประทานอาหารและการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น โดยเมื่อเกิดความเจ็บปวดจะส่งผลให้เกิดปัญหาในการนอนหลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง และทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, สุกัญญา พัทวี , 2541)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้การประเมินระดับความปวดในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โดยประเมินจากการรายงานของผู้ป่วย จากการใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดค่าตัวเลข (Numerical Rating scale) เนื่องจากเป็นวิธีที่มีข้อดีคือผู้ป่วยเข้าใจและประเมินความ

รู้สึกปวดได้ง่ายเนื่องจากมีตัวเลขกำกับไว้ (Chapman & Syrjala, 1990; Jamison, 1993) เนื่องจากความรู้สึกปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะของบุคคลซึ่งอยู่ในภาวะปวดเท่านั้นที่จะรู้และประเมินความรู้สึกปวดของตัวเองได้ดีกว่าบุคคลอื่น

2.7 ความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเชื้อหุ้มสมองอักเสบ

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดศีรษะ ซึ่งนอกจากอาการปวดศีรษะจะเกิดจากพยาธิสภาพของโรคแล้วในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรายังมีปัจจัยด้านจิต สังคม และสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย (วาสิณี วิเศษฤทธิ, 2547) เนื่องจากการเป็นโรคเอดส์นับเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่รุนแรงและก่อให้เกิดความเครียดที่เรื้อรัง (Holland, Jacobson & Breitbart, 1992) รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตของตนเองถูกคุกคาม มีความวิตกกังวล กลัวความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิต (ธนา นิลชัยโกวิท, 2537; Ostrow, 1997) นอกจากนี้ยังกลัวการถูกประณามจากสังคมรอบข้าง กลัวการถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น จึงทำให้ผู้ป่วยเอดส์ขาดความมั่นคงและความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งอารมณ์ที่ถูกเร้านี้จะไปกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลางให้เปิดประตูระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลังทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงขึ้น

2.8 บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวด

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบรรเทาความปวดของผู้ป่วย ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ทั้งบทบาทอิสระและตามแผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดมีหลายวิธี พยาบาลสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนและอาจใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน เพื่อที่จะบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด วิธีการบรรเทาความปวดมี 2 วิธี คือ การบรรเทาความปวดโดยการให้ยาระงับปวด และไม่ใช้ยาระงับปวด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.8.1 การบรรเทาความปวดโดยการให้ยาระงับปวด ยาระงับปวด เป็นยาที่ออกฤทธิ์ลดความปวดได้โดยไม่ทำให้หมดสติ ซึ่งมีกลวิธีในการออกฤทธิ์ดังนี้ 1) ควบคุมการนำพลังประสาทที่เกิดจากการกระตุ้นที่ประสาทส่วนปลายโดยตรงหรือในระบบประสาทส่วนกลาง 2) เปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาและการตอบสนองต่อความปวดโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกสบายใจขึ้นและไม่กระวนกระวาย และ 3) ทำให้ขีดเริ่มรับความปวดสูงขึ้น (pain perception threshold) (ศิริภรณ์ พุ่งวิทยา, 2540; Black & Matsarin-Jacobs, 1993) ยาระงับปวดที่ใช้บ่อยมีทั้งยาชนิดเสพติดและยาชนิดที่ไม่เสพติด โดยยาระงับปวดชนิดเสพติด ได้แก่ มอร์ฟีนและเพทิดีน ซึ่งเป็นยาระงับปวดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนี้ยาระงับปวดชนิดที่ไม่เสพติดที่ใช้บ่อย คือ พาราเซตามอล (วัฒนา พันธศักดิ์, 2540) ยาระงับปวดเหล่านี้ก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย

(Ferrante & VanBoncouer, 1993) ดังนั้นในการบริหารยาระดับปวด พยาบาลจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจ และมีวิจรณ์ญาณในการพิจารณาให้ยาระดับปวดตามสภาพของผู้ป่วย

2.8.2 การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาระดับปวด เป็นการควบคุมความปวดที่ความรู้สึก (sensory control) และปรับความนึกคิด (cognitive control) ซึ่งวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดมีหลายวิธี ได้แก่

2.8.2.1 การควบคุมความปวดโดยปรับที่ความรู้สึก

2.8.2.1.1 ลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก ได้แก่ การนอนนิ่งๆ การนอนในที่นอนที่ถูกต้อง สิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเงียบสงบ มีการระบายอากาศที่ดี สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นสามารถใช้กลไกการปรับตัวที่ดีขึ้นเป็นการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์อันก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความปวดมากขึ้น (สุพร, 2528; Brown in Potter & Perry, Eds., 1999)

2.8.2.1.2 การกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เป็นการกระตุ้นที่ผิวหนังเพื่อบรรเทาความปวด มีหลายวิธี ได้แก่ พลังสัมผัส (Therapeutic touch) และการนวด เป็นต้น โดยกลไกการลดปวดเกิดจากการรับรู้ต่อความปวดลดลง ช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและเชื่อว่าทำให้มีการกระตุ้นการหลั่งสารเอนโดรฟิน (Brown in Potter & Perry, Eds., 1999)

2.8.2.1.3 พลังสัมผัส ใช้บรรเทาความปวดได้ทุกชนิด โดยลดความวิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกไม่แน่นอนได้ ใช้ร่วมกับการใช้ยาระดับปวดสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายมากขึ้น ซึ่งได้มีการศึกษาในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดพบว่าสามารถลดความปวดได้ (Barrington, 1994 cited in Good, 1999) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุตารัตน์ (2535) เรื่องผลของการสัมผัสต่อระดับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในเด็กวัยเรียนพบว่า ระดับความปวดหลังการสัมผัสต่ำกว่าก่อนการสัมผัส ซึ่งสรุปได้ว่าการสัมผัสมีผลบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดได้

2.8.2.1.4 การนวด จะส่งผลให้มีการยับยั้งการถ่ายทอดสัญญาณความปวดที่ไขสันหลัง นอกจากนี้ผลดีของการนวดยังช่วยลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวลง หลอดเลือดไม่ตีบตัน เซลล์ต่างๆ ได้รับออกซิเจนเพียงพอจึงไม่เกิดกรดแลคติกที่มากกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวดทำให้อาการปวดลดลง (McCaffery, 1979) นอกจากนี้การสัมผัสโดยการนวดทำให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความปวด ทั้งยังเป็นพลังในการสื่อสารให้เกิดอบอุ่น สบายใจและเกิดความมั่นใจในการรักษา จากการศึกษาของนิซอลและคณะ (Nixon, et al., 1997) ศึกษาผลของการนวดต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดแบบสวีดิช (Swedish massage) ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดจะมีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.8.2.1 การควบคุมความปวดโดยปรับความนึกคิด เป็นการควบคุมความปวดโดยปรับเปลี่ยนความนึกคิด ลดการร้าวทางอารมณ์ซึ่งส่งผลควบคุมความปวดที่ระดับไขสันหลังและสมอง การควบคุมความปวดโดยปรับความรู้สึกและความนึกคิดน่าจะเหมาะสมและใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยที่มีความปวดเพียงเล็กน้อยหรือใช้ร่วมกับการใช้ยาระงับปวดเมื่อความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดที่ครอบคลุม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การจินตนาการทางบวก การผ่อนคลาย การทำไบโอฟีดแบค และการเบี่ยงเบนความสนใจ

2.8.2.1.1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นวิธีการควบคุมความปวดขั้นพื้นฐานที่ดีที่สุดซึ่งสามารถกระทำได้ก่อนการควบคุมด้วยวิธีอื่น โดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แสดงความเห็นใจและปลอบโยนให้กำลังใจขณะที่มีความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการช่วยเหลือบรรเทาปวดของพยาบาล (Caunt, 1992) ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความวิตกกังวล ความกลัว ส่งผลให้อาการปวดลดลง (McCaffery, 1979) และถ้าใช้ร่วมกับวิธีบรรเทาความปวดอื่นๆ จะให้ผลในการบรรเทาปวดดีกว่าการใช้วิธีบรรเทาความปวดเพียงอย่างเดียว (Peric Knowlton, 1984)

2.8.2.1.2 การให้ข้อมูล เป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (Gaston-Johansson, Franco and Zimmerman, 1992; Galloway and Graydon, 1996) โดยเฉพาะข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริงจึงสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน และปราศจากความคลุมเครือ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งรบกวนที่คุกคาม มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจโดยเฉพาะด้านความเจ็บปวดลดลง (Johnson, 1972; Johnson, 1973; McHugh, Christman and Johnson, 1982; Leventhal and Johnson, 1983)

2.8.2.1.3 การจินตนาการทางบวกและการผ่อนคลาย การจินตนาการทางบวกเป็นการที่บุคคลสร้างภาพในสิ่งที่ตนเองพึงพอใจ มักใช้ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายหรือใช้ร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยเชื่อว่าเป็นการลดการร้าวทางอารมณ์และเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวดร่วมกับมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งการผ่อนคลายเป็นการตัดวงจรต่อเนื่องส่งผลให้ความปวดลดลง (สุพร พลยานันท์, 2528; McCaffery, 1979) มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการสร้างจินตนาการทางบวกโดยการฟังเทปและใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการจินตนาการ

ทางบวกโดยการฟังเพลง พบว่าระดับความปวด ความวิตกกังวลและความต้องการยาระงับปวดลดลง (ระวีพรรณ มงคล, 2529; รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2532; แสงหล้า พลนอก, 2542; Good, 1999)

2.8.2.1.4 การทำไบโอฟีดแบค เป็นพฤติกรรมบำบัดในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองทางสรีรวิทยาและวิธีการในการควบคุมการตอบสนองเหล่านั้น (Potter & Perry, 1995) วิธีนี้ต้องมีเครื่องมือในการบันทึกการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของบุคคล เช่น อุณหภูมิ ความดันโลหิต หรือการหดตัวของกล้ามเนื้อ โดยมีจุดประสงค์ในการทำเพื่อลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและลดการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก และลดความวิตกกังวลซึ่งทำให้อาการปวดดีขึ้น ซึ่งการใช้วิธีนี้อาจควบคู่ไปกับวิธีอื่น เช่น การจินตนาการทางบวก การผ่อนคลาย (Maher et al., 1998; McGuire & Sheilder, 1993)

2.8.2.1.5 การเบี่ยงเบนความสนใจ หมายถึงวิธีการที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความสนใจ หรือการดึงดูความสนใจของบุคคลนั้นมาสู่สิ่งกระตุ้นที่จัดกระทำให้มากกว่าการรับรู้ความเจ็บปวดที่กำลังเกิดขึ้น จึงเป็นการใส่สิ่งกระตุ้นความรู้สึกใหม่เข้าสู่ระบบเรติคูลาร์ ฟอเมชัน ทำให้บุคคลสนใจความเจ็บปวดลดลงและหันเหไปรับรู้สิ่งกระตุ้นโดยไม่รู้สึกร้าว (Curtis, Kolotylo, & Broom, 1998) นอกจากนี้ความพึงพอใจในสิ่งกระตุ้นจะทำให้เกิดการหลั่งสารเอนดอร์ฟินซึ่งเป็นสารยับยั้งความเจ็บปวด (Potter & Perry, 2001) ดังนั้นการเบี่ยงเบนความสนใจจึงสามารถลดการรับรู้ความเจ็บปวดและเพิ่มความอดทนต่อความเจ็บปวด (McCaffery & Beebe, 1994; Smeltzer & Bare, 2000; Wilkie, 2000) การเบี่ยงเบนความสนใจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การดูโทรทัศน์ การฟังดนตรี การฟังนิทาน การอ่านหนังสือ และการพูดคุยกับผู้อื่น (สุพร พลยานันท์, 2528)

2.8.2.1.6 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การผ่อนคลายหมายถึงภาวะที่ร่างกายและจิตใจปราศจากความตึงเครียด ซึ่งเป็นการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ร่วมกับการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อจึงเป็นการตัดวงจรของความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความตึงตัวของกล้ามเนื้อซึ่งต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเป็นวงจรทำให้ความเจ็บปวดทวีความรุนแรงขึ้น การตัดวงจรนี้ด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจึงลดความเจ็บปวดได้ (Potter & Perry, 2001) การใช้เทคนิคที่ช่วยให้มีการผ่อนคลายเกิดขึ้นอาจใช้หลายเทคนิคพร้อมกัน เช่น การทำสมาธิ การสร้างจินตภาพ เป็นต้น (นวลสกุล แก้วฉาย, 2545)

การจัดการกับอาการปวดนับเป็นบทบาทที่พยาบาลกระทำได้อย่างอิสระร่วมกับการใช้ยาระงับปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และไม่มีผลข้างเคียงที่อันตราย โดย McCaffery (1979) ให้แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาระงับปวดไว้ว่า ควรเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับความชอบและความสามารถของผู้ป่วย โดยเริ่มใช้ก่อนที่ผู้ป่วยจะประสบความเจ็บปวดทันทีที่ปวด และคงใช้ต่อเนื่องไปตลอดระยะที่มีความเจ็บปวดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดสูงสุด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดโดยการสร้าง

สัมพันธภาพ การให้ข้อมูล และการทำสมาธิ มาสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา

3. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

จากการศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการที่สำคัญคือ การได้รับการดูแลบรรเทาอาการปวด ต้องการได้รับคำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการปวด (เยาวิรัตน์ อินทอง และ ไพเราะ แสนสุรัตน์, 2546; วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2547) และพบว่าการดูแลตนเองที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการดูแลจากประสบการณ์ซึ่งบางครั้งก็ไม่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ และเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น โดยสังคมมองว่าโรคนี้เป็นโรคที่เป็นตราบาป ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมักถูกละเลยจากครอบครัวและสังคมและไม่ได้รับการรักษาดูแลที่เหมาะสมเนื่องจากอคติและการกลัวการติดต่อกของโรคดังกล่าว ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้นอกจากจะต้องการการดูแลสุขภาพในด้านร่างกายแล้วการดูแลและตอบสนองความต้องการในด้านสังคมและจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญอย่างมาก ดังนั้นโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิที่ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย และการฝึกทักษะในการจัดการกับอาการปวดศีรษะจึงน่าจะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงตามที่ต้องการ

การให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเป็นบทบาทอิสระและเป็นบทบาทความรับผิดชอบโดยตรงที่พยาบาลสามารถกระทำได้ (มรรยาท ณ นคร และคณะ, 2544) โดยการให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว ได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988) การให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับไปประมวลผลและเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพเดิมไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมและคงอยู่ถาวร (ธีรพันธ์ สิงห์เฉลิม, 2542; Duffy, 1997)

3.1 ความหมายของการให้ข้อมูล

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 “ข้อมูล” หมายถึง ข้อเท็จจริง หรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักฐานหาความจริงหรือการคำนวณ

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือของบุคคลที่พบได้บ่อยที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ในสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเองและช่วยลดความรู้สึกที่ทรมาณจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้น เป็นการเพิ่มพลัง

อำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้

สรุปได้ว่า การให้ข้อมูล หมายถึง การให้ข้อเท็จจริงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ในสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า และให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยความรู้ที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับข้อมูลนั้นจะต้องมีการวางแผนการสอน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สอนสามารถจัดการให้ข้อมูลเป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ (ซูลีกรณม์ ด่านยุทธศิลป์, 2541) และข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อเมื่อผู้รับนำเอาข้อมูลนั้นไปใช้ประกอบการตัดสินใจและวางแผน เพื่อให้สามารถปรับเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ

3.2 ประเภทของข้อมูล

ข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะต่างๆกัน สามารถจำแนกประเภทของข้อมูลได้ดังต่อไปนี้

3.2.1 จำแนกตามเนื้อหาของข้อมูล (Hathaway, 1986; Butcher, 1999; Shuldham, 1999)

3.2.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น อธิบายว่าเหตุการณ์อะไรที่จะเกิดหรือกิจกรรมที่ต้องกระทำเป็นลำดับขั้นตอน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ (Cognitive control)

3.2.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจต้องประสบ (Sensory information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยอธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยคนอื่นเคยประสบมาแล้วจากสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งความรู้สึกนี้จะรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น ผู้ป่วยจะได้เห็นอะไรบ้าง รู้สึกอย่างไร มีกลิ่นแบบไหน ช่วยให้สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนอง (Response control)

3.2.1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงวิธีการต่างๆ ที่ควรปฏิบัติอันจะเป็นผลดีต่อตนเองในสภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่างๆ ช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (Behavioral control)

3.2.2 จำแนกตามลักษณะของข้อมูล (Auerbach and Martelli, 1983)

3.2.2.1 ข้อมูลทั่วไป (General information) เป็นข้อมูลทั่วไปในลักษณะกว้างๆ เนื้อหาข้อมูลคล้ายกับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information)

3.2.2.2 ข้อมูลเฉพาะเจาะจง (Specific information) เป็นการให้ข้อมูลในรายละเอียดเฉพาะแต่ละสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญต่อภาวะคุกคาม

3.2.3 จำแนกตามรายละเอียดของข้อมูล (วิภาภักดิ์ ชังขาว, 2544)

3.2.3.1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค หรือเหตุผลของการรักษา

3.2.3.2 ข้อมูลรายละเอียดขั้นตอนการตรวจรักษาที่ได้รับ

3.2.3.3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจรักษา

3.2.3.4 ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น

3.3 หลักการให้ข้อมูล

หลักการพื้นฐานสำหรับการให้ข้อมูลของพยาบาล (อัฉรฯ คงกิตติมากุล, 2545) มีดังนี้

3.3.1 เป็นเรื่องเดียวกัน การให้ข้อมูลหรือคำอธิบายนั้นจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

3.3.2 ครอบคลุม ข้อมูลหรือคำอธิบายนั้นต้องใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย

3.3.3 ไม่คลุมเครือ มีความจำเพาะเจาะจง

3.3.4 กระชับ การให้ข้อมูลหรือคำอธิบายที่ดีต้องมีความชัดเจนและกระชับเพราะคนเรามีความจำที่จำกัด

3.3.5 การควบคุมภาษาและความเร็ว การใช้ภาษาและท่าทางประกอบ เช่น น้ำเสียง การแสดงออก การเน้นจังหวะที่สำคัญ

3.3.6 ความถูกต้องแม่นยำ ข้อมูลที่ให้ต้องถูกต้อง เป็นจริง ซึ่งต้องอาศัยความรู้ไม่ใช่ความเห็นส่วนตัว เป็นการสร้างความน่าเชื่อถือและความมั่นใจในตัวพยาบาล

3.3.7 การยกตัวอย่างประกอบ จะทำให้การให้ข้อมูลหรือคำอธิบายนั้นง่ายต่อการทำความเข้าใจ และเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

3.3.8 การป้อนข้อมูลกลับ เป็นการตรวจสอบว่าการรับรู้ข้อมูลหรือคำอธิบายได้มากน้อยเพียงใด เข้าใจมากน้อยแค่ไหน ถูกต้องหรือไม่ ซึ่งต้องอาศัยการสังเกตจากการแสดงออกของท่าทาง การสบตา การแสดงออกทางสีหน้าของผู้ป่วยประกอบ

3.4 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ในการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีการสอน 2 วิธี ดังนี้ (Hathaway, 1986; Katz, 1997)

3.4.1 การสอนเป็นรายบุคคล คือ การสอนแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม เกิดผลลัพธ์จากการให้ข้อมูลที่ดี โดยการให้ข้อมูลจะยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ สติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย

3.4.2 การสอนเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับข้อมูลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม โดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติตัวได้

การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย การให้ข้อมูลควรผสมผสานไปพร้อมกับการปฏิบัติพยาบาล ให้ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับรู้และกำลังมีความสงสัยอยากรู้หรืออยากเห็นว่ามียะอะไรเกิดขึ้นกับตนบ้าง ไม่ควรให้ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤต เพราะความสามารถในการรับรู้และการคิดอย่างมีเหตุผลของผู้ป่วยจะลดลง (Scott, Oberst, and Dropkin, 1980) ได้มีผู้เสนอแนวทางและข้อควรคำนึงในการให้ข้อมูลดังนี้ (ฉวี มากพุ่ม, 2530; Luckmann and Sorrensen, 1980; McGregor, Fuller and Lee, 1981; Perry, 1981; Manley, 1988; Edwards, 2003)

1. ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูล และสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้รับข้อมูล (Manley, 1988) ประเมินผู้รับข้อมูลว่ามีปัญหาในการเห็นหรือการได้ยินตลอดจนภาวะจิตใจและอารมณ์มีการแปรปรวนหรือไม่ เพราะการแปรปรวนทางด้านจิตใจและอารมณ์จะมีผลต่อความตั้งใจและทำให้ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลลดลง

2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด

3. ต้องให้ในเวลาที่เหมาะสม การให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้ดี ควรให้ในช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย หลีกเลียงสิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล

4. ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้ และควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น

5. การให้ข้อมูลต้องมีขั้นตอนไม่สับสน พูดให้ช้าและชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม ระยะเวลาห่างระหว่างผู้ให้และผู้รับต้องห่างกันพอสมควร เพื่อขจัดสิ่งรบกวนอื่นๆ ช่วยให้การเห็นและการได้ยินชัดเจน การเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้และผู้รับเป็นวิธีการที่ดี

6. ต้องเสนอข้อมูลในลักษณะที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้หลายๆ ด้าน อาจใช้อุปกรณ์ต่างๆ หรือใช้วิธีอธิบายพร้อมการสาธิต

7. จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว หลีกเลียงสิ่งรบกวนขณะให้ข้อมูล

8. การให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์และตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่ง ที่ควรคำนึงถึง โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการรักษา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้

3.5 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

จากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราพบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการนอกจากจะเป็นในเรื่องของการบรรเทาอาการปวดศีรษะแล้ว ผู้ป่วยยังมีความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการจัดการกับอาการปวดที่มีประสิทธิภาพ (เยาวัตน์ อินทอง และไพเราะ แสนสุรัตน์, 2546; วาสินี วิเศษฤทธิ์, 2547) และจากประสบการณ์ที่ผู้วิจัยได้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากพยาบาลยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยขาดข้อมูลในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมหรือคาดเดาได้ เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียด ซึ่งส่งผลให้การรับรู้ความเจ็บปวดทวีความรุนแรงขึ้น ดังนั้นการให้ข้อมูลที่ตรงและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ จะทำให้เกิดความเครียดน้อยลง ส่งผลให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง (Auerbarch and Martelli, 1983) ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราในผู้ป่วยเอดส์ อาการที่เกิดจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา สาเหตุของอาการปวดศีรษะ การจัดการกับอาการปวดศีรษะด้วยตนเอง และการทำสมาธิ เพื่อช่วยลดความเครียดและบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและน่าจะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราได้ตรงตามที่ต้องการ

4. แนวคิดเกี่ยวกับการทำสมาธิ

การปฏิบัติสมาธินับได้ว่าเป็นวิธีการดูแลสุขภาพทางเลือก โดยเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง การทำสมาธิได้ถูกประยุกต์ใช้เพื่อบำบัดโรคต่างๆ กันมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้มีการนำสมาธิมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, 2538; วิรัช นิราวุธ, 2539; พัชรพร ลัดดาพงศ์, 2543) ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการทำสมาธิช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบนอกจากอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นจะมาจากพยาธิสภาพของโรคแล้วยังมาจากปัจจัยทางด้านจิตใจ สังคม ซึ่งการทำสมาธิจะช่วยให้จิตใจสงบ ลดความเครียด ความวิตกกังวล ส่งผลให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง

4.1 ความหมายของสมาธิ

อมรา มลิลลา (2529) ให้ความหมายไว้ว่า สมาธิ คือ ความแน่วแน่ของใจ

พระเทพเวที (2532) ให้ความหมายสมาธิว่า เป็นความตั้งมั่นของจิต หรือภาวะจิตที่แน่วแน่ต่อสิ่งที่กำหนด ไม่ฟุ้งซ่านหรือส่ายไปมา

ชยวง พิกุลสวัสดิ์ (2536) สมาธิ หมายถึง การที่จิตสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน หรือการที่จิตตั้งมั่นอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือการมีสติอยู่กับอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งได้มั่นคง

เอก ธนะสิริ (2539) สมาธิ หมายถึง ความตั้งมั่นของจิต

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การฝึกสมาธิ คือการฝึกฝนจิต ควบคุมจิตให้สงบ โดยใช้วิธีการกำหนดการภาวนาเพื่อให้จิตไม่ฟุ้งซ่าน ทำให้จิตสงบนิ่ง

4.2 ระดับของสมาธิ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ (ประยุทธ์ ปยุตโต, 2547; วีระ ถาวโร, ม.ป.ป.)

