

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระดูกหักเป็นปัญหาที่สำคัญทางออร์โธปิดิก (Orthopaedics) ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากสถิติพบว่าประเทศไทยติดอันดับ 1 ใน 3 ของโลกที่มีสัดส่วนการเสียชีวิต 44 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคน จากอุบัติเหตุบนท้องถนน (WHO. 2013 ; Bragenza. 2002 : 231 ; Sivak and Schoettle. 2014 : 7) อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนั้นพบว่าการบาดเจ็บของกระดูกร่วมด้วย อัตราสูงถึงร้อยละ 60 – 70 ลักษณะการบาดเจ็บของกระดูกมีทั้ง กระดูกหัก ข้อเคลื่อน และข้อเคล็ด โดยกระดูกหักเป็นลักษณะที่พบได้มากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกส่วนล่างของร่างกาย คือ กระดูกขา อุบัติการณ์การเกิดกระดูกขาหักจากการบาดเจ็บจากสาเหตุต่าง ๆ ยังเพิ่มขึ้นจาก 1.5 : 100,000 คนต่อปี เป็น 9.9 : 100,000 คนต่อปี จะเห็นว่ากระดูกขาหักเป็นอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บมากที่สุดถึงร้อยละ 30 – 40 (อรรพรณ เฉลิรัตน์. 2551 : 67) และจากการศึกษาของ Wick, Muller and Ekkernkamp (1998 : 320 – 323) พบว่าร้อยละ 86 ของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุเป็นการบาดเจ็บของกระดูกขาหัก ซึ่งเมื่อเกิดกระดูกหักส่งผลให้เนื้อเยื่อและเส้นเลือดต่าง ๆ รอบ ๆ บริเวณนั้นได้รับการบาดเจ็บตามไปด้วย เพิ่มอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย อาทิเช่น แผลติดเชื้อ กระดูกผิดรูป และข้อติด (Kataria, Sharma and Kanojia. 2007 : 138) ดังนั้นการได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ ในการลดอัตราการภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

การผ่าตัดจัดและใช้โลหะตามยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย (Open reduction and internal fixation) เป็นการรักษากระดูกขาหักที่นิยมใช้มากที่สุดวิธีหนึ่ง ซึ่งทำให้กระดูกเข้าที่ได้ง่าย ผู้ป่วยฟื้นสภาพได้เร็ว (ธีรชัย อภิวรรณกุล. 2555 : 11) เพิ่มการไหลเวียนเลือด ลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (Hoffmann et al. 2013 : 2) แต่วิธีการผ่าตัดดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดการชอกช้ำ บวมอักเสบของเนื้อเยื่อ ทำให้ปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดบริเวณนั้นถูกกระตุ้น เนื้อเยื่อได้รับอันตราย เกิดการปล่อยสารเคมีกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวด (Craig. 2006 : 235) ทำให้เกิดความปวดมากขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังการผ่าตัด ซึ่งเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกมีคะแนนความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปวดมากที่สุดถึงร้อยละ 28.7 (สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. 2554 : 1) และมีความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากภายใน 24 – 48 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 95 (นิตยา ธีรวิโรจน์ และคณะ. 2554 : 33)

อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นอาการปวดที่มีความรุนแรงและเฉียบพลัน (พงศภารดี เจาทะเกษตริน. 2551 : 98) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน กล่าวคือ ด้านร่างกาย อาการปวดจะทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่าง ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อตึงตัว การขยายตัวของปอดลดลง ผู้ป่วยหายใจตื้นทำให้เกิดปอดแฟบได้ (Boni. 2009 : 107 ; สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. 2554 : 18 ; เจือกุล อโนธารมณ. 2550 : 16 ; ปฏิภาณ ตุ่มทอง. 2551 : 20) หากอาการปวดยังคงอยู่เป็นระยะเวลานานจะทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็งและเหนียวกล้ามเนื้อไหล่ลดลง เกิดการไหลเวียนของหลอดเลือดดำลดลง เกิดการตกตะกอนของลิ่มเลือด เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขาและอวัยวะสำคัญของร่างกายได้ (เพ็ญประภา อิมเอิบ และคณะ. 2556 : 55) ด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวล มีอารมณ์เศร้าหงุดหงิดง่าย (เบญจมาศ ตรีกุลงามเด่น และสุรียพร ธนศิลป์. 2555 : 31) สมาธิสั้น จดจำข้อมูลไม่ได้ ซึมเศร้าและหมดหวัง (เพ็ญประภา อิมเอิบ และคณะ. 2556 : 55) ส่วนผลกระทบด้านสังคมทำให้ต้องหยุดทำงาน ครอบครัวขาดรายได้และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น (Marion Good et al. 2005 : 240 ; สุวรรณ เหลืองอร่ามกุล, ลดาวัลย์ นิชิโรจน์ และประคอง อินทร สมบัติ. 2552 : 11) เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

การจัดการอาการปวดมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งวิธีการจัดการอาการปวดหลังการผ่าตัด สามารถพบได้ในลักษณะของการจัดการอาการปวดโดยใช้ยาและการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา การจัดการกับอาการปวดในปัจจุบันเป็นการใช้ยาเพื่อการบรรเทาปวด ส่วนใหญ่เป็นประเภทเสพติด (Narcotic analgesic) ออกฤทธิ์ระงับปวดได้ดีที่สุด แต่สามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การกดศูนย์ควบคุมการหายใจ (Schofer. 2006 : 40) กดรีเฟล็กการไอ คลื่นไส้อาเจียน ทำให้มีนิมง การทำงานของลำไส้ลดลง ท้องอืด ความดันโลหิตลดลง เป็นต้น (Carroll. 1993 : 16-27 ; Adams. 2005 : 4) อย่างไรก็ตาม การจัดการอาการปวดด้วยยาเพียงอย่างเดียวสามารถลดอาการปวดในระยะหลังผ่าตัดได้เพียงร้อยละ 40 (Adams. 2005 : 4) ดังนั้น การจัดการอาการปวดโดยใช้ยาอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอในการบรรเทาอาการปวด ทำให้มีความจำเป็นต้องอาศัยการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดให้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการจัดการอาการปวด ถ้าพยาบาลไม่ใส่ใจในการประเมินและหาวิธีจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพตลอดจนเร่งจัดการอาการปวดนั้นทันทีทันใด ความทุกข์ทรมานนั้นจะยังคงอยู่ (จิตชญา บุญนันท์ และปกาศิน ศิริผล. 2551 : 62) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่าน พบว่า การจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยามีด้วยกันหลากหลายวิธี ได้แก่ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย และการลดสิ่งเร้าภายนอก (รักษนก ชูเขียน และคณะ. 2552) การทำสมาธิ การฝึกลมปราณ การทำจิตภาพบำบัด การสัมผัสและการนวด

(สุพรรณ เหลืองอร่ามกุล, ลดาวัลย์ นิซโรจน์ และประคอง อินทรสมบัติ. 2009) การเป็ยงเบนความสนใจต่าง ๆ (ดวงดาว ดุลยธรรม. 2544) การใช้สุวคนธบำบัด (จวง เผือกคำ. 2550) และการใช้ดนตรีบำบัด (เพ็ญประภา อิมเอิบ และคณะ. 2556) การจัดการอาการปวดแบบไม่ใช้ยานี้อาจใช้วิธีการผสมผสาน คือ ใช้ยาหลายขนาด หรือเทคนิคระงับปวดหลายชนิดร่วมกัน (สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. 2554) เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการอาการปวด ซึ่งจะเห็นว่าเป็นการบำบัดเสริมหรือเป็นวิธีการพยาบาลแบบผสมผสาน และยังเป็นกรลดภาวะเสี่ยงจากการใช้ยา (สุพรรณ เหลืองอร่ามกุล, ลดาวัลย์ นิซโรจน์ และประคอง อินทรสมบัติ. 2009 : 11) เป็นวิธีที่ไม่มีผลข้างเคียงใด ๆ ซึ่งการนำสุวคนธบำบัดมาใช้ นั้น ถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่สามารถทำได้และเป็นการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สุวคนธบำบัด ถือว่าเป็นการใช้เทคนิคผ่อนคลายวิธีหนึ่งที่ใช้ในการจัดการอาการปวด เป็นการบำบัดเสริมการบำบัดหลักหรือการให้การพยาบาลแบบผสมผสาน ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพ ด้วยคุณสมบัติของน้ำมันหอมระเหยมีผลต่อร่างกายเกือบทุกส่วน กลิ่นของน้ำมันหอมระเหยกระตุ้นสมองส่วนที่เรียกว่า ลิมบิก ซิสเต็ม ซึ่งมีผลให้ร่างกายหลั่งเอ็นโดรฟินซีโรโตนิน และเอ็นเซฟฟาริน มีผลต่อการลดอาการปวด เป็นการตัดวงจรความปวดทำให้อารมณ์ดี รู้สึกผ่อนคลาย (ลดาวัลย์ อุ๋นประเสริฐพงษ์ นิซโรจน์. 2556) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์สามารถลดความต้องการยาแก้ปวด ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่องกล้องลงได้ คิม และคณะ (kim et al. 2007) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดรวมกับการใช้สุวคนธบำบัดความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าคะแนนความปวดของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จวง เผือกคำ. 2550) ยิ่งไปกว่านั้น โอลาเปอร์ และคณะ (Olapour et al : 2013) พบว่า การใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์โดยการสูดดมสามารถลดอาการปวดภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะเวลา 4 ชั่วโมง 8 ชั่วโมง และ 12 ชั่วโมง หลังผ่าตัดได้สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ต่ออาการปวดของผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของ ฮาดิและฮานิด (Hadi and Hanid : 2011) ที่ว่าการใช้สุวคนธบำบัดจากน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ โดยการสูดดมช่วยลดอาการปวดหลังจากผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการใช้สุวคนธบำบัดให้เกิดประโยชน์ในการลดความปวดได้ดียิ่งขึ้น เมื่อมีการนำสุวคนธบำบัดมาใช้ร่วมกับวิธีระงับปวดหรือเทคนิคในการจัดการกับความปวดด้วยวิธีอื่น อย่างเช่น ดนตรีบำบัด ทั้งนี้เพราะดนตรีบำบัดเป็นอีกกิจกรรมการพยาบาลหนึ่งที่ได้รับคามนิยมอย่างแพร่หลายในการนำมาใช้เพื่อช่วยลดอาการปวด เป็นการจัดการอาการปวดโดยใช้เทคนิคการเป็ยงเบนความสนใจ (Cassileth and Gubili. 2009 : 59) ซึ่งในการเป็ยงเบนความสนใจจากอาการปวดไปสู่สิ่งอื่น จะลดการส่งสัญญาณความปวดเข้าสู่สมองส่วนกลาง จะเห็นว่ามีกรนำดนตรีมาใช้ลดอาการปวดกับผู้ป่วยหลายกลุ่ม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้ดนตรีบำบัดสามารถลดความเจ็บปวดในผู้ป่วย

หลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขาหลังได้ (ดวงดาว ดุลยธรรม. 2544) และจากการศึกษาผลของดนตรีบำบัดและการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความรู้สึกปวดภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยใส่เหล็กตามกระดูก พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกเจ็บปวดแผ่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีความแตกต่างของจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวด (ขวัญหทัย ยิ้มละมัย. 2547) ยิ่งไปกว่านั้น การใช้ดนตรีบำบัดยังช่วยลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดหน้าท้องได้อีกด้วย (บุญแดง บุญฤทธิ์. 2540)

จากสถิติโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มงานออโรโธปิดิกส์ พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา ในปี พ.ศ. 2554 พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2556 จำนวน 131 ราย 130 ราย และ 145 ราย ตามลำดับ แนวโน้มของปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และจะเห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางออโรโธปิดิกส์ จะมีอาการปวดหลังผ่าตัดในระดับรุนแรง (สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. 2554 : 17) ซึ่งมีความต้องการที่จะได้รับยาบรรเทาปวด จากการสังเกตผู้ป่วยบางรายมีความต้องการยาบรรเทาอาการปวดอย่างต่อเนื่องซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงของยาจากการศึกษาถึงปัญหาข้างต้น จะเห็นว่าการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขามีความสำคัญ และเพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงของการใช้ยาที่สำคัญ คือ การกดศูนย์การหายใจ ดังนั้นพยาบาลจึงมีทางเลือกที่หลากหลายในการจัดการกับอาการปวด ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงคิดพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด ซึ่งเป็นการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยใช้การสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ตามทฤษฎีการรับกลิ่นและกลไกการออกฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหย เพื่อช่วยเสริมสร้างการผ่อนคลายร่วมกับการฟังดนตรีบรรเลงชนิดเสียงธรรมชาติซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจตามทฤษฎีความปวด (Pain Theories) โดยใช้รูปแบบแนวความคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (2001) ที่เน้นการจัดการอาการโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการปวดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดสูงสุดกับผู้ป่วย

## 1.2 คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขาที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด มีคะแนนความปวดหลังได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ หรือไม่อย่างไร
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดมีคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่อย่างไร
3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขาที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด มีอัตราเด่นชีพจรและความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ หรือไม่อย่างไร

4. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดมีอัตราเด่นชัด และความดันโลหิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่อย่างไร

### 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดก่อนและหลังการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราเด่นชัด และความดันโลหิตหลังผ่าตัดก่อนและหลังการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราเด่นชัด และความดันโลหิตหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