4.2.1 **ฌณิกสมาธิ** สมาธิชั่วขณะ (momentary concentration) เป็นสมาธิขั้นต้นซึ่งคนทั่วไปอาจใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่การงานในชีวิตประจำวันให้ได้ผลดีและใช้เป็นจุดตั้งต้นในการเจริญวิปัสสนาก็ได้ ฌณิกสมาธิ หมายถึง ตั้งใจมั่นได้เล็กน้อย เช่น กำหนดจิตตามคำภาวนาได้ไม่นานก็คิดตามอารมณ์ภายนอกทำให้จิตไม่อยู่นิ่ง ฟุ้งซ่าน แต่พอรู้ตัวก็จะกลับมากำหนดจิตเช่นเดิม จิตก็จะสงบ

4.2.2 **อุปจารสมาธิ** สมาธิจวนจะแน่วแน่ (access concentration) เป็นสมาธิที่มีความตั้งมั่นใกล้จะถึงปฐมฌาน อุปจารสมาธิคุมอารมณ์สมาธิไว้ได้นานพอสมควร มีอารมณ์ใสสว่าง และจะมีอาการดังนี้

1) **วิตก** คือ ความกำหนดจิตนึกคิดในองค์ภาวนาหรือกำหนดรูปภคสังข จิตกำหนดอยู่ได้ไม่คลาดเคลื่อน ในเวลานานพอสมควร

2) **วิจาร์** การใคร่ครวญในรูปภคสังขนิमितที่จิตถือเอาเป็นนิमितที่กำหนด ถ้ากำหนดลมหายใจก็กำหนดรู้ว่าหายใจเข้าออกยาวหรือสั้น เบาหรือแรง รู้อยู่ตลอดเวลา

3) **ปีติ** ความปลาบปลื้มเอิบอิ่มใจ มีจิตใจชุ่มชื้นเบิกบาน ไม่เบื่อในการเจริญภาวนา อารมณ์ผ่องใส เมื่อหลับตาภาวนาจะมีความสว่างคล้ายมีใครนำแสงสว่างมาวางไว้ใกล้ๆ เห็นภาพและแสงสีปรากฏเป็นครั้งคราวแต่ปรากฏอยู่ไม่นานก็หายไป อาการของปีติมีห้าอย่าง ได้แก่ มีอาการขนลุก น้ำตาไหลจากตาโดยไม่มีอะไรไปทำให้ตาระคายเคือง ร่างกายโยกโคลง ร่างกายลอยขึ้นเหนือพื้นที่นั่ง และอาการกายชู้ชาคล้ายร่างกายโปร่ง ข้อสังเกตคือ อารมณ์จิตชุ่มชื้นเบิกบานแม้ร่างกายจะสั่นไหว มีสมาธิตั้งมั่นอยู่เสมอ การกำหนดจิตเข้าสมาธิทำได้ง่าย และคล่อง

4) **สุข** เป็นความสุขที่ละเอียดอ่อน นิ่งสมาธิแน่วแน่แม้เหน็ดเหนื่อย การกำหนดภาวนาทำได้ตลอด ความสุขใจมีตลอดเวลา สมาธิตั้งมั่น

4.2.3 **อัปปนาสมาธิ** สมาธิแน่วแน่ (attainment concentration) เป็นสมาธิระดับสูงสุด จะมีอาการเพิ่มขึ้นจากอุปจารสมาธิ คือ มีอารมณ์เป็นหนึ่ง เช่น เมื่อทำสมาธิอยู่นั้นหุยังได้ยินเสียงภายนอกทุกอย่างแต่อารมณ์ภาวนาไม่คลาดเคลื่อน ไม่รำคาญในเสียง ได้ยินเสียงแต่จิตทำงานเป็นปกติ

ในการศึกษาในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราที่มีอาการปวดศีรษะในครั้งนี้นี้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการให้โปรแกรมการทำสมาธิเพียง 14 วัน สมาธิที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติได้อาจเป็นเพียงสมาธิขั้นต้น คือ ขณิกสมาธิ และอุปปจารสมาธิ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย ลดความเครียด ส่งผลให้อาการปวดศีรษะลดลงได้

4.3 รูปแบบของการฝึกสมาธิ

รูปแบบการฝึกสมาธิหรือการเจริญสมาธิมีอยู่หลายรูปแบบ จากการศึกษาสรุปได้ดังนี้ (ดวงสมร พันธุเสน และคณะ, 2539)

4.3.1 แบบกำหนดลมหายใจ เป็นการฝึกที่มีความสะดวกสามารถทำได้ทุกขณะจะอยู่ที่ไหนก็สามารถทำได้ โดยให้อยู่ในอิริยาบถที่สบาย หายใจเข้าออกทางจมูก ขณะหายใจเข้าก็เอาจิตจดจ่ออยู่ที่ลมหายใจเข้า เมื่อหายใจออกก็เอาจิตจดจ่ออยู่ที่ลมหายใจออก อาจใช้การภาวนา พุท-โธ เข้าร่วมด้วยก็ได้ คือ เมื่อหายใจเข้าก็นึกว่า “พุท” เมื่อหายใจออกก็นึกว่า “โธ” ซึ่งจะรู้สึกถึงลมหายใจที่เข้าและออกแต่ละครั้ง โดยลมหายใจกระทบเยื่อภายในจมูกตรงจุดเดียวกันทุกครั้ง

4.3.2 แบบนับลมหายใจ เป็นการฝึกสมาธิด้วยการนับลมหายใจเข้า-ออก แต่ละครั้ง โดยขณะหายใจเข้าก็ให้เอาจิตจดจ่ออยู่ที่ลมหายใจเข้า เมื่อหายใจออกก็ให้เอาจิตจดจ่ออยู่ที่ลมหายใจออก พอสุดลมหายใจออกก็นับในใจว่า “หนึ่ง” นับเฉพาะลมหายใจออกทุกครั้งตั้งแต่หนึ่งไปจนถึงสิบ แล้วก็ตั้งต้นนับหนึ่งไปจนถึงสิบอีก นับหนึ่งถึงสิบ ถือว่า “หนึ่งเที่ยว” ในการทำแต่ละครั้งไม่ควรน้อยกว่าสิบเที่ยว เนื่องจากจะทำให้เกิดความสงบแห่งจิตได้เร็วขึ้น

4.3.3 แบบกำหนดจิตให้สงบ ใช้อุบายที่ผู้ฝึกกำหนดให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนทำจิตให้สงบนิ่ง โดยวิธี

4.3.3.1 ระลึกราคาใดคำหนึ่งที่ผู้ฝึกกำหนดให้

4.3.3.2 พง์วัตถุด้วยตา ซึ่งวัตถุที่ใช้พง์ควรเป็นวัตถุที่มีสัญลักษณ์กลม ไม่เล็กหรือใหญ่เกินไป โดยทั่วไปนิยมพง์พระพุทธรูปที่บุคคลนับถือ แยกพระพุทธรูปหรือวัตถุออกมาให้เด่นอยู่ระดับสายตา ห่างพอประมาณไม่ใกล้ไม่ไกลเกินไป พง์ตรงๆ ไปยังพระพุทธรูป ไม่ก้มหรือเงยหน้า ให้จิตจดจ่ออยู่ที่องค์พระนั้นนานๆ แล้วหลับตา ถ้ายังเห็นรูปพระติดตาอยู่หรือขณะพง์รูปพระอยู่นั้นจิตใจไม่ซัดส่ายไปคิดเรื่องอื่นๆ ก็แสดงว่าเริ่มเกิดสมาธิแล้ว

4.3.4 แบบกำหนดจิตพร้อมกับการเคลื่อนไหว ให้ผู้ฝึกใช้แขน ขา เคลื่อนไหวในขณะที่ทำจิตให้สงบ และพง์มองอวัยวะที่เคลื่อนไหวไปด้วย อาจกำหนดลมหายใจเข้า-ออก ร่วมด้วยก็ได้ เช่น การรำมวยไทย การรำมวยจีน ไทเก๊ก และโยคะ เป็นต้น

ในการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบในครั้งนี้นี้ ผู้วิจัยเลือกใช้อานาปานสติสมาธิ ซึ่งเป็นรูปแบบการทำสมาธิโดยการกำหนดลมหายใจเข้าออก เนื่องจากเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่าย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ สามารถทำ

ได้ทุกสถานที่ ทุกอิริยาบถ จึงน่าจะมีความสะดวกสบายกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เมื่ออาการปวดศีรษะรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง

4.4 อานาปานสติสมาธิ

อานาปานสติ หมายความว่า การระลึกรู้ในลมหายใจเข้าและออก (อาน+ ปาน หรืออาน+ สติ) อาน หมายถึง หายใจเข้า ปาน หรือ อปาน หมายถึง หายใจออก สติ หมายถึง ความระลึกได้ รวมแล้วคือ การระลึกรู้ในลมหายใจเข้าและออก อานาปานสติเป็นการสัมผัสรู้การเคลื่อนไหวของลมหายใจและการหยุดนิ่งของลมหายใจ สำหรับอิริยาบถของการทำสมาธินั้นทำได้ทุกอิริยาบถไม่ว่าจะนั่ง ยืน นอน ให้กำหนดลมหายใจของตนซึ่งกระทบที่ปลายจมูกก็ได้ ที่ท่ามกลางอกก็ได้ ที่เหนือสะดือเป็น ศูนย์กลางก็ได้ แล้วแต่จะเหมาะกับแต่ละบุคคลโดยมีสติจับอยู่ที่ลมหายใจเข้าออก ไม่ให้จิตฟุ้งซ่านไปที่อื่น ผูกจิตเอาไว้ด้วยเชือกคือสติ ที่หลักคือลมหายใจเข้าออก เมื่อหายใจเข้ายาวก็รู้ว่าเราหายใจเข้า ยาว เมื่อหายใจออกยาวก็รู้ว่าเราหายใจออกยาว เมื่อหายใจเข้าสั้นก็รู้ว่าเราหายใจเข้าสั้น เมื่อหายใจออกสั้นก็รู้ว่าเราหายใจออกสั้น หรือจะบริกรรม คือนึกกรรมฐานบทใดบทหนึ่ง เช่น พุทฺธคุณ เป็นต้นว่า อรหํ หรือพุทฺโธกำกับไม่ให้จิตฟุ้งซ่าน โดยภาวนาประกอบไปกับการกำหนดลมหายใจ คือเมื่อหายใจเข้าให้ภาวนาว่า “พุท” เมื่อหายใจออกให้ภาวนาว่า “โธ” แต่เมื่อกำหนดลมหายใจดีแล้วการภาวนาก็จะหายไป จิตจะไปกำหนดอยู่ที่จุดใดจุดหนึ่งที่ตนถนัด เช่น ปลายจมูกแต่เพียงจุดเดียว เพราะการภาวนานั้นก็เพื่อควบคุมไม่ให้คิดไปข้างนอกเท่านั้น ในการฝึกปฏิบัติให้ตั้งใจกำหนดไว้ให้มันตรงที่ลมกระทบแห่งใดแห่งหนึ่งโดยเฉพาะ อย่าให้เลื่อนลงหรือเลื่อนเข้าเลื่อนออก หรือเคลื่อนที่ไปมา จิตจะฟุ้งซ่าน ซึ่งเมื่อจิตฟุ้งซ่านควรบริกรรมระคองจิตไว้ให้ตั้งอยู่ในบริกรรมภาวนาจนรู้เห็นความนิ่งนั้นแจ้งชัด จิตก็จะตั้งมั่นแน่วแน่ เป็นอันหนึ่งอันเดียวใจก็จะสงบ (เชก ธนะสิริ, 2539)

4.5 กลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการทำสมาธิ

4.5.1 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท (กฤตยา มนูญปิฎ, 2538) การปฏิบัติสมาธิ จะทำให้เกิดการตั้งมั่นต่อการกระตุ้นอย่างใดอย่างหนึ่งและยับยั้งการกระตุ้นอื่นๆ เป็นการปรับระดับของกระแสประสาทที่จะผ่านไปยัง Cerebral cortex ซึ่งประสาทส่วนนี้สามารถส่งกระแสประสาทลงมาควบคุมกระแสประสาทนำเข้าจากอายตนะส่วนปลาย คือมี efferent inhibitory pathways สำหรับการได้ยิน การเห็น และการรู้ตัวตน (somesthetic system) ซึ่งประกอบด้วยสัมผัส การกดดัน การสั่นสะเทือน ความเจ็บปวด และอุณหภูมิ จากการควบคุมดังกล่าวทำให้สามารถปรับเพิ่มหรือลดความสนใจต่อสิ่งกระตุ้นอื่น เช่น ขณะอ่านหนังสือจะไม่สนใจต่อสิ่งที่มารบกวน นอกจากนี้การกระตุ้นที่ซ้ำๆ กันอาจทำให้มีการตอบสนองเพิ่มขึ้นหรือลดลงจากการที่ยับยั้งอวัยวะรับสัมผัสทำให้เกิดความเคยชิน ไม่เอาใจใส่ต่อสิ่งกระตุ้น

4.5.2 การเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี ขณะที่จิตสงบเป็นสมาธินั้นร่างกายหลั่งสาร Endorphin ออกมามากขึ้น (Luxes and Glower อ้างถึงในสุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2531) สารนี้จัดอยู่ในกลุ่มของนิวโรเปปไทด์ที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน ซึ่งมีอยู่ในร่างกาย (endogenous morphine) สารดังกล่าวมีคุณสมบัติเป็นสารสื่อประสาท (neurotransmitter) และฮอร์โมน Endorphin นั้นสามารถพบได้ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ต่อม pituitary, hypothalamus ระบบทางเดินอาหารและลำไส้ในน้ำเหลือง และระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งในระบบประสาทส่วนกลางนี้ Endorphin ทำหน้าที่ยับยั้งการรับสัญญาณความเจ็บปวดซึ่งส่งมาจากไขสันหลัง ทำให้ความเจ็บปวดลดลง

4.6 ประโยชน์ของการฝึกสมาธิในแง่ของการรักษาโรค (ดวงสมร พันธุเสน และคณะ, 2539)

- 4.6.1 ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของร่างกาย
- 4.6.2 ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล และความตึงเครียดทางจิตใจ
- 4.6.3 ช่วยกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้กลับทำหน้าที่ดังเดิม
- 4.6.4 ช่วยให้เกิดความสงบทางอารมณ์และจิตใจ ทำให้มองโลกในแง่ดี
- 4.6.5 ช่วยให้ผู้ป่วยเปิดใจกว้าง ยอมรับสภาพการณ์ต่างๆ ได้
- 4.6.6 ช่วยลดความรู้สึกลึกซึ้ง และความรู้สึกลึกในด้านลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- 4.6.7 ช่วยรักษาโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้หายได้

4.7 การทำสมาธิในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การทำสมาธิแบบอานาปานสติสมาธิ ซึ่งเป็นการทำสมาธิที่มีจุดเด่นคือ ปฏิบัติได้สะดวก ใช้ได้ทุกเวลา ทุกสถานที่ ใช้ได้ทันทีที่ต้องการไม่ต้องเตรียมอุปกรณ์ใดๆ สำหรับอริยาบถของการทำสมาธินั้นทำได้ทุกอริยาบถไม่ว่าจะเดิน นั่ง ยืน นอน จึงมีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราที่มีอาการปวดศีรษะ ซึ่งโดยธรรมชาติของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้มีอาการปวดตลอดเวลา อาการปวดที่เกิดขึ้นมักเป็นๆ หายๆ (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2547) การฝึกอานาปานสติสมาธิในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงสามารถทำได้และน่าจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเพื่อควบคุมความปวดของตนเอง โดยในการฝึกครั้งแรกผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจทำสมาธิได้ในระดับฌณิกสมาธิ หรืออุปจารสมาธิ ซึ่งสามารถทำให้เกิดการผ่อนคลายได้ในระดับหนึ่งเป็นการตัดวงจรความเจ็บปวดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการนำสมาธิไปใช้กับผู้ป่วยในกลุ่มต่างๆ เช่น ในผู้ป่วยมะเร็ง (สมทรง เฟ่งสุวรรณ, 2528; งานการพยาบาล รังสีวิทยา ร.พ. ศิริราช, 2535; อพัชชา ผ่องญาติ, 2543) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, 2538; วิรัช นิราวุธ;

2539; พัชรพร ลัดดาพงศ์, 2543) ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (ขวัญตา เพชรมณีโชติ, 2543) ผู้ป่วยแผลไหม้ (เก็จทอง เสตะกสิกร, 2541) และผลการศึกษาพบว่า การทำสมาธิส่งผลให้เกิดการผ่อนคลายลดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความเจ็บปวด แต่ในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบซึ่งทุกข์ทรมานจากอาการปวดศีรษะยังไม่พบว่ามี การนำเอาการบำบัดทางการพยาบาลเหล่านี้มาใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะแก่ผู้ป่วย จากหลักฐานงานวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ผลสมผสานกับการบำบัดการพยาบาลด้วยวิธีการให้ข้อมูล และการทำสมาธิเพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความปวดของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.5 โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดที่ผ่านมาพบว่าได้มีการนำวิธีการต่างๆ มาใช้บรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆที่มีความเจ็บปวด ได้แก่ การให้ข้อมูล (ฉวี มากพุ่ม, 2530; ปราณี นิพัทธกุลศลกิจ, 2537; อุบล จ้วงพานิช และคณะ, 2538; อูรวดี เจริญไทย, 2541) การใช้ดนตรีบำบัด (ดวงดาว ดุลยธรรม, 2543; เอมอร อุดลโกคาธร, 2543) การนวด (โสมนภา กิตติศัพท์, 2536; Pongchareon, 2001; lemsam-ang, 2001) การสัมผัส (มณฑิชา แสนทวีสุข, 2541) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (รุ่งทิพย์ จามรราน, 2532) และการทำสมาธิ (พัชรพร ลัดดาพงศ์, 2543) การใช้สื่ออารมณ์ขัน (พรนิภา ลีละธนาฤกษ์, 2542) ซึ่งจะเห็นว่าเป็นการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดเพียงวิธีเดียว แต่พบว่าการจัดการกับความเจ็บปวดเพียงวิธีเดียวไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในผู้ป่วยเอดส์ซึ่งพบว่าอาการปวดนอกจากจะเกิดจากปัจจัยทางด้านสรีระแล้วยังเกิดจากปัจจัยทางด้านจิต สังคม เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น โดยสังคมมองว่าโรคนี้เป็นโรคที่เป็นตราบาป ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมักถูกละเลยจากครอบครัวและสังคมและไม่ได้รับการรักษาดูแลที่เหมาะสมเนื่องจากอคติและการกลัวการติดต่อของโรคดังกล่าว ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้นอกจากจะต้องการการดูแลสุขภาพในด้านร่างกายแล้วการดูแลและตอบสนองความต้องการในด้านสังคมและจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญอย่างมาก และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังขาดความรู้และขาดข้อมูลในการดูแลตนเอง วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งส่งผลให้ความเจ็บปวดทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น(เยาวรัตน์ อินทอง และ ไพเราะ แสนสุรัตน์, 2546; วาสินี วิเศษฤทธิ์, 2547)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ ซึ่งเป็นการจัดการกับความเจ็บปวดที่ผสมผสานหลายวิธี ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล และการทำสมาธิเข้าด้วยกัน เน้นถึงการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) ที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้าน

ร่างกายและทางด้านจิตใจ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวความคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) เริ่มต้นจากการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการตามแนวคิดของผู้ป่วย หลังจากนั้นมีการวิเคราะห์ถึงจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติ เกิดการปฏิบัติ ตามด้วยการประเมินผลจากการปฏิบัติและกระบวนการจัดการ

แนวความคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) เน้นที่การจัดการกับอาการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและการใช้การดูแลตนเอง (self-care) ซึ่งเน้นทักษะความรู้และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการกับอาการของตนเอง อาการไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเท่านั้นแต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งการจัดการกับอาการนั้นเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว และพบว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุตามแนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกันด้วย โดยโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย เป็นการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่วันที่ผู้วิจัยพบผู้ป่วยวันแรก โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดเกิดความไว้วางใจ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะทำให้พยาบาลเข้าใจความคิด ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และผู้ป่วยเองก็จะเกิดความไว้วางใจพยาบาลและกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลของตนเอง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ฟังพอใจ และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำต่อไป นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงอาการปวดศีรษะที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง ตลอดจนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ กลวิธีการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่ผ่านมา ผลของการจัดการกับอาการปวดศีรษะ เพื่อให้ผู้ป่วยสรุปความรู้และประสบการณ์ที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดศีรษะ เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหานอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพยังเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ก่อให้เกิดความไว้วางใจและมั่นใจในตัวผู้วิจัย ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บปวดและดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วยทุกขั้นตอนของโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการปวดศีรษะตามสาเหตุและตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคลในเรื่องของโรคเอดส์และเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา อาการที่เกิดจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา สาเหตุของอาการปวดศีรษะ การจัดการกับอาการปวดศีรษะ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องในระยะก่อนผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลด

ความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (Gaston- Johansson, Franco and Zimmerman, 1992; Galloway and Graydon, 1996) โดยเฉพาะข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริงจึงสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน และปราศจากความคลุมเครือ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจโดยเฉพาะด้านความเจ็บปวดลดลง (Johnson, 1972; Johnson, 1973; McHugh, Christman and Johnson, 1982; Leventhal and Johnson, 1983)

การให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนเป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจการตัดสินใจด้วยตนเอง และได้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเองให้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลจะต้องคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลด้วย รวมทั้งการรับฟังของพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม แสดงความคิดเห็น ผูกทักษะต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยมั่นใจมากขึ้น รวมทั้งการสอนและการให้ความรู้จะได้ผลดีขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจ และความเป็นมิตรระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การทำสมาธิ โดยการสอนทักษะในการจัดการกับอาการปวดศีรษะเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการที่จะจัดการกับอาการปวดศีรษะของตนเอง โดยผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการทำสมาธิ เนื่องจากเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง มีความสะดวกในการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้ทุกสถานที่ การทำสมาธิ (Meditation) ทำให้เกิดภาวะใหม่ของร่างกายคล้ายกับการพักผ่อนและในระหว่างที่กำลังพักผ่อนร่างกายก็สามารถคลายความตึงเครียดซึ่งแสดงให้เห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองที่เปลี่ยนจากภาวะของการตื่นตัวแบบเครียด ไปสู่ภาวะของการตื่นตัวรับรู้แบบที่พร้อมแต่ไม่ตื่นเตน (Restal alterness) ทำให้ความวิตกกังวลลดลง ลดการเร้าทางอารมณ์ เช่น ความหงุดหงิด ความฉุนเฉียว การทำสมาธิทำให้มีการลดระดับกรดแลคติก และระดับคอริติซอลในเลือด ซึ่งสารทั้ง 2 ชนิดนี้มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดความเจ็บปวด (Bonica, 1990) และเมื่อมีสมาธิถึงขั้นจิตสงบนั้นร่างกายจะหลั่งสาร Endorphin ออกมามากขึ้น ซึ่งสาร Endorphin นี้ทำหน้าที่ยับยั้งการรับรู้สัญญาณความเจ็บปวดที่ส่งมาจากไขสันหลังทำให้ความเจ็บปวดลดลง (ประเวศ วะสี, 2540) จึงช่วยลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการฝึกสมาธิของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (จิราลักษณ์ จงสถิตมัน,

2538; วิรัช นิราฤทธิ์, 2539พัชรพร ลัดดาพงศ์, 2543) ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีความเจ็บปวดและอาการแทรกซ้อนต่างๆ บรรเทาลงหรือหายไป

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการจัดการกับอาการ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้และการฝึกทักษะในการจัดการกับอาการปวดศีรษะไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย ซึ่งผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการกับความเจ็บปวดก็จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป

โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการกับความปวดมาใช้ จะทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการได้เรียนรู้และมีทักษะในการจัดการกับอาการปวดศีรษะของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบต้องการ โดยพบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรามีความต้องการที่สำคัญคือ การได้รับการดูแลบรรเทาอาการปวดศีรษะ ต้องการได้รับคำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการปวดศีรษะ (เขาวรัตน์ อินทอง และไพเราะ แสนสุรัตน์, 2546; วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2547) และพบว่าการดูแลตนเองที่ผ่านมาส่วใหญ่เป็นการดูแลจากประสบการณ์ซึ่งบางครั้งก็ไม่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ ดังนั้นการพยาบาลที่เน้นการฝึกทักษะ การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจึงน่าจะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงตามที่ต้องการ และส่งผลให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยลดลง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวด พบว่ามีการนำวิธีบำบัดทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดมาใช้ในผู้ป่วย ดังนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

Fraherty & Fitzpatrick (1978) ศึกษาผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อการเพิ่มระดับความสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดถุงน้ำดี ผ่าตัดตับแต่งไส้เลื่อน และผ่าตัดริดสีดวงทวาร จำนวน 42 คน เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 21 คน ด้วยวิธีการจับคู่ให้มีช่วงอายุใกล้เคียงกัน และได้รับการผ่าตัดชนิดเดียวกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายด้วยวิธีการฝึกหายใจร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจในคืนก่อนวันผ่าตัด 1 ครั้ง และหลังผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง ผู้ทำวิจัยทำการประเมินความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดของ

จอห์นสัน และบันทึกจำนวนยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดและจำนวนยาบรรเทาปวดที่ได้รับภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

Locsin (1981) ศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยนำดนตรีมาใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชจำนวน 24 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 12 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการจัดให้ฟังดนตรีภายหลังการเย็บปิดแผลที่ผิวหนังแล้วเป็นเวลา 15 นาที ทุกๆ 2 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ในช่วง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

Wells (1982) ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อความตึงตัวของกล้ามเนื้อและความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีจำนวน 12 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 6 คน ด้วยวิธีการสุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายโดยให้ผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปที่การหายใจ ทั้งหมด 4 ครั้ง คือ เย็นก่อนผ่าตัด วันผ่าตัด วันแรกและวันที่สองหลังผ่าตัด ซึ่งในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัดทั้งสองกลุ่มได้รับการวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อโดยใช้เครื่องมือวัดคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ และประเมินความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดของจอห์นสัน ผลการศึกษาพบว่าความตึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ระดับความเจ็บปวดและจำนวนยาบรรเทาปวดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

Timmon & Bower (1993) ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนก่อนการผ่าตัดต่อการควบคุมความเจ็บปวดและการจัดการต่อความเจ็บปวดของผู้ที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 86 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 43 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

Nixon, Teschendorff, Finney, & Karniloviez (1997) ศึกษาความเจ็บปวดของการนวดต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจำนวน 39 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 19 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ด้วยวิธีจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กลุ่มทดลองได้รับการนวดแบบสวีดิช (Swedish message) วันละ 2 ครั้งร่วมกับการพยาบาลตามปกติเป็นเวลา 7 วัน หรือจนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่าย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ผู้วิจัยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดแบบเปรียบเทียบด้วยสายตาประเมินความเจ็บปวดในเวลา 1 ชั่วโมง 2 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดตามลำดับ หลังจากนั้น

ประเมินความเจ็บปวดทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงและครบ 7 วันหรือจนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าระดับความเจ็บปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

Pongchareon (2001) ศึกษาผลของการนวดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิของถุงน้ำดี กระเพาะอาหารและ/หรือลำไส้ ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 10 คน เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คนได้รับการนวดคนละ 5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ในระยะ 3 วันแรกหลังผ่าตัดซึ่งก่อนและหลังการนวดแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการวัดความรู้สึกเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดของจอห์นสัน ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และสังเกตพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความรู้สึกเจ็บปวดและพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวด ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจของกลุ่มตัวอย่างลดลงหลังการนวด

Iemsam-ang (2001) ศึกษาผลของการนวดต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมชนิดถอนรากตัดแปลง (modified radical mastectomy) จำนวน 20 คน เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการนวดจากผู้วิจัยเป็นเวลา 20 นาที โดยผู้วิจัยทำการประเมินความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดของจอห์นสัน ก่อนการนวด หลังการนวดทันที และภายหลังการนวด 1 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความเจ็บปวดก่อนทำการนวด ภายหลังการนวดทันที และภายหลังการนวด 1 ชั่วโมง แตกต่างกัน ระดับความเจ็บปวดภายหลังการนวดทันทีและภายหลังการนวด 1 ชั่วโมงน้อยกว่าก่อนทำการนวด และมีระดับความเจ็บปวดภายหลังการนวดทันทีและภายหลังการนวด 1 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน

รุ่งทิพย์ จามรมาน (2532) ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะในช่องท้องส่วนบนจำนวน 46 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับให้ฝึกหายใจด้วยวิธีการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วน และจินตนาการทางบวก ประเมินความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความปวดของจอห์นสัน และวัดอัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตหลังการผ่าตัดวันที่ 1 วันที่ 2 และ 3 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โชนนภา กิตติศัพท์ (2536) ศึกษาผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และพักอยู่ในหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู โรงพยาบาลโรคทรวงอก จำนวน 40 คน แบ่งเป็น

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน ด้วยวิธีการจับคู่ในเรื่องเพศ อายุ ระดับความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดและชนิดของโรคหัวใจก่อนผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการจัดดนตรีคลาสสิกให้ฟังเป็นเวลา 30 นาที ทุก 2 ชั่วโมง ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดโดยทำการประเมินความเจ็บปวด 2 ครั้ง คือ เมื่อครบ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยใบหน้าซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากภาพแสดงความเจ็บปวดทางใบหน้าของแฟรงค์และคณะ (Frank et al., 1979 อ้างถึงในโฉมณา, 2536) ผลการศึกษาพบว่าระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

อุบล จ้วงพานิช และคณะ (2538) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิบัติการตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับก่อนผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คนด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ชนิด ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก ซึ่งผู้วิจัยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดของจอห์นสันประเมินความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างก่อนผ่าตัด 1 วัน และประเมินซ้ำเมื่อครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีความรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรเทพ แพรขาว (2541) ศึกษาผลของการเล่นเกมดิจิทัลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและยึดตรึงกระดูกภายในแบบเปิดในผู้ป่วยชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่กระดูกต้นขาหักและได้รับการผ่าตัดจัดและยึดตรึงกระดูกภายในแบบเปิด จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน โดยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองได้รับการเล่นเกมดิจิทัลเป็นเวลา 30 นาทีร่วมกับการรับประทานยาบรรเทาปวดพาราเซตามอลและการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรับประทานยาบรรเทาปวดพาราเซตามอลและการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรับประทานยาบรรเทาปวดพาราเซตามอลร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยทำการประเมินความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดแบบเปรียบเทียบด้วยสายตาของสจิวต์ (Stewart's visual analogue scale) โดยกลุ่มทดลองได้รับการประเมินความเจ็บปวดก่อนและหลังการเล่นเกมส์ดิจิทัลร่วมกับการรับประทานยาบรรเทาปวดพาราเซตามอล และกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความเจ็บปวดในเวลาก่อนรับประทานยาบรรเทาปวดพาราเซตามอลและหลังรับประทานยาบรรเทาปวดพาราเซตามอลเป็นเวลา 30 นาที ผลการศึกษาพบว่าเมื่อครบ 30 นาทีหลังรับประทานยาบรรเทาปวดพาราเซตามอลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

มณฑิชา แสนทวิสุข (2541) ศึกษาผลของการสัมผัสและการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนต่อระดับความวิตกกังวลและการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ จำนวน 12 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม กลุ่มละ 4 คน กลุ่มทดลองกลุ่มแรกได้รับการสัมผัส กลุ่มที่สองได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน และกลุ่มที่สามได้รับการสัมผัสร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ผู้วิจัยทำการประเมินความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดของจอห์นสันและแบบบันทึกการใช้ยาบรรเทาปวดในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติตนร่วมกับการสัมผัสมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติตนเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติตนและผู้ป่วยที่ได้รับการสัมผัสมีระดับความเจ็บปวดไม่แตกต่างกัน และไม่พบความแตกต่างของการใช้ยาบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม

อุรวาดิ เจริญไชย (2541) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกละและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูล 3 ชนิด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดของจอห์นสันและแบบสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บปวด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของ สมศรี เจริญกล้า (2525) และอภิญา วงศ์พิริยะโยธา (2535) ทำการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกละเจ็บปวดและพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

พรนิภา ลีละธนาฤกษ์ (2542) ศึกษาผลการใช้สื่ออารมณ์ขันที่มีต่อความเจ็บปวดและความเครียดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ การผ่าตัดนิ่วของถุงน้ำดี และการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก จำนวน 30 คน และแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 15 คน ด้วยวิธีการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับสื่ออารมณ์ขันซึ่งเป็นหนังสือการ์ตูนซ้ำกันที่มีเนื้อหาไม่เสียดสี ไม่ล้อเลียน ไม่หยาบคาย และไม่เน้นเกี่ยวกับเรื่องเพศ ในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด การประเมินความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดแบบช่องของเจ็นเซ็นและ

คณะ (Jensen et al., 1996) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด

ดวงดาว ดุขยธรรม (2543) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา จำนวน 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 15 คน ด้วยวิธีการจับคู่ให้มีลักษณะเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องของเพศ ชนิดของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับขณะผ่าตัด ชนิดของการได้รับยา ก่อนและหลังผ่าตัด และพัฒนาการทางอายุ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการจัดให้ฟังดนตรี โดยให้ผู้ป่วยควบคุมการฟังดนตรีด้วยตนเองในระยะเวลา 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้วิจัยทำการประเมินความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดตัวเลขและบันทึกสัญญาณชีพจรทุก 4 ชั่วโมง ร่วมกับการบันทึกการใช้ยาบรรเทาปวดในระยะเวลา 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวดในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกและในช่วง 24-48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่จำนวนครั้งเฉลี่ยของการใช้ยาบรรเทาปวดทั้งใน 24 ชั่วโมงแรกและในช่วง 24-48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

เอมอร อุดลโภคาธร (2543) ศึกษาผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 15 คน ด้วยวิธีจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการจัดให้ฟังดนตรีที่เลือกตามความชอบเป็นเวลา 30 นาที วันละ 3 ครั้ง ห่างกันทุก 2 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความเจ็บปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำสมาธิ

พัทยา จิตสุวรรณ (2535) ศึกษาผลการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยไตวายได้รับการรักษาด้วยไตเทียมด้วยมูลนิธิไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์ โดยเป็นฆราวาสที่ไม่ได้รับการฝึกสมาธิสม่ำเสมอทุกวัน กลุ่มทดลอง 21 รายผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยม การพูดคุยเรื่องทั่วไปและได้รับการฝึกอานาปานสติสมาธิจากผู้วิจัย กลุ่มเปรียบเทียบ 24 ราย จะได้รับการเยี่ยมการพูดคุยเรื่องทั่วไป แต่ไม่ได้รับการฝึกอานาปานสติสมาธิจากผู้วิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์วัดความวิตกกังวลของซุง และแบบสัมภาษณ์วัดความซึมเศร้าของซุง เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าภายหลังการฝึกสมาธิน้อยกว่าการฝึกสมาธิ และมีความกังวลและความซึมเศร้าภายหลังฝึกสมาธิน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิรัช นิราวุทธิ์ (2539) ศึกษาวิธีทางแห่งพุทธศาสน์กับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 88 คน ได้รับการฝึกอบรมการทำสมาธิแนววัดคอยเก็ง ใช้เวลาฝึกอบรม 7 วัน หลังการฝึกอบรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น อาการแทรกซ้อนต่างๆ บรรเทาลงหรือหายไป

ขวัญตา เพชรมณีโชติ (2543) ศึกษาผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เข้ารับการรักษาระยะที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 ราย โดยในกลุ่มทดลอง 15 รายได้รับการฝึกสมาธิด้วยวิธีอัปมัณญา 4 ร่วมกับอานาปานสติ ระยะเวลาการทดลอง 6 สัปดาห์ ใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บปวด และแบบสัมภาษณ์วัดความวิตกกังวล และแบบบันทึกข้อมูลการฝึกสมาธิ ในการเก็บข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

พัชรพร ลัดดาพงษ์ (2543) ศึกษาผลการปฏิบัติสมาธิแนววัดคอยเก็งแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 10 คน โดยในกลุ่มทดลองได้รับการฝึกสมาธิแนววัดคอยเก็ง ผลการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและทำให้อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นหายไป ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดขึ้นได้ในระยะหนึ่ง เช่น อาการคันตามผิวหนัง ปวดศีรษะ หน้ามืด ปวดเมื่อยตามร่างกาย เจ็บหน้าอก และช่วยคลายเครียด

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการจัดการกับความเจ็บปวดเพียงวิธีเดียวไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในผู้ป่วยเอดส์ซึ่งพบว่าอาการปวดนอกจากจะเกิดจากปัจจัยทางด้านสรีระแล้วยังเกิดจากปัจจัยทางด้านจิต สังคม เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น โดยสังคมมองว่าโรคนี้เป็นโรคที่เป็นตราบาป ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมักถูกละเลยจากครอบครัวและสังคมและไม่ได้รับการรักษาดูแลที่เหมาะสมเนื่องจากอคติและการกลัวการติดต่อของโรคดังกล่าว ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้นอกจากจะต้องการการดูแลสุขภาพในด้านร่างกายแล้วการดูแลและตอบสนองความต้องการในด้านสังคมและจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญอย่างมาก และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังขาดความรู้ในเรื่องโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ สาเหตุของอาการปวดศีรษะ นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลในการจัดการกับอาการปวดศีรษะของตนเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งส่งผลให้ความเจ็บปวดทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกวิธีการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล

และการทำสมาธิ สร้างเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ เน้นถึงการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) ที่ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราได้อย่างตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ความเจ็บปวดของผู้ป่วยลดลง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ ประกอบด้วย

1. การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ผู้วิจัยพบกับผู้ป่วยเป็นครั้งแรก โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ วิธีการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่ผ่านมา ผลของการจัดการกับอาการปวดศีรษะ และการทำสมาธิ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที
2. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยให้ความรู้ในการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคล แบ่งให้ความรู้ออกเป็น 2 ครั้ง คือ
 - 2.1. การให้ความรู้ครั้งที่ 1 ในวันที่ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องความรู้เรื่องโรคเอดส์และเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา อาการที่เกิดจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา สาเหตุของอาการปวดศีรษะ และการทำสมาธิ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที
 - 2.1. การให้ความรู้ครั้งที่ 2 ในวันที่ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งที่ 3 ให้ความรู้เรื่องการจัดการกับอาการปวดศีรษะด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที
3. การฝึกสมาธิ ในวันที่ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยสอนให้ผู้ป่วยทำสมาธิ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติโดยผู้ป่วยจะได้รับการสอน การชี้แนะ การลงมือปฏิบัติ และการประเมิน โดยผู้วิจัยสาธิตให้ผู้ป่วยดูแล้วให้ผู้ป่วยฝึกทำย้อนกลับ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยอีก 4 ครั้ง ในวันที่ 6 8 10 และ 12 หลังเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร เพื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วย โดยผู้วิจัยสอบถามปัญหาในการปฏิบัติสมาธิ ให้คำแนะนำ กระตุ้นและให้กำลังใจทั้งคำพูด ท่าทาง รวมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือไม่สามารถปฏิบัติได้ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที/ ครั้ง
4. การประเมินผล ในวันที่ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งที่ 8 โดยผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันค้นหาปัญหาและร่วมกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

อาการปวด
ศีรษะ

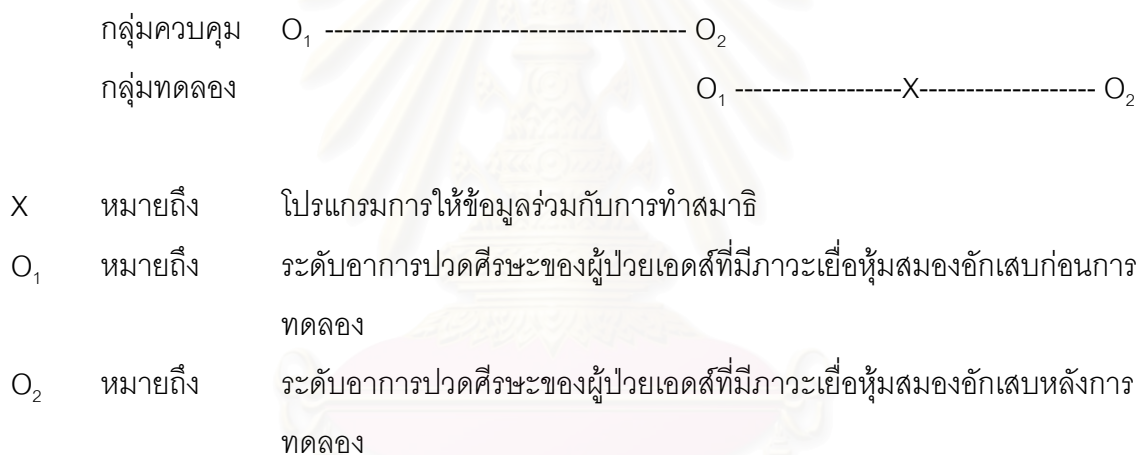
การให้การพยาบาลตามปกติ ซึ่งประกอบด้วย

- 2.1 การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา
- 2.2 การให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา
- 2.3 การให้ยาบรรเทาปวด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest- posttest control groups design) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ดำเนินการวิจัยโดยศึกษาระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และเปรียบเทียบระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามรูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลองดังแผนภาพ



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเอดส์วัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์วัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราอายุ 20- 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 40 คน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2548 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2548 โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยกึ่งทดลองคือควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน (Burns and Grove, 1993) จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา
2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดศีรษะตลอดเวลา ประเมินโดยการสอบถามจากผู้ป่วย
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
4. สามารถช่วยเหลือตนเองได้
5. สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทย
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สติ (consciousness) เช่น ผู้ป่วยสับสน (confusion) หรือหมดสติ (unconscious) มีอาการปวดศีรษะมากจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรง

การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังกล่าวแล้วผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 20 คนต่อมาจัดให้เป็นกลุ่มทดลอง โดยจัดกลุ่มตัวอย่างทั้งทั้ง 2 กลุ่มให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด ดังนี้

1. เพศเดียวกัน
2. อายุใกล้เคียงกัน
3. รับประทานแก้ปวดชนิดเดียวกัน

กรณีกลุ่มตัวอย่างขอลอนตัวจากการวิจัยหรือเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม ผู้วิจัยไม่นำข้อมูลมารวมในการวิเคราะห์ข้อมูลและเก็บข้อมูลเพิ่มจนครบ 40 คน

ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 47 คน แต่ต้องคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยจำนวน 7 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตระหว่างการวิจัย จำนวน 2 คน และกลุ่มตัวอย่างย้ายไปรับการรักษาโรงพยาบาลอื่นระหว่างเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 5 คน ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 40 คน โดยทำการจับคู่ได้จำนวน 20 คู่ มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อได้รับการจับคู่ จำแนกตามเพศ อายุ และยาแก้ปวดที่ได้รับ

คู่ที่	เพศ		อายุ		ยาแก้ปวดที่ได้รับ	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	ชาย	ชาย	33	37	Paracetamal	Paracetamal
2	ชาย	ชาย	38	38	Paracetamal และ Tramal	Paracetamal และ Tramal
3	หญิง	หญิง	29	27	Tramal	Tramal
4	ชาย	ชาย	41	46	Tramal	Tramal
5	หญิง	หญิง	26	28	Tramal	Tramal
6	หญิง	หญิง	41	45	Paracetamal	Paracetamal
7	ชาย	ชาย	35	38	Paracetamal	Paracetamal
8	ชาย	ชาย	30	29	Paracetamal และ Tramal	Paracetamal และ Tramal
9	ชาย	ชาย	27	27	Tramal	Tramal
10	ชาย	ชาย	37	34	Tramal	Tramal
11	หญิง	หญิง	35	35	Paracetamal และ Tramal	Paracetamal และ Tramal
12	หญิง	หญิง	31	32	Tramal	Tramal
13	ชาย	ชาย	39	35	Paracetamal	Paracetamal
14	หญิง	หญิง	32	28	Paracetamal	Paracetamal
15	หญิง	หญิง	35	34	Paracetamal และ Tramal	Paracetamal และ Tramal
16	ชาย	ชาย	42	44	Paracetamal	Paracetamal
17	ชาย	ชาย	51	53	Tramal	Tramal
18	ชาย	ชาย	34	33	Tramal	Tramal
19	หญิง	หญิง	31	32	Paracetamal	Paracetamal
20	หญิง	หญิง	26	23	Paracetamal และ Tramal	Paracetamal และ Tramal

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	11	55	11	55	22	55
หญิง	9	45	9	45	18	45
ช่วงอายุ						
20-30 ปี	6	40	5	25	11	27.5
31-40 ปี	10	25	11	55	21	52.5
41-50 ปี	3	30	3	15	6	15
51-59 ปี	1	5	1	5	2	5
สถานภาพสมรส						
โสด	4	20	4	20	8	20
คู่	14	70	16	80	30	75
หม้าย	2	10	-	-	2	5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	1	5	-	-	1	2.5
ประถมศึกษา	5	25	9	45	14	35
มัธยมศึกษา	5	25	8	40	13	32.5
ประกาศนียบัตร	3	15	1	5	4	10
ปริญญาตรี	6	30	1	5	7	17.5
ปริญญาโท	-	-	1	5	1	2.5
อาชีพ						
ข้าราชการ	2	10	1	5	3	7.5
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3	15	2	10	5	12.5
พนักงานบริษัท	5	25	-	-	5	12.5
รับจ้าง	9	45	12	60	21	52.5
ว่างงาน	1	5	4	20	5	12.5
เกษตรกร	-	-	1	5	1	2.5

จากตารางที่ 2 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 52.5

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ ยาบรรเทาปวดที่ได้รับ อาการหลังได้ยาบรรเทาปวด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง(n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค						
เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา	20	100	20	100	40	100
การรักษาที่ได้รับ						
Ampho tericin B	4	20	7	35	11	27.5
Ampho tericin B และเจาะไขสันหลัง	13	65	11	55	24	60
Fluconazole	3	15	2	10	5	12.5
ยาบรรเทาปวดที่ได้รับ						
Paracetamal	7	35	7	35	14	35
Tramal	8	40	8	40	16	40
Paracetamal และ Tramal	5	25	5	25	10	25
อาการหลังได้ยาบรรเทาปวด						
บรรเทา	19	95	16	80	35	87.5
ไม่บรรเทา	1	5	4	20	5	12.5

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา และส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา Ampho tericin B ร่วมกับการเจาะไขสันหลัง คิดเป็นร้อยละ 60 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดศีรษะจะได้รับยา Tramal เพื่อบรรเทาอาการปวดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาได้รับยา Paracetamal ร้อยละ 35 และภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาการปวดทุเลาลง คิดเป็นร้อยละ 87.5

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสาเหตุของอาการปวดศีรษะ ลักษณะของการปวดศีรษะ และผลกระทบเมื่อมีอาการปวดศีรษะ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง(n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุที่ทำให้มีอาการปวดศีรษะ						
โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบและความเครียด	9	45	8	40	17	42.5
ความเครียดและสิ่งแวดล้อม	4	20	4	20	8	20
ไม่ทราบสาเหตุ	7	35	8	40	15	37.5
ลักษณะของการปวดศีรษะ						
ปวดเหมือนถูกกด บีบ หรือรัดแน่น	9	45	12	60	21	52.5
ปวดจี๊ดๆ	7	35	5	25	12	30
ปวดหนักๆ	2	10	1	5	3	7.5
ปวดมีนๆ	2	10	1	5	3	7.5
ปวดเหมือนหัวจะระเบิด	-	-	1	5	1	2.5
ผลกระทบเมื่อมีอาการปวดศีรษะ						
หยุดงาน หยุดหิจิต วิตกกังวล และนอนไม่หลับ	18	90	17	85	35	87.5
เบื่ออาหาร	2	10	3	15	5	12.5

จากตารางที่ 4 พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดศีรษะ คือ โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบและความเครียด คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาไม่ทราบสาเหตุ ลักษณะของการปวดศีรษะพบว่าร้อยละ 52.5 ปวดเหมือนถูกกด บีบ หรือรัดแน่นพบได้มากที่สุด รองลงมาปวดจี๊ดๆ คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนผลกระทบเมื่อมีอาการปวดศีรษะที่พบได้มากที่สุด ได้แก่ หยุดงาน หยุดหิจิต วิตกกังวล และนอนไม่หลับ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่ของอาการปวดศีรษะ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง(n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ของอาการปวดศีรษะ						
ปวดทุกวัน	8	40	14	70	22	55
5-6 วัน/ สัปดาห์	7	35	3	15	10	25
3-4 วัน/ สัปดาห์	5	25	2	10	7	17.5
1-2 วัน/ สัปดาห์	-	-	1	5	1	2.5

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดศีรษะทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 55 และรองลงมาคือ ปวดศีรษะ 5-6 วัน/ สัปดาห์

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์เกี่ยวกับการฝึกสมาธิ และผลของการทำสมาธิต่อความรู้สึกเจ็บปวด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง(n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การฝึกสมาธิ						
เคย	11	55	10	50	21	52.5
ไม่เคย	9	45	10	50	19	47.5
ผลของการทำสมาธิต่อความรู้สึกเจ็บปวด						
ปวดน้อยลง	15	75	14	70	29	72.5
ปวดเท่าเดิม	5	25	5	25	10	25
ปวดมากขึ้น	-	-	1	5	1	2.5

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยฝึกสมาธิ คิดเป็นร้อยละ 52.5 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.5 มีความเห็นว่าการทำสมาธิช่วยทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดน้อยลง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท (ภาคผนวก ค) ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบประเมินระดับอาการปวดศีรษะ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับกรทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อ

ช่วยลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

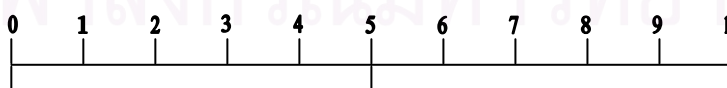
1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ โดยมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง ข้อมูลส่วนนี้ ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1.1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ ยาบรรเทาปวดที่ได้รับ ประวัติการปวดศีรษะและการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่ผ่านมาของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา และการทำสมาธิ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1.2 แบบประเมินระดับอาการปวดศีรษะ โดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวดของ Johnson (อ้างใน Jacob, 1977) เป็นมาตรวัดความปวดชนิดเป็นตัวเลขวัดความรู้สึกปวดศีรษะว่ามีมากน้อยเพียงใดก็ได้ที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยกากบาทลงบนเส้นที่มีความยาว 10 เซนติเมตร แทนความต่อเนื่องของคะแนนความรู้สึกปวดศีรษะ ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยที่คะแนน 0 หมายถึง ไม่รู้สึกปวดศีรษะเลย และ 10 หมายถึง ปวดศีรษะมากที่สุด



ไม่รู้สึกปวดศีรษะเลย รู้สึกปวดศีรษะปานกลาง รู้สึกปวดศีรษะมากที่สุด

โดยมีเกณฑ์กำหนดระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ (จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, 2546) คือ

- | | | | |
|-------|-----|---------|-------------------------------------|
| คะแนน | 0 | หมายถึง | ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ |
| คะแนน | 1-4 | หมายถึง | ผู้ป่วยมีระดับอาการปวดศีรษะเล็กน้อย |

คะแนน	5-6	หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับอาการปวดศีรษะปานกลาง
คะแนน	7-10	หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับอาการปวดศีรษะมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ ซึ่งผู้วิจัยสร้างโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมอาการปวดศีรษะด้วยตนเอง โดยพยาบาลมีบทบาทในเรื่อง 1. การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2. การให้ข้อมูล เป็นการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องโรคเอดส์และเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา อาการที่เกิดจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา สาเหตุของอาการปวดศีรษะ การจัดการกับอาการปวดศีรษะด้วยตนเอง และการทำสมาธิ 3. การทำสมาธิ ประกอบด้วย การเรียนรู้ถึงทักษะการปฏิบัติ (Learning the skill) การทดลองปฏิบัติอย่างถูกต้อง (Doing the skill correctly) การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ (Doing the skill consistently) และ 4. การประเมินผล เป็นการประเมินผลการปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยมีสื่อที่ใช้ในโปรแกรมดังนี้

2.1.1 แผนการสอน เป็นการกำหนดเนื้อหาการสอนและการสาธิตซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ เนื้อหาของแผนการสอนประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา อาการที่เกิดจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา สาเหตุของอาการปวดศีรษะ การจัดการกับอาการปวดศีรษะด้วยตนเอง การทำสมาธิ

2.1.2 คู่มือการจัดการกับอาการปวดศีรษะ เป็นคู่มือที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา อาการที่เกิดจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา สาเหตุของอาการปวดศีรษะ การจัดการกับอาการปวดศีรษะด้วยตนเอง และการทำสมาธิ โดยผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ มีเนื้อหาครอบคลุมและสอดคล้องกับแผนการสอน ซึ่งจะแจกให้กลุ่มทดลองคนละ 1 ฉบับ

ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ มีรายละเอียดดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
2. กำหนดสาระสำคัญของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิโดยการสังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาข้อมูลที่ได้ สาระสำคัญของโปรแกรมประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม สื่อที่ใช้ และการประเมินผล

3. สร้างเอกสารและสื่อประกอบที่ใช้ในโปรแกรมการให้ข้อมูลรวมกับการทำสมาธิตามที่กำหนด ได้แก่ แผนการสอน และคู่มือการจัดการกับอาการปวด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองไปหาความตรงของเนื้อหาด้วยการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ผู้มีผลงานทางวิชาการและมีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคเอดส์ 1 ท่าน อาจารย์แพทย์วิสัญญีผู้มีผลงานทางวิชาการและมีความเชี่ยวชาญในการด้านความเจ็บปวด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีผลงานทางวิชาการและความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ 2 ท่าน โดยผู้วิจัยนำแผนการสอนและคู่มือการจัดการกับอาการปวดสี่ระยะไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สำนวนภาษา รูปแบบ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนลำดับของเนื้อหา

ผลการตรวจสอบ คือ มีการปรับความชัดเจนของข้อความและความถูกต้องของภาษาที่ใช้ การปรับและเพิ่มเติมเนื้อหาในแผนการสอนรวมทั้งในคู่มือการจัดการกับอาการปวดสี่ระยะ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองมาพิจารณาอีกครั้งร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมเพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา จำนวน ภาษา ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง ภายหลังจากปรับปรุง แก้ไข ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย สถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่วันที่ 1-15 สิงหาคม 2548 จำนวน 3 ราย และจากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ พบว่า เนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสม ระยะเวลาเป็นไปตามที่กำหนด สามารถนำไปโปรแกรมไปใช้ในการทดลองต่อไป

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการปวดสี่ระยะ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยลดความเจ็บปวด ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยแต่ละข้อคำถามมีให้เลือก 2 ระดับคือ

- 0 หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการปวดสี่ระยะ
- 1 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการปวดสี่ระยะ

เกณฑ์การประเมินผล ให้คะแนน 1 คะแนนเมื่อตัวเลือกนั้นเป็นตัวเลือกที่เป็นคำตอบที่ถูกต้องในข้อนั้นๆ คะแนนเต็ม 10 คะแนน แปลความหมายของคะแนนว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติเมื่อตอบถูกมากกว่า 80 % ของจำนวนข้อคำถาม หากไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกออกจากกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่านตรวจสอบโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสำนวนภาษา

ผลการตรวจสอบ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้มีการปรับความถูกต้องของภาษาที่ใช้ และเพิ่มคำถามปลายเปิดเพื่อสอบถามปัญหาในการฝึกปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาทำการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะไปใช้จริง

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2548 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2548 ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 40 คน โดยดำเนินการเป็น 3 ระยะเวลาคือ ระยะเวลาเตรียมการทดลอง ระยะเวลาดำเนินการทดลอง และระยะเวลาประเมินผลการทดลอง รายละเอียดมีดังนี้

ระยะเวลาเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยทั้งหมดที่ใช้ในการทดลอง
2. การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้ข้อมูลและฝึกการทำสมาธิ โดยศึกษา ค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการปวด และผู้วิจัยเข้ารับการฝึกอบรมการทำสมาธิที่ศูนย์ยุวพุทธแห่งประเทศไทย โดยในการฝึกประกอบไปด้วย การฝึกปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติสมาธิ การเดินจงกรม และการฟังธรรม รวมระยะเวลาในการฝึก 8 วัน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้เข้าร่วมการฝึกปฏิบัติธรรมที่วัดอัมพวัน จังหวัดสิงห์บุรี โดยได้รับการฝึกสมาธิร่วมกับการปฏิบัติธรรม เป็นระยะเวลา 3 วัน

3. ผู้วิจัยทำแผนการดำเนินการทดลองโดยติดต่อประสานงานกับสถาบันบำราศนราดูรเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ขึ้นตอนการรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูล หลังจากได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือกับฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4. ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อขอใช้อุปกรณ์และสถานที่ในการวิจัย โดยจัดห้องสำหรับดำเนินการวิจัยแยกออกมาเป็นสัดส่วนเพื่อไม่ให้ปะปนกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการทำวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ช่วยประชาสัมพันธ์เรื่องการวิจัยแก่ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบเพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อผู้วิจัยได้รายชื่อผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเข้าพบผู้ป่วยโดยผ่านการแนะนำจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในงานวิจัยหรือไม่ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วอธิบายรายละเอียด แนวทางดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วให้ผู้ป่วยเซ็นหนังสือยินยอม

5. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรก ผู้วิจัยจัดให้เป็นกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้นครบตามจำนวน แล้วหลังจากนั้นทำการจับคู่โดยกำหนดให้คุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ และชนิดของยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 20 คน

ระยะดำเนินการทดลอง

1. การดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2 ครั้ง

ครั้งแรก ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในวันที่ 2 หลังเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร โดยผ่านการแนะนำจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยประเมินระดับอาการปวดศีรษะด้วยตนเองครั้งที่ 1 ผู้วิจัยนัดหมายกับผู้ป่วยพบกันครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในวันที่ 15 หลังเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม และให้ผู้ป่วยประเมินระดับอาการปวดศีรษะด้วยตนเองครั้งที่ 2 และก่อนการจำหน่ายออก

จากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการให้ความรู้ด้านสุขภาพทั่วไปเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาจากพยาบาลประจำการ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2. การดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ โดยผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ จำนวน 8 ครั้ง ระยะเวลาของโปรแกรม 2 สัปดาห์ รายละเอียดมีดังนี้

2.1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งที่ 1 ในวันที่ 2 หลังเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ทำความคุ้นเคยกับผู้ป่วยเพื่อประเมินและวิเคราะห์ประสบการณ์เดิม ตลอดจนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา อาการปวดศีรษะ การจัดการกับความอาการปวดศีรษะที่ผ่านมา ผลของการจัดการกับอาการปวดศีรษะ และการทำสมาธิ เพื่อให้ผู้ป่วยสรุปความรู้และประสบการณ์ที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดศีรษะเพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหา ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2.2 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งที่ 2 ในวันที่ 3 หลังเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร โดยผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา อาการที่เกิดจากโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา สาเหตุของอาการปวดศีรษะ และการทำสมาธิ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และผู้วิจัยฝึกการทำสมาธิให้แก่ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยสอน สานิต และให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2.3 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งที่ 3 ในวันที่ 4 หลังเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร โดยผู้วิจัยทบทวนความรู้ของผู้ป่วยตามแผนการสอนและให้ความรู้ข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องการจัดการกับอาการปวดศีรษะด้วยตนเอง และทบทวนการทำสมาธิ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกคู่มือการจัดการกับอาการปวดศีรษะ คู่มือการกำกับตนเอง โดยผู้วิจัยชี้แจงการใช้คู่มือการกำกับตนเองให้แก่ผู้ป่วย

2.4 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยอีก 4 ครั้ง ในวันที่ 6 8 10 และ 12 หลังเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร เพื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วย โดยผู้วิจัยสอบถามปัญหาในการปฏิบัติสมาธิ ให้คำแนะนำ กระตุ้นและให้กำลังใจทั้งคำพูด ท่าทาง รวมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือไม่สามารถปฏิบัติได้ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที/ ครั้ง

ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งที่ 8 เพื่อประเมินผลการทดลอง โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อประเมินระดับอาการปวดศีรษะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ตารางที่ 7 แสดงขั้นตอนการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ และการเก็บรวบรวมข้อมูล

วันที่รับผู้ป่วย ไว้รักษาใน โรงพยาบาล	กลุ่มทดลอง	เวลาที่ใช้	กลุ่มควบคุม	เวลาที่ใช้
1	ได้รับการพยาบาลตามปกติ		ได้รับการพยาบาลตามปกติ	
2	สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ การรักษา ประเมินระดับอาการ ปวดศีรษะ	30 นาที	สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ การรักษา ประเมินระดับอาการ ปวดศีรษะ	30 นาที
3	ให้ข้อมูลครั้งที่ 1 ในเรื่องความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคเยื่อหุ้ม สมองอักเสบจากเชื้อรา สาเหตุ ของอาการปวดศีรษะ การทำ สมาธิ และสอน สานิตเรื่องการ ทำสมาธิ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้ ฝึกปฏิบัติ	50 นาที	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	50 นาที
4	ทบทวนความรู้ และให้ข้อมูล ครั้งที่ 2 เรื่องการจัดการกับ อาการปวดศีรษะด้วยตนเอง ด้วยวิธีการต่างๆ และทบทวน การฝึกสมาธิ พร้อมทั้งแจกคู่มือ การจัดการกับอาการปวดศีรษะ และคู่มือกำกับตนเอง	30 นาที	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	30 นาที
5	ปฏิบัติสมาธิ วันละ 2 ครั้ง นาน ครั้งละ 10-30 นาที	30 นาที	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	30 นาที
6	ปฏิบัติสมาธิ วันละ 2 ครั้ง นาน ครั้งละ 10-30 นาที ผู้วิจัยตรวจ เยี่ยม	50 นาที	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	50 นาที

ตารางที่ 7 แสดงขั้นตอนการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิและการเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

วันที่รับผู้ป่วย ไว้รักษาใน โรงพยาบาล	กลุ่มทดลอง	เวลาที่ใช้	กลุ่มควบคุม	เวลาที่ใช้
7	ปฏิบัติสมาธิ วันละ 2 ครั้ง นาน ครั้งละ 10-30 นาที	30 นาที	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	30 นาที
8	ปฏิบัติสมาธิ วันละ 2 ครั้ง นาน ครั้งละ 10-30 นาที ผู้วิจัยตรวจ เยี่ยม	50 นาที	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	50 นาที
9	ปฏิบัติสมาธิ วันละ 2 ครั้ง นาน ครั้งละ 10-30 นาที	30 นาที	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	30 นาที
10	ปฏิบัติสมาธิ วันละ 2 ครั้ง นาน ครั้งละ 10-30 นาที ผู้วิจัยตรวจ เยี่ยม	50 นาที	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	50 นาที
11	ปฏิบัติสมาธิ วันละ 2 ครั้ง นาน ครั้งละ 10-30 นาที	30 นาที	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	30 นาที
12	ปฏิบัติสมาธิ วันละ 2 ครั้ง นาน ครั้งละ 10-30 นาที ผู้วิจัยตรวจ เยี่ยม	50 นาที	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	50 นาที
13	ปฏิบัติสมาธิ วันละ 2 ครั้ง นาน ครั้งละ 10-30 นาที	30 นาที	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	30 นาที
14	ปฏิบัติสมาธิ วันละ 2 ครั้ง นาน ครั้งละ 10-30 นาที	30 นาที	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	30 นาที
15	ประเมินระดับอาการปวดศีรษะ	30 นาที	ประเมินระดับอาการปวดศีรษะ	30 นาที

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและได้ทำการแก้ไขตามมติของคณะกรรมการฯ จนผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในระดับมหาวิทยาลัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยของสถาบันบำราศนราดูรเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยและ

ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสถาบันบำราศนราดูร โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการรวมทั้งสิ้นประมาณ 3 เดือน หลังจากได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยของสถาบันบำราศนราดูรแล้วผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัวโดยผ่านการแนะนำจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบว่ากรตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจ รวมทั้งได้ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อมูลการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างซึ่งระบุรายละเอียดของการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยและตอบรับเข้าร่วมวิจัยแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมโดยไม่มีกรบังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ก่อนที่กรดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดโดยมิต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดซึ่งกรกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลอย่างไรต่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งในระหว่างการดำเนินการวิจัย ในสัปดาห์แรกมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 รายแจ้งขอถอนตัวจากการวิจัยโดยให้เหตุผลว่าต้องย้ายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ในสัปดาห์ที่ 3 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 รายเสียชีวิตระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย สัปดาห์ที่ 4 5 และสัปดาห์ที่ 11 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ถอนตัวจากการวิจัยโดยต้องย้ายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต จำนวน 1 ราย และในสัปดาห์ที่ 10 กลุ่มตัวอย่างต้องย้ายโรงพยาบาลจำนวน 1 รายหลังจากเข้าร่วมการวิจัยโดยเป็นกลุ่มทดลองได้ 2 วัน แต่กลุ่มตัวอย่างยังอยากเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ให้ข้อมูลและฝึกสมาธิตามโปรแกรมที่วางไว้ภายในวันที่ 2 ของการวิจัยแต่ไม่นำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างรายนี้มารวมในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบแล้ว หลังดำเนินการวิจัยสรุปได้ว่ามีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 47 ราย ในระหว่างการดำเนินการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 รายที่ต้องถอนตัวออกจากการวิจัยด้วยเหตุผลที่ต้องย้ายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น และมีกลุ่มตัวอย่างอีก 2 รายเสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยไม่นำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 7 รายมาวิเคราะห์ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้นรวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับผลการวิจัยผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