### 1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขาที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด มีคะแนนความปวดหลังได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด มีคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขาที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดมี อัตราเด่นชัด และความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

4. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดมีอัตราเด่นชัด และความดันโลหิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

### 1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด

2. ตัวแปรตาม คือ อาการปวด อัตราเด่นชัด และความดันโลหิต

## 1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดโดยใช้สுவคนบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูก โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่เข้ารับการรักษากระดูกหัก ด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูก ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

## 1.7 คำนิยามศัพท์

1. **อาการปวดหลังผ่าตัดผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูก** หมายถึง อาการตอบสนองของบุคคลต่อการที่เนื้อเยื่อได้รับอันตรายและร่างกายตอบสนองผ่านระบบซิมพาเทติก ระบบกล้ามเนื้อ และระบบตอบสนองต่อจิตใจ บุคคลสามารถบอกถึงความปวดที่เกิดขึ้นได้ โดยให้ผู้ป่วยรายงานความรู้สึกปวดโดยใช้แบบประเมินระดับความปวดชนิดตัวเลขตั้งแต่ 0 – 10 (Numeric Rating Scale) โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด 10 หมายถึง มีอาการปวดมาก ประเมินระดับความปวดในระยะ 8 – 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

2. **ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูก** หมายถึง ผู้ป่วยกระดูกหักที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดจัดและยึดตรึงกระดูกภายใน โดยใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น แผ่นโลหะ และสกรูชนิดต่าง ๆ ในระยะ 8 – 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดจัดและยึดตรึงกระดูกเพื่อให้กระดูกติดประสานแนบสนิทใกล้เคียงสภาพเดิม มีความแข็งแรง และกลับมาใช้งานได้ตามเดิม

3. **สுவคนบำบัด** หมายถึง การนำกลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยมาใช้ในการบำบัดอาการปวด จากการศึกษาผู้วิจัยได้นำกลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ที่มีคุณสมบัติในการลดปวดมาร่วมใช้ในกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งเป็นการพยาบาลแบบผสมผสานในการลดอาการปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งเมื่อสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์กลิ่นจะเข้าไปกระตุ้นสมองส่วนลิมบิก ทำให้ปล่อยสารแห่งความสุข (Endorphine) ช่วยทำให้ผ่อนคลายและลดความปวดลง

4. **ดนตรีบำบัด** หมายถึง ดนตรีที่ผู้วิจัยได้คัดเลือกมาใช้เป็นกิจกรรมเสริมในการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับอาการปวด ระยะ 8 – 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ลักษณะของดนตรีเป็นดนตรีชนิดบรรเลงเสียงธรรมชาติ เช่น เสียงน้ำตก เสียงนกร้อง ซึ่งดนตรีเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยบรรเทาอาการปวดอาการปวดหลังผ่าตัดโดยอาศัยเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ ไปจากสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นให้เกิดความปวด ซึ่งจะใช้เวลาในการฟังดนตรีอย่างน้อย 30 นาที

**5. โปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด** หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลจัดให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูก ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างตามแนวคิดหลักการจัดการอาการ (Symptom management) ของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการค้นคว้าและรวบรวมวรรณกรรมต่าง ๆ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ 1) การประเมินประสบการณ์อาการปวด 2) การให้ข้อมูลความรู้ 3) กลวิธีในการจัดการกับอาการปวดหลังการผ่าตัด 4) การประเมินผลการจัดการอาการปวด โดยมีรายละเอียดดังนี้ การประเมินประสบการณ์อาการปวดของผู้ป่วย จากนั้นให้ข้อมูลความรู้ ในเรื่องของการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูก แล้วต่อกับกลวิธีในการจัดการกับอาการปวดหลังการผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยให้ผู้ป่วยสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ประมาณ 10 นาที จากนั้นจัดให้ผู้ป่วยฟังดนตรีบรรเลงชนิดเสียงธรรมชาติ โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติ 3 ครั้งต่อวัน ระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง ในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการใช้สுவคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัดนั้นผู้วิจัยดูแลสิ่งแวดล้อมและจัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย เพื่อส่งเสริมการบรรเทาปวดหลังการผ่าตัด หลังจากนั้นประเมินอาการปวด โดยใช้แบบประเมินความปวด

**6. การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการ โดยการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักและเข้ารับการผ่าตัดในแต่ละวันตามปกติทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งสังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งประกอบไปด้วย การเตรียมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลคำแนะนำ การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ การให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ การดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ การดูแลบาดแผลภาวะแทรกซ้อนและตลอดจนการประเมินสัญญาณชีพ