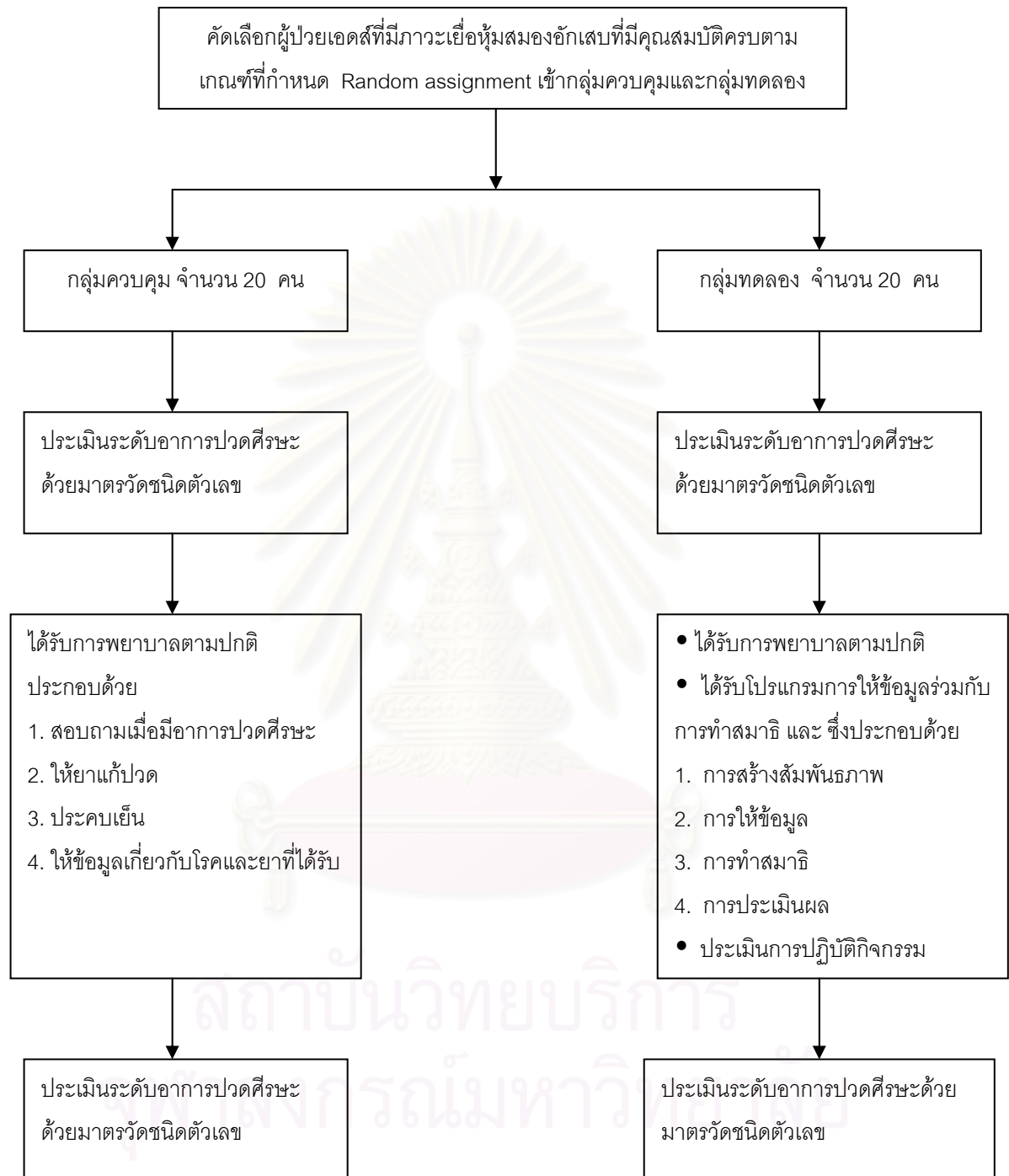
ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/ FW (Statistical Package for the Social Sciences/ For Window) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การรักษาที่ได้รับ ประวัติเกี่ยวกับอาการปวดศีรษะ และการทำสมาธิ นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับอาการปวดศีรษะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t- test ที่ระดับนัยสำคัญ .05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดศีรษะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ .05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ และเปรียบเทียบระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยศึกษาในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 20 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบระหว่างก่อนและหลังการให้การพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุมและการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิของกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ผลดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบระหว่างก่อนและหลังการให้การรักษาตามปกติของกลุ่มควบคุมและการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิของกลุ่มทดลอง

ระดับอาการปวดศีรษะ	ก่อน		หลัง		t	P-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
กลุ่มควบคุม (n=20)	9.00	1.03	3.90	1.02	22.342	.000*
กลุ่มทดลอง (n=20)	9.13	1.42	3.15	2.39	13.416	.000*

*p<.05

จากตารางที่ 8 พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของระดับอาการปวดศีรษะก่อนการให้การรักษาสูงกว่าภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับอาการปวดศีรษะของกลุ่มที่จัดให้โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ำกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่าระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของอาการปวดศีรษะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระดับอาการปวดศีรษะก่อนและหลังการทดลอง	35.436	1	35.436	14.111	.001*
ระหว่างกลุ่ม	7.483	1	7.483	2.980	.093
รวมทั้งหมด	631.000	40			

*p<.05

จากตารางที่ 9 พบว่าระดับอาการปวดศีรษะของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่าระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และระดับอาการปวดศีรษะมีอิทธิพลร่วมกันระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา ดำเนินการวิจัยโดยศึกษาระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ และเปรียบเทียบระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเอดส์วัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราจากเชื้อรา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเอดส์วัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา อายุ 20- 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 40 คน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2548 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2548 โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราจากเชื้อรา
2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดศีรษะตลอดเวลา ประเมินโดยการสอบถามจากผู้ป่วย
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
4. สามารถช่วยเหลือตนเองได้
5. สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทย
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ประเภท (ภาคผนวก ค) ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย

1.2 แบบประเมินระดับอาการปวดศีรษะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ โดยมีสื่อประกอบการใช้โปรแกรม ดังนี้

2.1 แผนการสอน

2.2 คู่มือการจัดการกับอาการปวดศีรษะ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2548 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2548 ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง สถาบันบำราศนราดูร โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ต้องใช้ในการวิจัย จัดทำแผนดำเนินการทดลอง เสนอโครงการวิจัยแก่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อรองรับปัญหาจริยธรรม และขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอ คณะกรรมการพิจารณาโครงร่างการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และประชุมชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัย และเข้ารับการศึกษาจริยธรรมของสถาบันบำราศนราดูรก่อนดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ช่วยประชาสัมพันธ์เรื่องการวิจัยแก่ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราเพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อผู้วิจัยได้รายชื่อผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเข้าพบผู้ป่วยโดยผ่านการแนะนำจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในงานวิจัยหรือไม่ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วอธิบายรายละเอียดของการวิจัย โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขั้นตอนการทดลอง การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม

ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วให้ผู้ป่วยเซ็นหนังสือยินยอม หลังจากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกให้เป็นกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง 20 คนสุดท้ายจัดเข้ากลุ่มทดลองโดยทำการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ และชนิดของยาแก้ปวดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

2. ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 2 ของการเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับอาการปวดศีรษะก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะมาพบกับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในวันที่ 15 หลังกลุ่มตัวอย่างเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามที่นัดหมายและให้กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับอาการปวดศีรษะหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 2 ของการเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพและให้กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับอาการปวดศีรษะ รวมทั้งสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะมาพบกับกลุ่มตัวอย่างอีก 7 ครั้ง โดยในวันที่ 3 หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามแผนการสอนของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิเกี่ยวกับโรคเอดส์และเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา อาการที่เกิดจากเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา และสาเหตุของอาการปวดศีรษะ โดยใช้คู่มือประกอบคำบรรยาย ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และผู้วิจัยฝึกทักษะในการจัดการกับอาการปวดศีรษะ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยฝึกให้กลุ่มตัวอย่างทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออก นานครั้งละ 10-30 นาที วันละ 2 ครั้ง การให้ข้อมูลครั้งที่ 2 ในวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นวันที่ 4 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการจัดการกับอาการปวดศีรษะด้วยวิธีการต่างๆ โดยใช้คู่มือประกอบคำบรรยาย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ร่วมกับการให้คู่มือการจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมแก่กลุ่มทดลองคนละ 1 ฉบับเพื่อให้ผู้ป่วยเอาไว้ทบทวน ในระหว่างการทดลองผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยอีก 4 ครั้ง เพื่อสอบถามถึงปัญหาในการทำสมาธิ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ พร้อมทั้งกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการทำสมาธิ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 20 นาที และในวันสุดท้ายของการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินระดับอาการปวดศีรษะภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้และการฝึกทักษะในการ

จัดการกับอาการปวดศีรษะไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ผลทางสถิติเชิงบรรยาย สถิติที่อิสระเชิงเปรียบเทียบ และสถิติทดสอบความแปรปรวนโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/ FW (Statistical Package for the Social Sciences/ For Window)

สรุปผลการวิจัย

1. ระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ จำนวน 20 ราย และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 ราย ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดศีรษะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.13 และภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดศีรษะเท่ากับ 3.15 ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบ Dependent t-test แล้วพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยสามารถอธิบายได้ว่า

ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดศีรษะ ซึ่งนอกจากอาการปวดศีรษะจะเกิดจากพยาธิสภาพของโรคแล้วในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรายังมีปัจจัยด้านจิต สังคม และสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย (วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดศีรษะจากสาเหตุของโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบและจากความเครียด คิดเป็นร้อยละ 42.5 เนื่องจากการเป็นโรคเอดส์นับเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่รุนแรงและก่อให้เกิดความเครียดที่เรื้อรัง (Holland, Jacobson & Breitbart, 1992) ผู้ป่วยจะรู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตของตนเองถูกคุกคาม มีความวิตกกังวลกลัวความรุนแรงของโรคและการเสียชีวิต (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; Ostrow, 1997) นอกจากนี้ยังกลัวการถูกประณามจากสังคมรอบข้าง กลัวการถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น จึงทำให้ผู้ป่วยเอดส์ขาดความมั่นใจและความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งอารมณ์ที่ถูกร้านี้จะไปกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลางให้เปิดประตูระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลังทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงขึ้น ดังนั้นในโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิซึ่งเป็นการควบคุมความปวดโดยปรับเปลี่ยนความนึกคิด ลดการรบกวนทางอารมณ์ซึ่งส่งผลควบคุมความปวดที่ระดับไขสันหลังและสมอง ซึ่งในโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิที่สร้างขึ้นเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย โดยพบว่าการสร้างสัมพันธภาพเป็นวิธีการควบคุมความปวดขั้นพื้นฐานที่ดีที่สุดซึ่งสามารถกระทำได้ก่อนการควบคุมด้วยวิธีอื่น โดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แสดงความเห็นใจและปลอบโยนให้กำลังใจขณะที่มีความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการช่วยเหลือบรรเทาปวดของพยาบาล (Caunt, 1992) ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความวิตกกังวล ความกลัว ส่งผลให้อาการปวดลดลง (McCaffery, 1979) และถ้าใช้ร่วมกับวิธีบรรเทาความปวดอื่นๆ จะให้ผลในการบรรเทาปวดดีกว่าการใช้วิธีบรรเทาความปวดเพียงอย่างเดียว (Peric Knowlton, 1984) หลังจากผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการให้ข้อมูล ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (Gaston-Johansson, Franco and Zimmerman, 1992; Galloway and Graydon, 1996) โดยเฉพาะข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริงจึงสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่คาดคิดมาก่อน ผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน และปราศจากความคลุมเครือ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่คุกคาม มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจโดยเฉพาะด้านความเจ็บปวดลดลง (Johnson, 1972; Johnson, 1973; McHugh, Christman and Johnson, 1982; Leventhal and Johnson, 1983) ในขณะที่การทำสมาธิจะเป็นการลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ร่วมกับ

มีการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อจึงเป็นการตัดวงจรของความเจ็บปวด ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความวิตกกังวล และความตึงตัวของกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์กันเป็นวงจรทำให้ความเจ็บปวดทวีความรุนแรงขึ้น การตัดวงจรนี้ด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจึงลดความเจ็บปวดได้ (Potter & Perry, 2001) และในขณะที่จิตสงบเป็นสมาธินั้นร่างกายจะหลั่งสาร Endorphin ออกมามากขึ้น (Luxes and Glower อ้างถึงในสุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2531) ซึ่งสารนี้จัดอยู่ในกลุ่มของนิวโรเปปไทด์ที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินซึ่งมีอยู่ในร่างกาย สารดังกล่าวมีคุณสมบัติเป็นสารสื่อประสาท โดยสามารถพบได้ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ต่อม pituitary, hypothalamus ระบบทางเดินอาหารและลำไส้ในน้ำเหลือง และระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งในระบบประสาทส่วนกลางนี้ Endorphin ทำหน้าที่ยับยั้งการรับสัญญาณความเจ็บปวดซึ่งส่งมาจากไขสันหลังทำให้ความเจ็บปวดลดลง

ดังนั้นผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ ซึ่งประกอบไปด้วยการได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับอาการปวดศีรษะของตนเอง โดยข้อมูลที่ได้มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวโรคและอาการที่เกิดขึ้น ได้รับการฝึกทักษะในการจัดการกับอาการปวดศีรษะด้วยการทำสมาธิ รวมทั้งมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี การกระตุ้นสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือจากผู้วิจัยตลอดการทดลอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับอาการปวดศีรษะภายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งทิพย์ จามรมาน (2532) ที่ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีในช่องท้องส่วนบนจำนวน 46 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการให้ฝึกหายใจด้วยวิธีการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วน และจินตนาการทางบวก ประเมินความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความปวดของจอห์นสัน และวัดอัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตหลังการผ่าตัดวันที่ 1 วันที่ 2 และ 3 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของอุรวาดี เจริญไชย (2541) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกเจ็บปวดและพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา เพชรมณีโชติ (2543) ที่ศึกษาผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนการทดลอง และการศึกษาผลของการฝึกสมาธิในผู้ป่วยเอดส์ของวิรัช นิรารุทธ์

(2539) และพัชรพร ลัดดาพงษ์ (2543) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกสมาธิแนววัดคอยเกิ้ง หลังการฝึกอบรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น อาการแทรกซ้อนต่างๆ บรรเทาลงหรือหายไป

สมมติฐานที่ 2 ระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการทดลองพบว่าระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

เนื่องจากโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการกับความปวดมาใช้ ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิได้เรียนรู้และมีทักษะในการจัดการกับอาการปวดศีรษะของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โดยพบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราามีความต้องการที่สำคัญคือ การได้รับการดูแลบรรเทาอาการปวดศีรษะ ต้องการได้รับคำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการปวดศีรษะ (เยาวรัตน์ อินทอง และไพเราะ แสนสุรัตน์, 2546; วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2547) และพบว่าการดูแลตนเองที่ผ่านมามีส่วนใหญ่นั้นเป็นการดูแลจากประสบการณ์ซึ่งบางครั้งก็ไม่สามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ ดังนั้นการพยาบาลที่เน้นการฝึกทักษะ การให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจึงน่าจะตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงตามที่ต้องการ จึงส่งผลให้การรับรู้ความเจ็บปวดของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการดูแลโดยทั่วๆ ไปที่พยาบาลกระทำให้แก่ผู้ป่วยนั้นพบว่า การให้ข้อมูล การดูแลในเรื่องการบรรเทาอาการปวดอาจยังไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้ดีขึ้นได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายน้อย พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความรีบเร่ง ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ทั้งหมด ข้อมูลที่ให้ไม่เฉพาะเจาะจงตามที่ผู้ป่วยต้องการ รวมทั้งลักษณะการให้ข้อมูลอาจเป็นแบบที่ผู้สอนมักจะยึดตนเองเป็นศูนย์กลางและให้ความรู้แบบสื่อสารทางเดียวโดยไม่คำนึงถึงประสบการณ์เดิมที่ผู้ป่วยเคยรับรู้มาก่อน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ผู้ป่วยไม่สามารถระบายนปัญหา ความคับข้องใจ ไม่กล้าถาม

พยาบาลในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ ทั้งยังไม่มีวิธีการฝึกทักษะปฏิบัติ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีทักษะในเรื่องของการปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการปวดศีรษะของตนเอง ดังนั้นจึงทำให้อาการปวดศีรษะที่ผู้ป่วยประสบอยู่ไม่ได้รับการบรรเทาจนเกินจากการได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ การรับรู้ความเจ็บปวดของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ

แต่เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับอาการปวดศีรษะของทั้งสองกลุ่มแล้วพบว่าไม่แตกต่างกัน เนื่องจากโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิที่ผู้วิจัยนำมาใช้วิธีการบรรเทาอาการปวดด้วยการฝึกทักษะการทำสมาธิเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายและผู้ป่วยไม่สามารถทำสมาธิได้ถึงระดับที่ร่างกายจะหลั่งสาร Endorphin ออกมาช่วยยับยั้งการรับรู้สัญญาณความเจ็บปวดซึ่งส่งมาจากไขสันหลังได้ เนื่องจากการควบคุมความปวดโดยปรับเปลี่ยนความนึกคิด การลดการร้าวทางอารมณ์ซึ่งส่งผลควบคุมความปวดที่ระดับไขสันหลังและสมองจะทำได้อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยที่มีความปวดเพียงเล็กน้อยหรือใช้ร่วมกับการใช้ยาระงับปวดเมื่อความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่จากการประเมินระดับอาการปวดศีรษะก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างพบว่าระดับอาการปวดศีรษะอยู่ในระดับสูงถึงปานกลาง และจากการที่ผู้วิจัยได้สอบถามและประเมินการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยพบว่ายาที่ให้ส่วนใหญ่เป็นเพียงยา Tramal และ Paracetamol ตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยได้รับ สำหรับวิธีการจัดการความเจ็บปวดด้วยยาแม้ไม่ใช่บทบาทอิสระของพยาบาลแต่พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาความเจ็บปวดชนิดต่างๆ ที่แพทย์นำมาใช้ในการบำบัดความเจ็บปวด เพื่อที่จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอในการจัดการเจ็บปวดและปราศจากภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้รวมถึงบทบาทการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการรักษาโดยใช้ยาบำบัดความเจ็บปวด นอกจากนี้การประเมินระดับอาการปวดศีรษะก่อนและหลังการให้ยาบรรเทาปวดนับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลที่ต้องเรียนรู้และเข้าใจเพื่อนำไปสู่การบรรเทาความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ในเรื่องของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการทดลองพบว่า ผู้วิจัยไม่ได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามประสบการณ์การทำสมาธิ ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยให้โปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการทำสมาธิมาก่อนจะสามารถปฏิบัติสมาธิได้รวดเร็ว ถูกต้อง และได้ผลในการบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์ในการทำสมาธิ และในเรื่องระยะเวลาการฝึกสมาธิ การศึกษาในครั้งนี้ใช้ระยะเวลาการฝึกเพียง 14 วัน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ายังไม่เพียงพอที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความชำนาญในการทำสมาธิ การทำสมาธิที่ได้เป็นเพียงสมาธิขั้นต้นซึ่งบางครั้งก็ไม่สามารถทำให้เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้จึงส่งผลให้บรรเทาอาการปวดศีรษะได้ไม่ดี นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยไม่ได้กำกับการทดลองทุกวันตลอดระยะเวลาที่กลุ่ม

ตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำสมาธิทุกครั้งที่มีการปวดศีรษะหรือเกิดความเครียด และคู่มือการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นไม่ได้อธิบายถึงรายละเอียดของขั้นตอนและวิธีการทำสมาธิอย่างละเอียด อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจและไม่สามารถทำตามขั้นตอนในคู่มือได้ ซึ่งสาเหตุเหล่านี้อาจส่งผลให้อาการปวดศีรษะในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิลดลงไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดศีรษะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันมากอย่างเห็นได้ชัด สอดคล้องกับการศึกษาของเวลส์ (Wells, 1982) ที่ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อความตึงตัวของกล้ามเนื้อและความเจ็บปวดหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีจำนวน 12 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 6 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายโดยให้ผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปที่การหายใจ ทั้งหมด 4 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ความตึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ระดับอาการปวดศีรษะและจำนวนยาบรรเทาปวดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของชวีญดา เพชรณิโชติ (2543) ที่ศึกษาผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 ราย โดยในกลุ่มทดลอง 15 รายได้รับการฝึกสมาธิด้วยวิธีอัมปลีญา 4 ร่วมกับอานาปานสติ ระยะเวลาการทดลอง 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

โดยสรุปแล้วการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิสามารถช่วยลดระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบได้ในระดับหนึ่ง แต่ควรใช้ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวดเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาปวดด้วยยา นอกจากนี้วิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาสามารถกระทำได้ภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ และควรนำมาใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่ยังมีความจำเป็นต่อการบรรเทาความเจ็บปวด โดยการรักษาทางการแพทย์จะมุ่งเน้นเฉพาะด้านร่างกายเป็นสำคัญ ดังนั้นการนำวิธีการรักษาอื่นมารวมรักษาเพื่อเพิ่มการดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมการรักษาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยเน้นที่การมองมนุษย์แบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความเจ็บปวดมีผลต่อคนทั้งคน การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บปวดจึงต้องดูแลแบบองค์รวม (ดรุณี ชุณหวัติ, 2544)

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราในครั้งนี้ ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิทำให้อาการปวดศีรษะของผู้ป่วยลดลง จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาและใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มีความเจ็บปวด แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดในการวิจัยอยู่หลายประเด็น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิให้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพและดำเนินการในแต่ละขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง และอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเป็นอาการปวดที่มีลักษณะเป็นๆหายๆและเรื้อรัง การเข้าไปดำเนินโปรแกรมในแต่ละครั้งจึงต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้นจึงอาจต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานกว่าที่กำหนดไว้ และการทำสมาธิจำเป็นต้องใช้เวลาในการฝึกฝนมากกว่านี้จึงจะเห็นผลทั้งในด้านลดความเจ็บปวดและในด้านจิตใจ ควรมีการติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านเพื่อจะได้ติดตามว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหรือไม่และเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติตนผู้วิจัยสามารถให้คำแนะนำได้อย่างต่อเนื่อง

2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรในที่มสุขภาพเห็นถึงความสำคัญของการประเมินระดับอาการปวดศีรษะให้ถูกต้องตรงกับการรับรู้ของผู้ป่วย เพราะการประเมินความเจ็บปวดเป็นการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำไปวางแผนให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลควรมีการประเมินผลการจัดการกับความเจ็บปวด โดยควรมีการประเมินผลก่อนและหลังให้ยาบรรเทาปวดทุกครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลว่ายาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ และในการประเมินความเจ็บปวดนอกจากจะให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองแล้วควรมีการประเมินโดยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การสังเกตสีหน้าท่าทาง การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินจำนวนและความถี่ในการใช้ยาระงับปวด เพื่อจะได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากที่สุดเพื่อนำมาวางแผนในการจัดการกับความเจ็บปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรให้ญาติมีส่วนร่วมในโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราเมื่อการดำเนินของโรครุนแรงขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านร่างกาย โดยผู้ป่วยจะช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ในขณะที่อาการปวดศีรษะก็ยังคงมีอยู่ ญาติเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพราะฉะนั้นในการวิจัยควรดึงให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรม เพื่อที่ญาติจะได้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ตลอดจนมีความรู้ในเรื่องการบรรเทาอาการปวดศีรษะด้วยวิธีต่างๆ เพื่อจะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

2. โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิควรประกอบด้วยวิธีการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่หลากหลายเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกในสิ่งที่ตนเองสนใจและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้เลือกในสิ่งที่ตนเองถนัดหรือสนใจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติ ส่งเสริมให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น วิธีการบำบัดทางการแพทย์เพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะเพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับอาการปวดศีรษะลดลง เช่น การนวด การสัมผัส การฟังดนตรี การสร้างจินตภาพ

3. ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ควรคำนึงถึงคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องประสบการณ์ในการทำสมาธิของกลุ่มตัวอย่าง และควรคัดเลือกให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในเรื่องประสบการณ์ในการทำสมาธิจะมีผลต่อการฝึกสมาธิและมีผลต่อระดับอาการปวดศีรษะ โดยผู้ที่เคยฝึกสมาธิมาก่อนจะทำสมาธิได้เร็ว และมีประสิทธิภาพดีกว่าผู้ที่ไม่เคยฝึกสมาธิ และการรับรู้ต่อความเจ็บปวดของกลุ่มที่เคยฝึกสมาธิจะน้อยกว่าในกลุ่มที่ไม่เคยทำสมาธิมาก่อน

4. ในการกำกับการทดลอง ควรมีการกำกับการทดลองอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการทดลอง เพราะจะเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นในการทำสมาธิตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดให้ นอกจากนี้เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดปัญหาในการปฏิบัติสมาธิก็สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา รวมทั้งเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างให้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามโปรแกรมที่วางไว้อย่างต่อเนื่องตลอดการวิจัย

5. สื่อที่ใช้ในการทดลอง ควรมีรายละเอียดของขั้นตอนการฝึกสมาธิ มีรูปภาพประกอบเพื่อช่วยต่อการเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง การใช้ภาษาในคู่มือการจัดการกับอาการปวดศีรษะควรเป็นภาษาที่ง่าย ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่ยาก เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเพียงชั้นมัธยมศึกษาและประถมศึกษา ในการทำวิจัยครั้งต่อไปจึงควรปรับภาษาให้เหมาะสมกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

6. ควรมีการนำโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การนำวิธีบำบัดทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์มีประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดมากกว่าการใช้เพียงวิธีใดเพียงวิธีเดียว และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังนอกจากความเจ็บปวดจะมาจากสาเหตุทางสรีรวิทยาแล้ว ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นยังอาจมีสาเหตุมาจากด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความเครียด และสิ่งแวดล้อม การประเมินหาสาเหตุของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อจะได้เลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- แก้ทอง เสตะกสิกร. 2541. **ผลของการฝึกสมาธิชนิดอัปปมัญญา 4 ในผู้ป่วยแผลไหม้**
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญตา เพชรมณีโชติ. 2541. **ผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวล และ
ความเจ็บปวดของผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต.
สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราลักษณ์ จงสถิตมัน. 2538. **การรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยการปฏิบัติธรรม: กรณีศึกษาเฉพาะ
วัดดอยเก็ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน.** รายงานการวิจัยศูนย์สตรีศึกษา คณะ
สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉวี มากพุ่ม. 2530. **ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี.** วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โฉมนภา กิตติศัพท์. 2536. **ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วย
ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดรุณี ชูณหวัติ. 2544. Nurse roles in pain management. ใน ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช และ
พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน (บรรณาธิการ), Diversity in pain management: The 12th
annual Scientific meeting of Thai Society, กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
จำกัด.
- ดวงดาว ดุลยธรรม. 2543. **ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขา**
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดวงสมร พันธุเสน และคณะ. 2539. การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน. ม.ป.ท.
- ทัศนา บุญทอง. 2531. มโนมติการพยาบาลแบบองค์รวม. ใน เอกสารประกอบการประชุม
วิชาการคณะพยาบาลศาสตร์: การพยาบาลแบบองค์รวม ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม. 2542. **ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นวลสกุล แก้วลาย. 2545. **การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. 2535. **การรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2528. **ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาาระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2542. **ดนตรีบำบัด: กิจกรรมการพยาบาลองค์รวม. ใน เอกสารประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบองค์รวม**. ขอนแก่นการพิมพ์: ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล คณะการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปทุมภรณ์ แซ่จิ่ง และคณะ. 2535. **ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง ตา หู คอ จมูก และปาก**. งานการพยาบาลรังสีวิทยาโรงพยาบาลศิริราช.
- ประยุทธ์ ปยุตโต, พระเทพเวที. 2532. **พุทธธรรม**. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ปราณี นิพัทธกุลกิจ. 2537. **ผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยต่อการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรนิภา ลีละธนาฤกษ์. 2542. **ผลการใช้สื่อสารอารมณ์ขันที่มีต่อความเจ็บปวดและความเครียดของผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรเทพ แพรชชาว. 2541. **ผลของการเล่นเกมดิจิทัลต่อความปวดหลังผ่าตัดจัดและยึดตรึงกระดูกภายในแบบเปิดในผู้ป่วยชายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิไลพันธ์ พุฒิมณะ. 2541. **เฮลโอบีและจุลชีพขวยโอกาส**. กรุงเทพฯ: อักษรสมัย.
- พูลศรี พัฒนพงษ์. 2538. **รายงานการวิจัยเรื่องโครงการรับรู้ความเจ็บปวดและการได้ยาาระงับปวดในระยะหลังผ่าตัด**. วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพมหานคร.

- พัชรพร ลัดดาพงศ์. 2543. **ผลการปฏิบัติสมาธิแนววัดดอยเก็งแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ การรับรู้พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในจังหวัดชลบุรี.** ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑิชา พัฒนพงษ์. 2538. **รายงานการวิจัยเรื่องโครงการรับรู้ความเจ็บปวดและการได้ยา ระวังปวดในระยะหลังผ่าตัด.** วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพมหานคร.
- มรรยาท ณ นคร, สิริรัตน์ หาญวงศ์, บุญผา จันทร์จรัส และพรรณงาม พิมพ์ชู. 2544. **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ในการปฏิบัติตัวและความวิตกกังวลในผู้ป่วย กระดูกหักที่ได้รับการทำผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงในร่างกาย.** วารสารชมรมพยาบาล ออร์โธปิดิกส์ 6: 91-102.
- เยาวรัตน์ อินทอง. 2542. **การพยาบาลผู้ป่วยร่วมโรค.** กรุงเทพฯ: วัชรออฟเซท.
- เยาวรัตน์ อินทอง และไพเราะ แสนสุรัตน์. 2546. **การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ร่วมโรค เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราคริปโตคอคคัส นีโอฟอร์แมนส์.** หนังสือย่อคำบรรยาย: การสัมมนาวิชาการ กรมควบคุมโรคติดต่อประจำปี 2546 เรื่อง ความสำเร็จการควบคุมโรค: พันธมิตรสู่รากหญ้า สู่นานาชาติ. 28- 30 กรกฎาคม 2546: 65.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2542. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542.** กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- รุ่งทิพย์ จามรมาน. 2532. **ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ช่องท้อง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาธินี ศัชมาตย์. 2540. **อาการทุกข์ทรมานและภาวะการพึ่งพาทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาธินี วิเศษฤทธิ. 2547. **การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิภาภัทร ชังขาว. 2544. **ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลาย ต่อความวิตกกังวลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิรัช นิราฤทธิ์. 2539. **วิถีทางแห่งพุทธศาสตร์กับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์: กรณีศึกษาการฝึกสมาธิเพื่อสุขภาพ ณ วัดดอยเก็ง.** วารสารกระทรวงสาธารณสุข 5 (1).
- วีระ ถาวรโร, พระมหา. ม.ป.ป. **คู่มือปฏิบัติพระกรรมฐาน.** กรุงเทพฯ: เพลิดเพลินการพิมพ์(1988)

- วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. 2540. ยาระงับปวด. ใน วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), **เภสัชวิทยาทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์ จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 3: 215- 239.
- วัลลภา สังข์โสภณ. 2536. **ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยโรคมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศมนีย์ สุขรุ่งเรือง. 2542. โรค Cryptococcosis. ใน: นลินี อัสวโกศิ, สุรวิ เทียมกริม, ศศิธร ลิขิตนุกูล (บรรณาธิการ). **ประสบการณ์ด้านโรคติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิง.
- ศิริภรณ์ พึ่งวิทยา. 2540. **ยาระงับปวด**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญ. 2543. **การพยาบาล: ศาสตร์ของการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: วีเจ ฟรินตัง.
- สมทรง เฟ่งสุวรรณ. 2528. **ผลของการฝึกสมาธิต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิระ บุญยรัตน์. 2540. The concepts of pain. ใน พงศ์ภารดี เจาฑะเกษตริน (บรรณาธิการ). **การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 8 ชมรมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย: Toward batter quality of pain management**. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดกัญญา พัทวี. 2541. **ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา ศรีวิวัฒน์. 2538. **ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายต่อความเจ็บปวด ภาวะท้องอืด และการพักผ่อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพร พลยานันท์. 2528. **การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บป่วย**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แม็ค.
- แสงหล้า พลนอก. 2542. **ผลของการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลไหม้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อพัชชา ผ่องญาติ. 2543. **การส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อุบล จ๋วงพานิช, อุรวดี เจริญชัย, ลัดดาวลัย พรหมนัสศรี, และรัชนีพร คนชุม. 2538. **รายงานวิจัยผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิบัติการอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม**. งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุรวดี เจริญชัย. 2541. **ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เอมอร อุดลโกศาร. 2543. **ผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภาษาอังกฤษ

- Auerbarch, S. M., and Martelli, M. P. 1983. Anxiety, information, interpersonal impacts and adjustment to a stress full health care situation. *Journal of Personality and Social Psychology* 44: 1248-1296.
- Beck, S. L. 1991. The therapeutic use of music for cancer-related pain. *Oncology Nursing Forum*. 18(8), 1327-1337.
- Black, J. M., & Matassarin-Jacobs, E. 1993. Pain assessment and intervention. In Luckman and Sorensen's medical surgical nursing: A psychophysiologic approach. (4th ed.pp311-358). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Bonica, J. J. ed. 1991. *The management of pain*. London: Lea & Febiger.
- Bonica, J. M. & Loeser, J.D. 2001. History of pain concepts and therapies. In J.D. Loeser (Ed.), *Bonica's management of pain* (3rd ed.) (pp. 1-16).
- Boss, B.J. 1992. *Medical-surgical nursing assessment and clinical problems*. St Louis: Mosby.
- Brown, V.M.1999.Comfort. In P.A. Potter & A.G. Perry (Eds.), *Basic nursing: A critical thinking approach*.(4th ed., pp. 912-942). St. Louis: Mosby.
- Butcher, L. 1999. Teaching: Preoperative. In G. M. Bulechek, and J. C. McCloskey (eds.), *Nursing Interventions Effective Nursing Treatments*. pp.224-233. Philadelphia: W.B.Saunders.

- Caunt, H. 1992. Reducing the psychological impact of postoperative pain. *British Journal of Nursing*, 1 (1): 13-19.
- Chapman, C.R., & Syrjala, K.L.1990. Measurement of pain. In J.J. Bonica (Ed), **The management of pain.Vol.I.** (2nded., pp.580-594). Philadelphia: Lea& Febiger.
- Close, A. 1988. Patient education: A literature review. *Journal of Advanced Nursing* 13: 203-212.
- Cousins, M., & Power, I.1999. Acute and postoperative pain. In P.D.Wall, & R. Melzack(Eds.), **Textbook of pain**(4thed) (pp.447-491). Edinburg: Churchill Livingstone.
- Curtis, S.M., Kolotylo, C. & Broome, M.E. 1998. Pain In C.M. Porth (Ed.) **Pathophysiology concepts of altered health state** (5th ed.) (pp. 967-982). Philadelphia: Lippincott.
- Dodd et al., (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing* 33: 668-676.
- Duffy, B. 1997. Using a creative teaching process. *Home Health Nursing* 15(2): 102-108.
- Edwards, C. 2003. Exploration of the orthopaedic patient's 'need to know'. *Journal of Orthopaedic Nursing* 7: 18-25.
- Eldridge, A. D., Lossin, S. L., Nicholas, P. K. & Leunar, J. D. 1994. Prevalence and characteristics of pain in persons with terminal-stage AIDS. *Journal of Advanced Nursing*. 20 (August): 260- 268.
- Ferrante, F. M., & VadeBoucouer, T.R.(Eds.).1993. **Postoperative pain management**. New York: Churchill Livingston.
- Flaherty, G. G.,& Fitzpatrick, J.J.1978. Relaxation technique to increase comfort level of postoperative patients: A preliminary study. *Nursing Research* 27(6): 352-355.
- Good, M.1993. Acute Pain. In J.J. Fitzpatrick(Ed), **Annual Review of Nursing Research: Complementary Health and Pain Management**, 17: 107-132.
- Good, M., et al.1999. Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music and their combination. *Pain*, 81: 163-172.
- Heft, M.W., Cooper, B.Y., O'Brien, K.K.K., Hemp, E. & O'Brien, R. 1996. Aging effects on the perception of noxious and non- noxious thermal stimuli applied to the face. *Aging (Milano)*, 8(1): 35-41.

- Iemsam-ang, M. 2001. **The effects of massage on pain in mastectomy patients.** Master of Nursing Science Degree Thesis (Adult nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Ignatavivius, D.D., Workman, M.L. & Mishler, M.A. 1999. Pain. In **Medical-surgical nursing: Across the health care continuum**(3rd ed.) (pp. 109-145). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Jacox, A.K. 1977. **Pain: A source book for nurses and other health professional.** (5th ed.). Boston: Little Brown.
- Jamison, R. N.1993. Clinical measurement of pain. In F. M. Ferrante & T. R. VadeBoucouer (Eds), **Postoperative pain management.** (pp.119-132). New York: Churchill Livingston.
- 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.
- Katz, J. R. 1997. Back to basics providing effective patient teaching. **American Journal of Nursing** 97(5): 33-36.
- Lason, P.J. 1994. A model for symptom management. **IMGE: Journal of Nursing Scholarship.** 26(4): 272-276.
- Lason, P.J, et al. 1999. An integrated approach to symptom management. **Nursing and Health Sciences** 1: 203-210.
- Lazarus, R. S., and Folfman, S. 1984. **Stress, appraisal and coping,** pp.151-152. New York: Springer publishing.
- Lenderking, W. R., Worth, J. L. and Beckett, A. 1994. Quality of life assessment in HIV-infected psychiatric outpatients: Perceived health, functional status, symptom, and preferences for cardiopulmonary resuscitation. **Psychology and Health.** 9: 51- 64.
- Leventhal. H., and 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,** pp. 189- 282. St. Louis: The C. V. Mosby.

- Linn, G., Monning, P. L., Cain, V. A. et al. 1993. Stage of Illness, level of HIV symptoms, sense of coherence and psychological functioning in clients of community-based AIDS counseling centers. **Journal of Association of Nurses in AIDS Care**. 4(April- June): 24- 32.
- Locsin, R. G. 1981. The effect of music on the pain of selected postoperative patients **Journal of Advance Nursing** 6(1): 19-25.
- Lowel, T.W. & Hassan, W.U. 1999. **Clinicians' guide to pain**. New York: Oxford University.
- Lubeck, D.P. and Fries, J.F. 1992. Health status among persons infected with HIV a Community-Based Study. **Medical Care** 31(3): 359-366.
- Luckmann, J., and Sorrensen, K. C. 1980. **Medical-surgical nursing a psychophysiologic approaches**. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Maher, A.B., Salmond, S.W., & Pellino, T.A. (Eds.).1998. **Orthopaedics nursing**. (2nd ed). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Manley, K. 1988. The needs and support of relatives. **Nursing** 3(2): 19-21.
- McCaffery, M. 1979. **Nursing management of the patient with pain**. 2nd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- McDonald, D.D. 1994. Gender and ethnic stereo typing and narcotic analgesic administration. **Research in Nursing & Health**, 17(1): 45-49.
- McGregor, E. A., Fuller, C., and Lee, M. 1981. Care and relatives in ICU. **Nursing Time** 77(34): 1477-1478.
- McGuire, D. B., & Sheilder, V.R. 1993. Pain. In S.L. Groenwald, et al. (Eds.), **Cancer nursing: Principles and practice**. (3rd ed., pp.499-556). Boston: James and Bastlett.
- McHugh, N. G., Christman, N. J., and Johnson, J. E. 1982. Preparatory information: What helps and why. **American Journal of Nursing**(May): 780- 782.
- Melzack, R., and Wall, P.D. 1965. Pain mechanism: A new theory. **Science** 150: 971-978.
- Miralled, F.S., Olaso, M.J., Fuentes, T. & Lopez, F. 1983. Presurgical stress and plasma endorphin levels. **Anesthesiology**, 59(4), 366-367.
- Newshan, G. T & Wainapel, S. F. 1993. Pain characteristics and their management in person with AIDS. **Journal of Association of Nurses in AIDS Care**. 4 (April-June): 53- 59.

- Nickel, J. T., Salsberry, P. J., Caswell, R. J. et al. 1996. Quality of life in case management of person with AIDS receiving home care. **Research in Nursing & Health**. 19(April): 91- 99.
- Nixon, M., Teschendorff, J., Finney.J., & Karnilowicz, W.1997. Expanding the nursing repertuire: The effects of massage on postoperative pain. **Australian Journal of Advanced Nursing**, 14(3), 21-26.
- Nokes, K. M., Wheeler, K., and Kendrew, J. 1994. Development of an HIV assessment tool. **Image: Journal of Nursing Scholarship**. 26(Summer): 133- 138.
- Pakenham, K. I., Dadds, K. R. & Terry, D. J. Adaptive demands along the HIV disease continuum. **Social Science Medicine**. 42(January 1996) : 245- 246.
- Peric-Knowlton, W. 1984. The understanding and management of acute pain in adult: the nursing contribution. **Internation Journal of Nursing Studies**, 21(2), 131-143.
- Perry, E. 1981. Communication 3: taking the simple route. **Nursing Mirror** 152: 24-26.
- Pongchareon, C. 2001. **The effects of massage on pain level in post abdominal operative patients**. Master of Nursing Science Degree Thesis (Adult nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Potter, P. A., & Perry, A. G.(Eds).1995. Comfort. In **Basic nursing: Theory and practice**.(3rded., pp.741-777). St. louis: Baltimore.
- Potter, P. A.,& Perry, A. G.2001. Comfort. In **Fundamentals of nursing**. (5thed)(pp.1281-1322). St. Louis: Mosby.
- Price, D.D. 1999. **Psychological mechanisms of pain: Progress in pain research and management Volume 15**. Seattle: IASP Press.
- Radziewicz, R. M., and Schneider, S. M.1992. Using diversional activity to enhance coping. **Cancer Nursing** 4: 293-298.
- Ragsdale, D and Morrow, J. R. 1990. Quality of life as a function of HIV classification. **Nursing Research**. 39 (3): 355- 359.
- Reading, A.E.1989. Testing pain mechanisms in persons in pain. In P.D. Wall & R. Melzack(Eds). **Text Book of Pain**. (2nded., pp.269-283). St. Louis: Mosby.
- Reid- Ponte, P. 1992. Distress in cancer patients and primary nurses empathy skills. **Cancer Nursing** 15: 283- 292.

- Riley, J.L., Robinson, M.E., Wise, E.A., Myers, C.D. & Fillingim, R.B. 1998. Sex differences in the perceptions of noxious experimental stimuli: A meta-analysis. *Pain*, 74(1): 181-187.
- Schorr, J.A. 1993. Music and pattern change in chronic pain. *Advance Nursing Science*, 15(4), 27-36.
- Servellen ,G.V., Sarna, L., & Jablonski, K.J. 1999. Women with HIV: Living with symptoms. *Western Journal of Nursing Research* 20 (4): 448-464.
- Shuldham, C. 1999. A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International of Nursing Studies* 36: 171-177.
- Sofear, B. 1998. *Pain: Principles, practice, and patients* (3rd ed). Cheltenham: Stanley thorns.
- Thanasilp Sureeporn. 2001. *Effectiveness of the symptom management program on symptom status and quality of life among persons with pneumocytis carinii pneumonia*. Doctoral dissertation, Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- Timmons, M. E., & Bower, F.L. 1993. The effect of structured preoperative teaching on patients' use of patient-controlled analgesic (PCA) and their management of pain. *Orthopedic Nursing* 12 (1): 23-31.
- Turk, D.C. & Okifuji, A. 2001. Pain terms and taxonomies of pain. In J.D. Loeser (Ed.), *Bonica's management of pain* (3rd Ed.) (pp. 17-25). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Uptide, P. 1990. Music therapy results for ICU patients. *Dimensions of critical care nursing*, 9(1), 39-45.
- Wachtel, T., Piette, J., Mor, V., et al. 1992. Quality of life in person with hum immunodeficiency virus infection: Measurement by the medical outcomes study instrument. *Annal of Internal Medicine* 15: 129-137.
- Watt-Watson, J.H. 1999. Pain and pain control. In W.J. Phipps, J.K. Sand, & J.F. Marek (Eds.) *Medical-surgical nursing: Concepts & clinical practice* (6th Ed.) (pp. 321-346). St. Louis: Mosby.
- Wells, N. 1982. The effect of reraxation on postoperative muscle tension and pain. *Nursing research* 31(4): 236-238.

Whalen, C. C., Antani M., Carey, J. & Landefeld, C. s. An index of symptoms for infection with human immunodeficiency virus: Reliability and validity. *Clinical Epidemiology*. 47(1994): 537- 546.

Whipple, B., and Glynn, N.J. 1992. Quantification of the effects of listening to music as a noninvasive method of pain control. *Scholarly inquiry for nursing practice: An International Journal* 6: 243-258.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

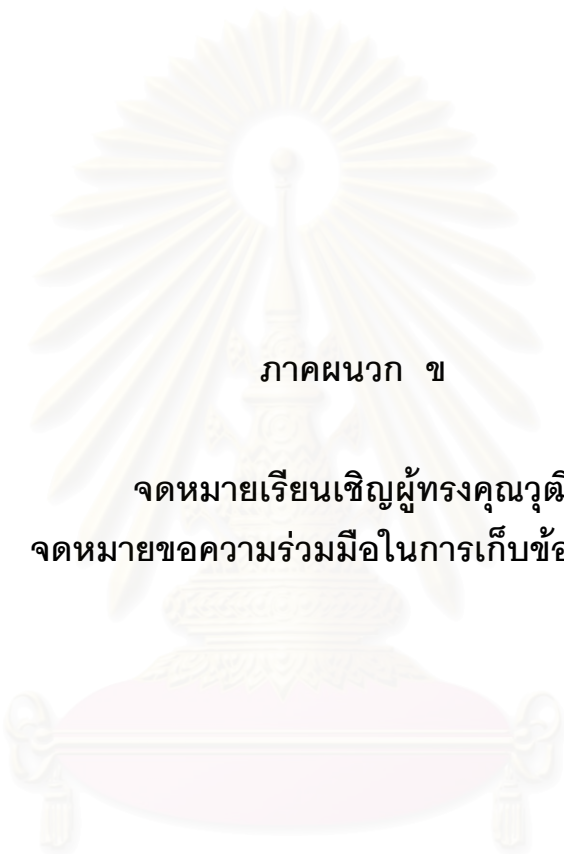
ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์สมสิทธิ์ ตันสุภสวัสดิกุล
 แพทย์หญิงศรันยา ประสิทธิ์ศิริกุล
 นางเยาวรัตน์ อินทอง
 นางไพเราะ แสนสุรัตน์
 รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด
 รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหปราณ

สังกัด

นายแพทย์ประจำสถาบันบำราศนราดูร
 วิสัญญีแพทย์ประจำสถาบันบำราศนราดูร
 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร
 รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร
 อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
 อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

เนื่องด้วย นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ร.อ. หลิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น ดังนี้

1. น.พ. สมสิทธิ์ ต้นสุกส์สวัสดิกุล
2. พญ. ศรันยา ประสิทธิ์ศิริกุล
3. นางเยาวรัตน์ อินทอง
4. นางไพเราะ แสนสุรัตน์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

น.พ. สมสิทธิ์ ต้นสุกส์สวัสดิกุล, พญ.ศรันยา ประสิทธิ์ศิริกุล,

นางเยาวรัตน์ อินทอง, นางไพเราะ แสนสุรัตน์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9817

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ร.อ. หลิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ โทร. 02-218-9831

ชื่อนิสิต

นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ โทร. 09- 2134695

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหะวัณ

เนื่องด้วย นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.อ. หญิง ด.ร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

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

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9817

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ โทร. 02-218-9831

ชื่อนิสิต นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ โทร. 09- 2134695

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จอนณะจง เพ็งจาด

เนื่องด้วย นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

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

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9817

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ โทร. 02-218-9831

ชื่อนิสิต นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ โทร. 09- 2134695

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดรุร

เนื่องด้วย นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอ็ดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสิณี วิเศษฤทธิ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเอ็ดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ จำนวน 3 คน โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดศีรษะและคู่มือการจัดการกับอาการปวดศีรษะ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9817

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสิณี วิเศษฤทธิ โทร. 02-218-9831

ชื่อนิสิต

นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ โทร. 09- 2134695

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

เนื่องด้วย นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอ็ดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเอ็ดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ จำนวน 40 คน โดยใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดศีรษะ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

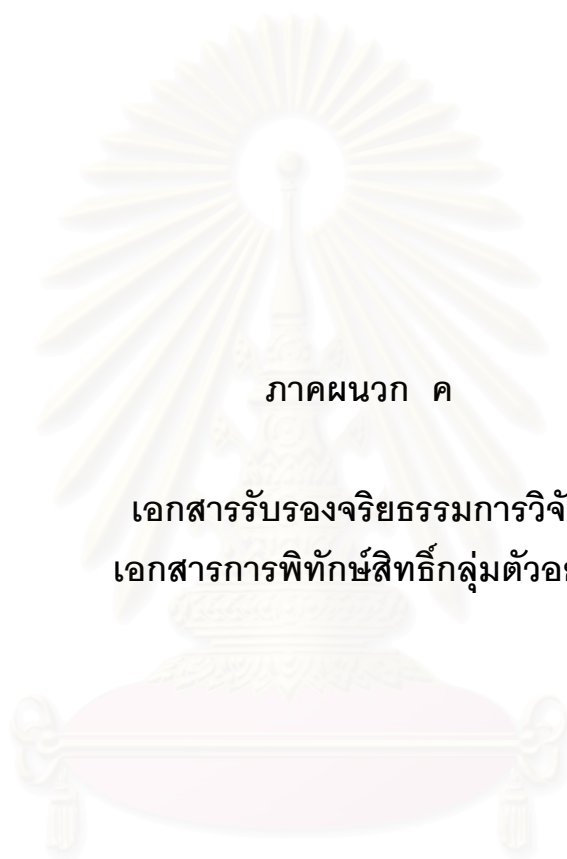
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9817

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ โทร. 02-218-9831

ชื่อนิสิต

นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ โทร. 09- 2134695



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสรุปผลการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบาราศนราดูร

เลขที่งานวิจัย ว. BJA-21-05

วันที่ 1 ส.ค. 2548

เรื่อง การสรุปการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดูร

จากการพิจารณาโครงการวิจัยเรื่อง คณะผู้บริหารมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรีรัมย์
ขอเสนอโครงการที่มีชื่อว่า วิทยาลัยบาราศนราดูร

ผู้วิจัย น.ส. ปิ่นทิพย์ เกตุศรีกุล

มีผลการพิจารณาของคณะกรรมการมีดังนี้

- คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย
- คณะกรรมการพิจารณาผลประ โยชน์งานวิจัย
- กลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง
- สรุปความคิดเห็นอื่นๆ
- ผ่านการพิจารณา
- ผ่านการพิจารณา
- ผ่านการพิจารณา
- ไม่ผ่านการพิจารณา
- ไม่ผ่านการพิจารณา
- ไม่ผ่านการพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา

วันที่	1353
ส.ค. 48	
13, 8, 04	

(Signature)

(แพทย์หญิงรุจน์ สุทธราชิจ)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย

- ทราบ
- อนุมัติ ไม่อนุมัติ
- อื่น ๆ

(แพทย์หญิงศิริวรรณ สิริกวิน)

รองผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดูร
ที่ปรึกษาคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย

3, 8, 48

- อนุมัติ ไม่อนุมัติ
- อื่น ๆ

(แพทย์หญิงอัจฉรา เชาวะวัฒน์)

ผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดูร

เลขที่ใบรับรอง 039/2548

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
 กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเจ็บปวดของ
 ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเชื้อราสมองอักเสบ
 THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM
 ON PAIN IN PATIENTS WITH AIDS WITH
 CRYPTOCOCCAL MENINGITIS

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวปิยภัทร เวสกุล

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
 กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

อนุมัติ ภายใต้เงื่อนไข คือ.....

.....

.....
 (รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปริศนา ทักษะประดิษฐ์)

.....
 (ศาสตราจารย์นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล)

รับรองวันที่ 25 สิงหาคม 2548

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
2. ชื่อผู้วิจัย นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ติดต่อ 120/ 63 หมู่ 1 ซ.จิตวิสุทธิ์ 5 ถ.สุขาภิบาล
ต.บางศรีเมือง อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09-2134695
E-mail: piyaphat_p@yahoo.com
4. ข้อมูลประกอบกรให้คำยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย
 1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิต่ออาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิและเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
 3. การวิจัยครั้งนี้จะใช้วิธีคัดเลือกผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร และมีเกณฑ์ตามที่กำหนด โดยจัดให้ผู้ป่วย 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 20 คนต่อมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ 20 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มทดลอง ทั้งนี้ต้องได้รับความยินยอมโดยสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ภายหลังผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย
 4. วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ภายหลังคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการโดยสมัครใจแล้ว โดยจัดให้ผู้ป่วย 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และ 20 คนต่อมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ 20 คนแรกจัดให้เป็นกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิเพื่อลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในโปรแกรม โดยในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติและจะประเมินความเจ็บปวดในวันแรกและวันสุดท้ายที่เข้าร่วมการวิจัย ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินความเจ็บปวดก่อนเริ่มโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการสอน การฝึกปฏิบัติการทำสมาธิ และให้ผู้ป่วยปฏิบัติทุกวันจนครบตามโปรแกรมจึงให้ผู้ป่วยประเมินความเจ็บปวดอีกครั้ง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่ปรากฏกรรมวิธีที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

5. ความรับผิดชอบของประชากรตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองควรเข้ารับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเจ็บปวดและแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความเจ็บปวด ส่วนกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความเจ็บปวดทั้งก่อนและหลังการวิจัย

6. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยซึ่งถือว่าเป็นการทดลองได้แก่โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิ เพื่อลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ซึ่งการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

7. การวิจัยครั้งนี้อาจมีความไม่สะดวกที่กลุ่มตัวอย่างต้องเสียสละเวลาในช่วงพักก่อนมาเข้าร่วมการวิจัย

8. ประโยชน์ที่ได้รับแก่ประชากรตัวอย่าง ได้แก่ ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดเชื้อฉวยโอกาสคือโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา การจัดการกับอาการปวดศีรษะด้วยตนเอง การได้ฝึกทักษะการจัดการกับอาการปวดศีรษะ ได้แก่ การทำสมาธิ

9. ผู้วิจัยกล่าวถึงการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ ซึ่งมีสิทธิ์จะปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะ

10. ในหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่าง มีข้อความในเรื่องการปกปิดข้อมูลและไม่มี การเปิดเผยชื่อของประชากรกลุ่มตัวอย่างในการเสนอผลงานวิจัย

11. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ ที่เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09- 2134695

12. เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นหรือเหตุผลซึ่งต้องยกเลิกการเข้าร่วมในโครงการของประชากร ตัวอย่าง ได้แก่ การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนที่แพทย์ไม่อนุญาตให้ทำกิจกรรมต่างๆ

13. ระยะเวลาที่คาดว่าประชากรตัวอย่างจะต้องเกี่ยวข้องกับการทำวิจัย ประมาณ 14 วัน

14. จำนวนของประชากรตัวอย่างในการวิจัย โดยประมาณ 40 คน

สถาบันนวัตยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเจ็บปวด
- ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง
- ส่วนที่ 5 แผนการสอนการจัดการกับอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเชื้อหุ้มสมองอักเสบ
- ส่วนที่ 6 คู่มือความรู้เรื่องโรคเอดส์และการจัดการกับอาการปวด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. การรักษาที่ได้รับ.....
3. ยาบรรเทาปวดที่ได้รับ
 - ชนิดและขนาดของยา.....
 - วิธีการให้ยา.....
 - ระยะเวลาที่ได้ยาระงับปวด.....
4. หลังจากท่านได้รับยาแก้ปวดแล้วบรรเทาปวดหรือไม่
 - () บรรเทา () ไม่บรรเทา
5. สาเหตุชักนำที่ทำให้ท่านมีอาการปวดศีรษะ

.....

.....
6. ท่านมีอาการปวดศีรษะบ่อยแค่ไหน
 - () ปวดทุกวัน () 5- 6 วัน/ สัปดาห์
 - () 3- 4 วัน/ สัปดาห์ () 1- 2 วัน/ สัปดาห์
 - () อื่นๆ (ระบุ).....
7. ลักษณะของการปวดศีรษะเป็นอย่างไร
 - () ปวดเหมือนถูกกด บีบ หรือรัดแน่น
 - () ปวดหนักๆ
 - () ปวดตามจังหวะการเต้นของหัวใจ
 - () ปวดมีนๆ
 - () ปวดจี๊ดๆ
 - () ปวดเหมือนหัวจะระเบิด
 - () อื่นๆ (ระบุ).....
8. เมื่อมีอาการปวดศีรษะ ท่านใช้วิธีใดเพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () อ่านหนังสือ
 - () ฟังเพลง
 - () ทำสมาธิ
 - () นวด
 - () รับประทานยาแก้ปวด
 - () อื่นๆ (ระบุ).....

9. ผลกระทบเมื่อท่านมีอาการปวดศีรษะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

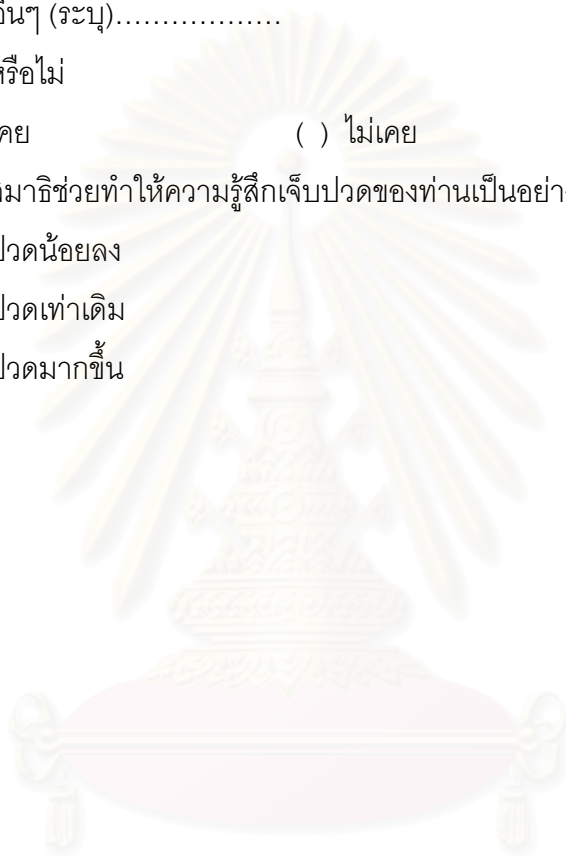
- หยุดงาน
- นอนไม่หลับ
- เบื่ออาหาร
- หงุดหงิด
- วิตกกังวล
- อื่นๆ (ระบุ).....

10. ท่านเคยฝึกสมาธิหรือไม่

- เคย
- ไม่เคย

11. ท่านคิดว่าการทำสมาธิช่วยทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดของท่านเป็นอย่างไร

- ปวดน้อยลง
- ปวดเท่าเดิม
- ปวดมากขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

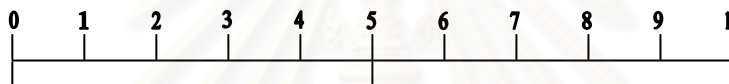
ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับอาการปวดศีรษะ

คำชี้แจง

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินระดับอาการปวดศีรษะตามความรู้สึกของท่านในขณะนี้ เริ่มตั้งแต่หมายเลข 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกปวด จนกระทั่งถึง 10 หมายถึง มีความปวดมากที่สุด

โปรดทำเครื่องหมายลงบนตัวเลขที่ได้ก็ได้ ตั้งแต่ 0- 10 ซึ่งท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกปวดของท่านในขณะนี้มากที่สุด

ท่านรู้สึกเจ็บปวดในระดับใด



ไม่รู้สึกปวดศีรษะเลย

รู้สึกปวดศีรษะปานกลาง

รู้สึกปวดศีรษะมากที่สุด

ระดับอาการปวดศีรษะของผู้ป่วย.....คะแนน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นกับท่านที่ผ่านมาตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย กรุณาตอบให้ตรงกับการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมาของท่านให้มากที่สุด และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติกิจกรรมของท่าน การเลือกตอบจะถือเกณฑ์ ดังนี้

- ไม่ได้ปฏิบัติ (0) หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ
ปฏิบัติ (1) หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ

	ข้อความ	ปฏิบัติ	ไม่ได้ปฏิบัติ
1.	ท่านทำสมาธิอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง		
2.	ท่านทำสมาธิเมื่อมีอาการปวดศีรษะ		
3.	ท่านทำสมาธิเมื่อรู้สึกไม่สบายใจหรือวิตกกังวล		
4.	เมื่อมีเวลารว่างท่านทบทวนคู่มือเกี่ยวกับการจัดการกับอาการปวดที่ได้รับแจก		
5.	เมื่อมีอาการปวดศีรษะท่านรับประทานยาแก้ปวดร่วมกับการทำสมาธิ		
6.	ท่านทำสมาธิครั้งละ 10- 30 นาที		
7.	ท่านนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมการวิจัยมาใช้จัดการกับอาการปวดศีรษะของตนเอง		
8.	ขณะที่ทำสมาธิท่านกำหนดจิตอยู่ที่ลมหายใจเข้า- ออกตลอดเวลา		
9.	ท่านสอบถามผู้วิจัยเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติสมาธิ		
10.	ท่านปฏิบัติสมาธิทุกวันตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย		

11. ท่านมีปัญหาในการทำสมาธิหรือไม่

() มี

() ไม่มี

12. ท่านไม่สามารถทำสมาธิติดต่อกันนาน 10- 30 นาที

เพราะ.....

.....

.....

ควรแก้ไขปรับปรุงอย่างไร.....

แผนการสอนการจัดการกับอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเชื้อหุ้มสมองอักเสบ

ผู้ให้ข้อมูล	นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ
ผู้รับข้อมูล	ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเชื้อหุ้มสมองอักเสบ
ระยะเวลาในการให้ข้อมูล	ครั้งละ 30 นาที
สถานที่	หอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร
วิธีการให้ข้อมูล	ให้ข้อมูลด้วยการบรรยายแก่ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเชื้อหุ้มสมองอักเสบเป็นรายบุคคล
สื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูล	คู่มือการจัดการกับอาการปวดศีรษะ
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเชื้อหุ้มสมองอักเสบมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และการเกิดภาวะเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา 2. เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเชื้อหุ้มสมองอักเสบมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดอาการปวดศีรษะและการจัดการกับอาการปวดศีรษะ 3. เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเชื้อหุ้มสมองอักเสบนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการควบคุมอาการปวดศีรษะของตนเอง

แผนการสอนโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการทำสมาธิของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเชื้อหุ้มสมองอักเสบ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
	<p>บทนำ</p> <p>สวัสดีค่ะ ต่อไปนี้จะเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดเชื้อฉวยโอกาสรวมทั้งการจัดการกับอาการปวดศีรษะด้วยตนเอง เพื่อให้ท่านสามารถดูแลตนเองและลดความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ ระหว่างนี้ถ้าท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถซักถามได้ค่ะ</p> <p>ปัจจุบันโรคเอดส์ยังเป็นปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตและเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน เมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายของผู้ติดเชื้อถูกทำลายด้วยเชื้อเอชไอวี จึงทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น เชื้อราขึ้นสมอง ปอดอักเสบ ทุ่งวัดโรคมะเร็งผิวหนัง ฯ</p> <p>ดังนั้น ผู้ป่วยเอดส์ที่มีการติดเชื้อฉวยโอกาสจึงต้องมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่มีการติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นอย่างดี เพื่อจะได้ปฏิบัติตนให้ถูกต้อง</p>			

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกความหมาย การเกิดโรคเอดส์ได้</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอธิบายการติดต่อของโรคเอดส์ได้</p>	<p>โรคเอดส์ คือโรคที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV= Human immunodeficiency virus) โดยเชื้อไวรัสจะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลง ร่างกายจึงติดเชื้อได้ง่ายแม้กระทั่งเชื้อที่พบทั่วไปในธรรมชาติที่ไม่ทำอันตรายต่อคนปกติแต่จะเป็นอันตรายสำหรับผู้ติดเชื้อ เมื่อร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลงมากจะก่อให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อย เช่น โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราคริปโตคอคคอลล นีโอพลาสมา โรคปอดอักเสบ โรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ ฯลฯ</p> <p>การติดต่อ เชื้อไวรัสเอดส์สามารถติดต่อไปสู่ผู้อื่นได้โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2. การติดต่อทางเลือด เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การรับเลือด 3. ถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารก 	<p>ชั้นนำเข้าสู่บทเรียน ผู้วิจัยนำเข้าสู่เนื้อหาเรื่องโรคเอดส์และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส</p> <p>ผู้วิจัยถามผู้ป่วยว่า เคยมีความรู้เรื่องโรคเอดส์มาบ้างหรือไม่</p> <p>ถามผู้ป่วยว่าทราบหรือไม่ว่าโรคเอดส์ติดต่อได้อย่างไร</p>	<p>คู่มือเรื่องโรคเอดส์และการจัดการกับอาการปวดศีรษะ</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถบอกความหมาย การเกิดโรคเอดส์ได้ถูกต้อง</p> <p>ผู้ป่วยสามารถบอกการติดต่อของโรคเอดส์ได้อย่างน้อย 2 ข้อ</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกระยะต่างๆ ของโรคได้</p>	<p>โรคเอดส์ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ</p> <p>ระยะที่ 1 (ระยะต้น) ผู้ที่ติดเชื้อจะยังไม่มีอาการที่เด่นชัด 2- 4 สัปดาห์หลังได้รับเชื้อ บางรายอาจมีไข้สูง ปวดศีรษะ เจ็บคอ ไอ มีต่อมน้ำเหลืองตามตัวโต คล้ายคนเป็นไข้หวัด เป็นอยู่นานประมาณ 10- 14 วัน แล้วหายไปเอง ระยะนี้ใช้เวลา 8- 10 ปี</p> <p>ระยะที่ 2 (ระยะกลาง) คือช่วงหลังติดเชื้อไปแล้ว 8- 10 ปี ระดับภูมิคุ้มกันเริ่มต่ำลง ผู้ป่วยจะเริ่มปรากฏอาการแทรกซ้อนต่างๆ ขึ้น เช่น ไข้เรื้อรัง ท้องเสียเรื้อรัง น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ตุ่มคันตามแขนขา หรืออาจเป็นโรคติดเชื้อแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงนัก เช่น ภูมิคุ้มกันต่ำ เริม เชื้อราในช่องปาก เป็นต้น ทางการแพทย์เรียกอาการระยะนี้ว่า “ระยะสัมพันธ์กับเอดส์” หรือ “ระยะใกล้เอดส์” ระยะนี้จะอยู่นาน 2- 4 ปี ก่อนจะเข้าระยะที่ 3</p> <p>ระยะที่ 3 (ระยะสุดท้าย) เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันต่ำลงมากแล้ว ผู้ป่วยจะติดเชื้อโรคติดเชื้อแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ปอด</p>		<p>แสดงตารางเปรียบเทียบระยะต่างๆ ของโรค</p>	<p>ผู้ป่วยบอกระยะต่างๆ ของโรคได้ถูกต้องอย่างน้อย 2 ข้อ</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการเกิดโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราได้</p>	<p>อักเสบ วัณโรคปอด เชื้อราขึ้นสมอง เกิดมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อน ใช้เวลาประมาณ 2 ปี</p> <p>โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยในสถาบันบำราศนราดูร</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วัณโรคปอด 2. เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา 3. ปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติส แครินีไอ <p>ฯลฯ</p> <p>โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อรา Cryptococcus neoformans</p> <p>โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อรา Cryptococcus neoformans ทำให้เกิดพยาธิสภาพได้กับทุกอวัยวะของร่างกาย แต่ส่วนมากพบพยาธิสภาพที่เยื่อหุ้มสมอง เกิดจากเชื้อ Cryptococcus neoformans ซึ่งเป็นเชื้อราที่มีเปลือกหุ้ม พบได้ในมูลนก เช่น นกพิราบ และทั่วๆไปตามธรรมชาติ ทนทานต่ออุณหภูมิสูง สามารถทนทานอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้นาน</p>	อธิบาย		<p>ผู้ป่วยสามารถบอกชื่อโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้อย่างน้อย 2 ชื่อ</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกการติดต่อของโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราได้</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกอาการและอาการแสดงของโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราได้</p>	<p>การติดต่อ เชื้อจะฟุ้งกระจายอยู่ในอากาศ เมื่อสูดหายใจเอาเชื้อเข้าไป เชื้อจะเข้าไปที่ปอดแต่ระยะนี้ไม่แสดงอาการของโรค ต่อมา เชื้อก็จะแพร่เข้าสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ที่พบได้บ่อยที่สุดคือที่สมอง ทำให้เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ในปอดพบได้รองลงมาจากเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ต่อมน้ำเหลือง มีเชื้อราในกระแสเลือด และพบได้ในอวัยวะอื่นๆ เช่น ตับ ทางเดินอาหาร ไชกระดูก ผิวหนัง และต่อมลูกหมาก</p> <p>อาการและอาการแสดง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปวดศีรษะมาก - มีไข้ อ่อนเพลีย - ความจำเสื่อม - ตาพร่ามัว ในบางรายอาจตาบอด - มีอาการชัก เกร็ง 	<p>อธิบาย</p> <p>สอบถามผู้ป่วยว่าที่ผ่าน มาผู้ป่วยมีอาการอย่างไรบ้าง</p>		<p>ผู้ป่วยสามารถบอกถึง การติดต่อของโรคเยื่อ หุ้มสมองอักเสบจาก เชื้อราได้</p> <p>ผู้ป่วยสามารถบอก อาการและอาการ แสดงของโรคเยื่อหุ้ม สมองอักเสบจากเชื้อ ราได้อย่างน้อย 3 ข้อ</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกกลไกการปวดศีรษะในผู้ป่วยเอดส์ที่ป่วยเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราได้</p>	<p>อาการปวดศีรษะ</p> <p>อาการปวดศีรษะนับเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา เกิดจากการติดเชื้อและการอักเสบของเยื่อหุ้มสมองซึ่งจะทำให้เกิดการดึงรั้งของเยื่อหุ้มสมองและหลอดเลือดทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ นอกจากนี้ความเจ็บปวดยังเกิดจากสาเหตุด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น เนื่องจากอารมณ์เหล่านี้ทำให้เกิดการกระตุ้นกล้ามเนื้อให้หดรัดตัวมากขึ้น มีผลทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงขึ้น</p> <p>ในปัจจุบันการรักษาอาการปวดศีรษะของผู้ป่วยเอดส์ที่ป่วยเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราตามแนวทางการรักษาของแพทย์ เป็นการรักษาด้วยยาแก้ปวด การเจาะหลัง การใส่ท่อระบายน้ำไขสันหลังและการให้ยาต้านเชื้อรา แม้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจะได้รับยาแก้ปวดอย่างสม่ำเสมอแล้วแต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังคงมีอาการปวดศีรษะอยู่ ดังนั้นการบรรเทา</p>	<p>ผู้วิจัยถามผู้ป่วยว่ามีใครมีอาการปวดศีรษะบ้างและถามถึงสาเหตุของอาการปวดศีรษะ</p> <p>ผู้วิจัยถามผู้ป่วยว่าขณะนี้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเรื่องอาการปวดศีรษะอย่างไร</p>	<p>คู่มือเรื่องโรคเอดส์และการจัดการกับอาการปวดศีรษะ</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุของการปวดศีรษะของตนเองได้</p> <p>ผู้ป่วยบอกได้ว่าตนเองได้รับการรักษาเรื่องอาการปวดศีรษะด้วยวิธีใด</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับอาการปวดศีรษะได้</p>	<p>อาการปวดด้วยยาเพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด จำเป็นที่จะต้องนำเอาวิธีการบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยามาเสริม จึงจะทำให้การจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรามีประสิทธิภาพ</p> <p>การจัดการกับอาการปวดศีรษะ</p> <p>1. การบรรเทาความปวดโดยการให้ยาระงับปวด</p> <p>ยาระงับปวด เป็นยาที่ออกฤทธิ์ลดความปวดได้โดยไม่ทำให้หมดสติ ยาระงับปวดที่ใช้บ่อยมีทั้งยาชนิดเสพติดและยาชนิดที่ไม่เสพติด โดยยาระงับปวดชนิดเสพติด ได้แก่ มอร์ฟีน และเพทิดีน ซึ่งเป็นยาระงับปวดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนี้ยาระงับปวดชนิดที่ไม่เสพติดที่ใช้บ่อย คือ พาราเซตามอล ยาระงับปวดเหล่านี้ก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย ดังนั้นการให้ยาระงับปวดผู้ป่วยจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจในการให้ยาระงับปวด</p>	<p>ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยว่า เมื่อปวดศีรษะ ผู้ป่วยมีวิธีการบรรเทาอาการปวดอย่างไร และนำเข้าสู่วิธีการจัดการกับอาการปวดศีรษะด้วยวิธีการต่างๆ</p>	<p>คู่มือเรื่องโรคเอดส์และการจัดการกับอาการปวดศีรษะ</p>	<p>ผู้ป่วยสามารถเล่าถึงประสบการณ์ในการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่ตนเองใช้อยู่</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
	<p>2. การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาระงับปวด</p> <p>เป็นการควบคุมความปวดที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดมีหลายวิธี ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - พลังสัมผัส ใช้บรรเทาความปวดได้ทุกชนิด โดยลดความวิตกกังวล ความกลัว ใช้ร่วมกับการใช้ยาระงับปวด สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายมากขึ้น - การนวด จะส่งผลให้มีการยับยั้งการถ่ายทอดสัญญาณความปวดที่ไขสันหลัง ช่วยลดการตีงของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวลง หลอดเลือดไม่ตีบตัน เซลล์ต่างๆได้รับออกซิเจนเพียงพอ จึงไม่เกิดกรดแลคติกที่มากกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวดทำให้อาการปวดลดลง - การจินตนาการทางบวก เป็นการที่บุคคลสร้างภาพในสิ่งที่ตนเองพึงพอใจ มักใช้ร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย หรือ 			

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
	<p>ใช้ร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยเชื่อว่าเป็นการลดการ เร้าทางอารมณ์และเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวด ร่วมกับมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ความปวดลดลง</p> <p>- การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นวิธีที่ทำให้บุคคลเกิด การเปลี่ยนแปลงความสนใจ หรือการดึงดูดความสนใจของ บุคคลนั้นมาสู่สิ่งกระตุ้นที่จัดกระทำให้มากกว่าการรับรู้ความ เจ็บปวดที่กำลังเกิดขึ้น ทำให้บุคคลสนใจความเจ็บปวดลดลง และหันเหไปรับรู้สิ่งกระตุ้นโดยไม่รู้สึกรัดตัว นอกจากนี้ความพึง พอใจในสิ่งกระตุ้นจะทำให้จะทำให้เกิดการหลั่งสาร เอนดอร์ฟินซึ่งเป็นสารยับยั้งความเจ็บปวด การเบี่ยงเบนความ สนใจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การดูโทรทัศน์ การฟังดนตรี การฟังนิทาน การอ่านหนังสือ และการพูดคุยกับผู้อื่น เป็นต้น</p> <p>- การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เป็นการทำให้ร่างกาย และจิตใจปราศจากความตึงเครียด ซึ่งเป็นการลดสิ่งเร้าทาง อารมณ์ร่วมกับการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อจึงเป็นการตัด วงจรของความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความตึงตัวของ</p>			

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจประโยชน์ในการฝึกการผ่อนคลายด้วยการทำสมาธิและสามารถฝึกการผ่อนคลายด้วยการ</p>	<p>กล้ามเนื้อซึ่งต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเป็นวงจรทำให้ความเจ็บปวดทวีความรุนแรงขึ้น การตัดวงจรนี้ด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจึงลดความเจ็บปวดได้ การใช้เทคนิคที่ช่วยให้มีการผ่อนคลายเกิดขึ้นอาจใช้หลายเทคนิคร่วมกัน เช่น การทำสมาธิ การสร้างจินตภาพ</p> <p>จะเห็นได้ว่าการจัดการกับอาการปวดศีรษะมีหลายวิธีในวันนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การทำสมาธิมาใช้บรรเทาความเจ็บปวดเนื่องจากเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง มีความสะดวกในการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติได้ทุกสถานที่ และเป็นวิธีการที่ไม่รบกวนผู้อื่น</p> <p>การทำสมาธิคืออะไร</p> <p>สมาธิ หมายถึง การตั้งมั่นของจิต ภาวะที่จิตมีอารมณ์เป็นหนึ่งคือการที่จิตกำหนดแน่วแน้อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ฟุ้งซ่าน</p>	<p>นำเข้าสู่บทเรียนเรื่องการทำสมาธิแบบอานาปานสติ</p>	<p>คู่มือเรื่องโรคเอดส์และการจัดการกับอาการปวดศีรษะ</p>	<p>ผู้ป่วยให้ความสนใจ</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
ทำสมาธิได้	<p>ระดับของสมาธิ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชณิกสมาธิ สมาธิชั่วขณะ(momentary concentration) เป็นสมาธิขั้นต้นซึ่งคนทั่วไปอาจใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ การงานในชีวิตประจำวันให้ได้ผลดีและใช้เป็นจุดตั้งต้นในการ เจริญวิปัสสนาก็ได้ 2. อุปจารสมาธิ สมาธิเฉียดๆ หรือสมาธิจวนจะแน่วแน่ (access concentration) เป็นสมาธิขั้นระงับนิวรณ์ได้ก่อนที่จะ เข้าสู่ภาวะแห่งฌาน 3. อัปปนาสมาธิ สมาธิแน่วแน่หรือสมาธิที่แนบสนิท (attainment concentration) เป็นสมาธิระดับสูงสุด <p>ทำไมจึงต้องทำสมาธิ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อลดความชั่วในจิตใจออกไปชั่วขณะ ทำให้จิตใจมั่นคง สงบ เยือกเย็น แจ่มใส ไม่ฟุ้งซ่าน 2. ทำให้ร่างกายคลายความตึงเครียด เกิดความผ่อนคลาย 	อธิบาย		ผู้ป่วยสามารถบอก ประโยชน์ของการทำสมาธิได้

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
	<p>เป็นการตัดวงจรความเจ็บปวด</p> <p>การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติสมาธิ</p> <p>1. การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท การปฏิบัติสมาธิ จะทำให้เกิดการตั้งมั่นต่อการกระตุ้นอย่างใดอย่างหนึ่ง และยับยั้งการกระตุ้นอื่นๆ เช่นการสัมผัส การกดดัน การสั่นสะเทือน ความเจ็บปวด และอุณหภูมิ มีผลให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง</p> <p>2. การเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี ขณะที่จิตสงบเป็นสมาธินั้นร่างกายหลั่งสาร Endorphin ออกมามากขึ้น ซึ่งสารดังกล่าวทำหน้าที่ยับยั้งการรับรู้สัญญาณความเจ็บปวดซึ่งส่งมาจากไขสันหลัง ทำให้ความเจ็บปวดลดลง</p> <p>เราจะทำสมาธิให้เกิดได้อย่างไร</p> <p>การปฏิบัติสมาธินับได้ว่าเป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เอง การทำสมาธิมีอยู่หลายวิธี วิธีหนึ่งก็คือ “อานาปานสติ</p>	อธิบาย		

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
	<p>สมาธิ หมายถึง วิธีใช้ลมหายใจเป็นอารมณ์ในการทำสมาธิ ได้แก่ การระลึกรู้ลมหายใจที่ผ่านเข้าออกที่บริเวณจมูก ตรงที่ลมกระทบเพียงแห่งเดียวเท่านั้น ซึ่งเป็นการทำสมาธิที่มีจุดเด่นคือ ปฏิบัติได้สะดวก ใช้ได้ทุกเวลา ทุกสถานที่ ใช้ได้ทันทีที่ต้องการ ไม่ต้องเตรียมอุปกรณ์ใดๆ สำหรับอิริยาบถของการทำสมาธินั้น ทำได้ทุกอิริยาบถไม่ว่าจะเดิน นั่ง ยืน นอน จึงมีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราที่มีอาการปวดศีรษะ</p> <p style="text-align: center;">การฝึกอานาปานสติสมาธิ</p> <p><u>ขั้นเตรียมตัวก่อนทำสมาธิ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อยู่ในอิริยาบถในท่าสบาย ให้กล้ามเนื้อทุกส่วนได้พัก 2. ละทิ้งความกังวลใดๆชั่วขณะ 3. สูดลมหายใจเข้าลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกช้าๆ 4. ต้องมีความอดทนต่ออุปสรรคต่างๆ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - อดทนต่อความทุกข์ยากลำบากต่างๆ ได้แก่ อากาศร้อน เสียงรบกวน ฯลฯ 	<p style="text-align: center;">ขั้นตอนในการฝึกอานา ปานสติสมาธิ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อยู่ในอิริยาบถที่สบาย ผ่อนคลาย หลับตา 2. ละ อารมณ์ ต่าง ๆ ออกไปชั่วขณะ 3. พยายามที่จะสร้างสติ 		<p>ลักษณะใบหน้ามีการ ผ่อนคลาย เช่น ไม่มี อากาหรหน้านิ้วคิ้ว ขมวด สามารถ ควบคุมการหายใจได้ ตลอดระยะเวลาที่ทำ</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
	<ul style="list-style-type: none"> - อุดทนต่อความทุกข์เวทนาที่ได้รับอยู่ เช่น ปวดศีรษะ หรือมีอาการไม่สบายต่างๆ เป็นต้น - อุดทนต่อความเข้ายวนด้วยกิเลสตัณหา เช่น อยากนอน อยากดูโทรทัศน์ อยากสูบบุหรี่ มีจิตใจฟุ้งซ่าน และมีจิตใจเศร้าหมอง 	<p>ในการระลึกอุ้งมหายใจ <u>เข้า-ออก</u> ที่บริเวณจมูกที่จุดของลมกระทบเพียงแห่งเดียวเท่านั้น อาจใช้การภาวนาช่วยคือ หายใจเข้า ภาวนา“พุท หายใจออก ภาวนา “โธ”</p> <p>4. พยายามรักษาสติ คือ การระลึกอุ้งธรรมชาติของลมหายใจ <u>เข้า-ออก</u> ที่จุดของลมกระทบอยู่ตลอดเวลา</p> <p>5. เมื่อมีจิตที่สงบเกิดขึ้นแล้วให้ระวังอย่าเผลอสติ ระลึกอุ้งธรรมชาติของลมหายใจ <u>เข้า-ออก</u> ให้มี</p>		<p>สมาธิผู้ป่วยไม่พูด ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย หรืออกล้ามเนื้อทั่วร่างกายไม่มีการเกร็ง และการประเมินจากความรู้สึกที่ผู้ป่วยบอกหลังจากการทำสมาธิ เช่น รู้สึกสงบ</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
		<p>ความมั่นคงมากขึ้น อย่าให้จิตใจซัดส่ายไปที่ไหน</p> <p>6. เมื่อจะออกจากสมาธิ ให้ปฏิบัติ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - สูดลมหายใจเข้า-ออก ให้แรงขึ้น - ค่อยๆสังเกตความสงบของจิตใจของเราที่ค่อยๆลดลงมา ความตั้งมั่นจะค่อยๆหายไป ความรู้สึกนึกคิดต่างๆจะเข้ามาสู่จิตใจของเรามากขึ้น - เมื่อความสงบค่อยๆลง มาจนอยู่ในภาวะปรกติ แล้วจึงค่อยๆลืมตา ถอยออกจากสมาธิ 		

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
	<p>เราจะทำสมาธิเมื่อใดบ้างใดบ้าง</p> <p>การทำสมาธิจะต้องทำให้สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน หลังตื่นนอนตอนเช้า หรือก่อนเข้านอน และขณะที่มีเวลาว่าง ครั้งแรกอาจใช้เวลาประมาณ 15-30 นาทีต่อไปค่อยๆเพิ่มขึ้นเป็น 1 ชั่วโมงตามเวลาที่เหมาะสม</p> <p>บทสรุป</p> <p>การรักษาอาการปวดศีรษะนอกจากจะใช้วิธีการรักษาทางการแพทย์ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ตัวท่านเองก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ท่านสามารถใช้ความรู้และทักษะที่ได้เรียนรู้ไปในวันนี้ในการจัดการกับอาการปวดศีรษะที่ท่านประสบอยู่ในขณะนี้ร่วมกับการรักษาของแพทย์ได้ ถ้าท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการฝึกสมาธิหรือมีข้อสงสัยสามารถ</p>	อธิบาย		

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อที่ใช้	ประเมินผล
	สอบถามจากดิฉันได้ทั้งการพบส่วนตัวหรือทางโทรศัพท์ค่ะ ขอบคุณค่ะ			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คำนำ

คู่มือความรู้เรื่องเอดส์และการจัดการกับอาการปวดศีรษะเป็นคู่มือที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การติดเชื้อฉวยโอกาสและการจัดการกับอาการปวดศีรษะ โดยมีเนื้อหาที่รวบรวมจากองค์ความรู้เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่จำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์

คู่มือเล่มนี้ได้รับความร่วมมือจากนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์หลายท่านในการให้ข้อเสนอแนะ แก้ไข ปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะให้ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการจัดการกับอาการปวดศีรษะแก่ผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองได้

จัดทำโดย

ปิยภัทร พรหมสุวรรณ นิสิตปริญญาโท

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

อาจารย์ ร.อ. หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์

ปิยภัทร พรหมสุวรรณ

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

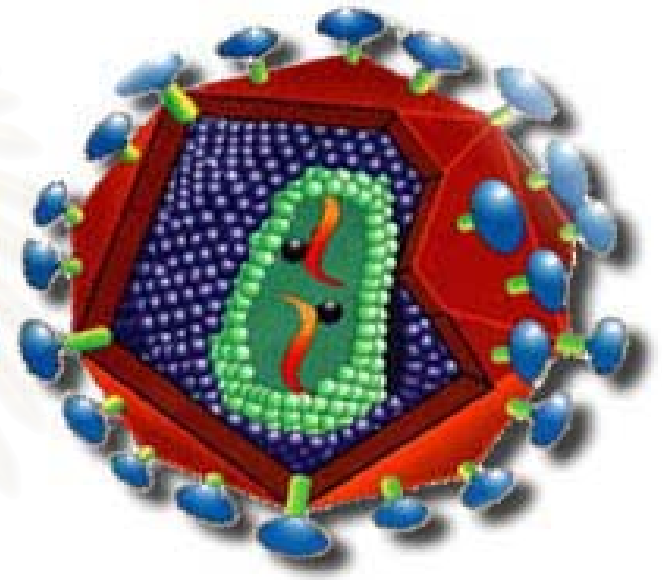
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

โรคเอดส์คืออะไร	1
โรคเอดส์ติดต่อกันได้อย่างไร	2
โรคเอดส์กับการติดเชื้อฉวยโอกาส	4
โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา	5
การแพร่กระจายเชื้อ	6
อาการและอาการแสดง	7
ปวดศีรษะ	8
การรักษาอาการปวดศีรษะ	9
การจัดการกับอาการปวดศีรษะ	10
การทำสมาธิ	14
ระดับของสมาธิ	15
ทำไมจึงต้องทำสมาธิ	15
การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติสมาธิ	16
เราจะทำสมาธิให้เกิดขึ้นได้อย่างไร	16
การฝึกอานาปานสติสมาธิ	17
เราจะทำสมาธิเมื่อใดบ้าง	19

โรคเอดส์คืออะไร



เอดส์ คือ โรคติดต่อโรคหนึ่งที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวของร่างกาย แหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ติดโรคชนิดอื่นๆ ได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยมีการดูแลร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ จะช่วยป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่ต่างจากคนปกติทั่วไป

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	นางปิยภัทร พรหมสุวรรณ
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 2 มกราคม พ.ศ.2517
ตำแหน่ง	อาจารย์พยาบาล
สถานที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี 293 ถ.เลียงเมือง ต.หนองซอนกว้าง อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ.2541

ตำแหน่งงานและประสบการณ์วิชาชีพ

พ.ศ.2541- 2544	พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลรามาริบัติ
พ.ศ.2544- 2546	พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศูนย์การแพทย์สมเด็จ พระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ.2546- ปัจจุบัน	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขต อุดรธานี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย