

การพัฒนารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลแบบทางร่วมรักษาเพื่อลดปวดและ  
วิตกกังวลโดยอาศัยสื่อเสียงทางภูมิปัญญาไทย<sup>1</sup>



ผลงานอาจารย์

# การพัฒนารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลแบบทางร่วมรักษาเพื่อลดปวดและวิตกกังวลโดยอาศัยสื่อเสียงทางภูมิปัญญาไทย'



100 ประณีต ส่งวัฒนา<sup>2</sup> 200 อุทัยวรรณ พุทธรัตน์<sup>3</sup> 300 ณัฐพงศ์ โสวัตร์<sup>4</sup>

## บทคัดย่อ

ผลงานอาจารย์

๗๒๐ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายและกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลด้วยสื่อเสียงทางภูมิปัญญา ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายและวิเคราะห์ประเภท องค์ประกอบและแนวคิดของสื่อเสียงและดนตรีที่เป็นของไทยที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษา ระยะที่ 2 เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้สื่อเสียงและดนตรีที่เป็นของไทย ที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษาในผู้ให้บริการที่มีความปวด และความวิตกกังวล โดยการเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ดนตรีในการบำบัดรักษา และระยะที่ 3 เพื่อพัฒนาสื่อและรูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลแบบทางร่วมรักษาในการนำสื่อเสียงและดนตรีที่เป็นของไทยมาใช้ในทางคลินิกและชุมชน ได้ผลการศึกษาดังนี้

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับดนตรีมีประวัติศาสตร์ที่น่าสนใจ และสามารถนำมาใช้เพื่อการบำบัดมีหลายประเภทขึ้นกับวัตถุประสงค์ในการใช้ แต่ต้องเป็นดนตรีที่มีคุณสมบัติเฉพาะ เช่นนำไปใช้เพื่อการผ่อนคลายจะต้องเป็นดนตรีบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้องประกอบ ในจังหวะและความเร็วประมาณ 60-80 ครั้งต่อนาที ซึ่งพบว่าการสัมมนาสื่อเสียงจากการศึกษานี้ได้คัดเลือกชุดดนตรีที่สามารถนำมาใช้ทั้งหมด 4 กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย 9 ชุด

2. ผลการนำชุดดนตรีที่ผ่านการคัดเลือกแล้ว ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีความปวดและความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัด จำนวน 35 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังดนตรีตามความต้องการของผู้ป่วยจำนวน 15 ราย โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฟังดนตรี จำนวน 20 ราย พบว่า การฟังดนตรีช่วยในการลดความปวด ลดความวิตกกังวล ลดปริมาณยาาระงับปวดที่ได้รับ และสัญญาณชีพทั้งก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3 สื่อและรูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการฟังดนตรีได้รับการพัฒนาขึ้น ได้แก่ ชุดสื่อเสียงเพื่อลดปวดและการผ่อนคลาย คู่มือและแนวทางการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัด รวมทั้งเผยแพร่กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปประยุกต์ใช้

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า เสียงดนตรีของไทยสามารถนำมาใช้ในการลดอาการปวดและวิตกกังวลได้ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเลือกดนตรีที่ชอบมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา ซึ่งพยาบาลควรนำมาใช้โดยอาศัยรูปแบบการผสมผสานที่เหมาะสม

<sup>1</sup> 5๖๖ ไร่ อื่น พงศัทธา ๒๕๖๑  
โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนวิจัยประมาณแผ่นดิน ประจำปี พ.ศ. 2545-2546

<sup>2</sup> ๗1๐  
รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>4</sup> อาจารย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์ กรมศิลปากร กรุงเทพมหานคร

# Development a model of nursing therapeutic for complementary therapy in reducing pain and anxiety through Thai local wisdom of voice and sound

Praneed Songwathana, Uthaiwan Puttharat and Nuttapong Sowat

## Abstract

The main purpose of this quasi experimental and descriptive research is to develop a nursing therapeutic model by using Thai local wisdom and sound. There were three phases of study which aimed to: 1) describe and discuss the type, component and concept of Thai local sound and music which could be applied to use for therapy. 2) examine the effect of listening to contemporary Thai music on pain and anxiety in perioperative period 3) develop a manual and model of nursing therapeutic for complementary therapy in a clinical and community setting. The results were as follows:

1. Music has its own history. The therapeutic effect of music is depended upon a purposive use. However, music for therapeutic effect must have the specific characteristics. Music for relaxation in particular must be a soft, soothing music, non-lyric and 60-80 beats per minute tempo, uniform melody with minimum percussion. The nine packages of Thai music were selected and developed from a seminar in the first phase of study.

2. Selected Thai music was tested for reducing pain and anxiety in perioperative period using quai-experimental design. Thirty five surgical patients were purposively selected and assigned to participate in the study. Fifteen of them were assigned to listen to Thai contemporary music as an experiment group while twenty of them were assigned in control group who received no music. Level of pain, anxiety, use of medication and vital sign were collected. The results showed that an experiment group had lower pain, anxiety, vital signs, and medication use than control group.

3. The manual and Thai music package developed were distribute to nursing staff and other health care professional for further application in the clinic and community.

The results provide important intervention for reducing pain and anxiety in perioperative period as a complementary therapy, so that the staff could apply for enhancing better care.

## ความสำคัญ ที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า สื่อเสียงและดนตรีบางประเภทมีอิทธิพลต่อสุขภาพ และถูกนำมาใช้ในสถานที่ต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน สถานที่ทำงาน และสถานบำบัดทางจิตอาารมณ์ โดยมีวัตถุประสงค์ต่าง ๆ เช่น ลดภาวะเครียด ลดความดันโลหิต ลดความปวด กระตุ้นการเรียนรู้ เพิ่มการเคลื่อนไหว และพัฒนาร่างกาย จิตใจ ให้มีความสมดุลย์ อย่างไรก็ตาม สื่อเสียงและดนตรีที่นำมาใช้ส่วนใหญ่พัฒนามาจากดนตรีตะวันตก ซึ่งอาจมีความเหมาะสมต่อผู้ฟังหรือการบำบัดในบริบทของสังคมวัฒนธรรมหนึ่ง ๆ ตามความหลากหลายของวัฒนธรรมผู้ฟัง และความนิยมชมชอบในเสียงดนตรีประเภทต่าง ๆ ผู้ศึกษาเชื่อว่า ดนตรีตะวันออกหรือดนตรีพื้นบ้านที่เป็นของไทยหรือเสียงประเภทต่าง ๆ อันได้แก่ เสียงเพลงกล่อมเด็ก เสียงธรรมชาติ เสียงสวดมนต์ เป็นต้น ที่มีประวัติและวิวัฒนาการมาช้านาน ตามระบบความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมของผู้ฟังในสังคมไทย น่าจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพและการบำบัดรักษา ทั้งนี้เพื่อเป็นการนำภูมิปัญญาที่มีอยู่มาใช้เป็นประโยชน์อย่างเต็มที่ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีอยู่พบว่า ยังขาดการรวบรวมแนวคิด เนื้อหาและองค์ความรู้ในเรื่องนี้ เพื่อนำมาใช้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและการบำบัดผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ดังที่มีการศึกษาในต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสื่อเสียงและดนตรีบำบัด พบว่า ดนตรีช่วยให้จิตใจสว่าง สงบลงได้ กระตุ้นให้เกิดความหวัง ลดความวิตกกังวล ความเศร้า (Hooper, 1991) และใช้เบี่ยงเบนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคจิต (เสาวนีย์, 2537; มนสภรณ์, 2542) ดนตรีที่มีท่วงทำนองเศร้า ๆ เรียบ ๆ ช่วยลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าดนตรีสนุกสนาน (Hicks, 1992) ดนตรีที่มีจังหวะเร่งเร็ว จะช่วยเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ลดอาการเฉยชา ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะในเด็กพิการทั้งร่างกายและจิตใจ ช่วยฝึกคนตาบอด หูหนวก ได้เป็นอย่างดี (พระราชนิพนธ์ในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2535) ดนตรีเสียงต่ำและมีจังหวะประมาณ 60 ครั้งต่อนาที ก่อให้เกิดความรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย ซึ่งพบว่าใช้ได้ดีในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด (Moss, 1988) นอกจากนี้ยังเชื่อว่าดนตรีสามารถเปลี่ยนแปลงอารมณ์ได้ ทั้งในขณะที่รู้สึกตัว และไม่รู้สึกตัว โดยในขณะที่รู้สึกตัวดนตรีจะปรับอารมณ์ที่ระดับสมองส่วนคอร์ติซอล (cortisol) โดยไปกระตุ้นความคิดฝัน (imagination) และสติปัญญา (intellect) และในขณะที่ไม่รู้สึกตัวดนตรีจะปรับอารมณ์ โดยกระตุ้นให้มีการตอบสนองอย่างอัตโนมัติที่ระดับสมองส่วนทาลามัส (thalamus) ซึ่งสมองส่วนทาลามัส เป็นศูนย์ใหญ่ในการถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้สึก ไปสู่ซีกสมองซีกซ้าย (cerebral hemisphere) (Cook, 1981) และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต อัตราการหายใจ จังหวะการเต้นของหัวใจ (Alvin, 1966 ; Cook, 1981) โดยการใช้ดนตรีประเภทผ่อนคลาย ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจได้ (White, 1992; Cunningham, Monson & Bookbinder, 1997) รวมทั้งดนตรียังช่วยรักษาปัญหาทางสุขภาพได้

เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไมเกรน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ (Henry, 1995) และ ช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้อย่างดี (Ezzone, Baker, Roselet & Terepka, 1998) นอกจากนี้ จากการศึกษาในวัยรุ่นที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ พบว่า ดนตรีช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นในตัวเอง และความตระหนักในคุณค่าของตนเอง (Clendenon-Wallen, 1993 อ้างตาม ดรธรณี, 2539)

### ดนตรีบำบัดกับความปวดและการผ่อนคลาย

ดนตรี มีคุณสมบัติก่อให้เกิดความสงบ การผ่อนคลายและสามารถเบี่ยงเบนความสนใจได้ ซึ่งการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยดนตรี สามารถบรรเทาความปวดได้ดีเท่ากับหรือดีกว่ายาบรรเทาปวด การฟังดนตรีช่วยลดความปวดได้ ดังนี้ (Lane, 1992)

1. การฟังดนตรีกระตุ้นให้วิถีประสาทของสมองมีการตื่นตัว มีผลให้การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดลดลง การส่งผ่านความรู้สึกปวดลดลงด้วย
2. ดนตรีสามารถปลุกเร้าอารมณ์ และเป็นผลให้ต่อมใต้สมองหลั่งสารเอนโดρφิน ซึ่งเป็นสารที่มีคุณสมบัติคล้ายฝิ่น จึงสามารถลดความปวดลงได้
3. ดนตรีสามารถลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะการฟังที่ปิดกั้นเสียงรบกวนภายนอก ส่งผลให้ลดความปวด ซึ่งเป็นการตัดวงจรความกลัว-ความตึงเครียด-ความปวด
4. ดนตรีทำให้รับรู้ถึงความเจ็บปวด ผู้ฟังดนตรีจะมีกำลังใจในการเผชิญกับความปวด นอกจากนี้ดนตรียังมีผลให้ระดับกันความปวดสูงขึ้น และมีความทนต่อความปวดมากขึ้น (Cennisgham, Monson & Book binder, 1997: 677) ดนตรีได้ถูกนำมาใช้เพื่อการผ่อนคลาย และลดความปวดครั้งแรกเมื่อสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 (Beverly & Nahama, 1992) เพื่อช่วยฟื้นฟูทหารบาดเจ็บจากสงคราม หลังจากนั้นมีการศึกษาวิจัยมากมายที่สนับสนุนว่าดนตรีมีผลลดปวดได้ ดังนี้

จากการศึกษาของต่างประเทศ พบว่า ดนตรีคลาสสิกสามารถลดความวิตกกังวลและความกลัวอันเป็นวงจรของความปวด และดนตรีที่สงบ ผ่อนคลายจะช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และลดความปวดได้ (Bailey, 1985) และได้ถูกนำมาทดลองใช้ในผู้ป่วยหลายประเภท เช่น ลดปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (Zimmerman et al., 1989; Beck, 1991) ลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยการลดขนาดของยาแก้ปวด (Losin, 1981 อ้างตามบำเพ็ญจิต, 2528) ลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูก (Mullooly, Levin & Feldman, 1988 Cited in Cunningham, Monson & Bookbinder, 1997) ลดปวดในผู้ป่วยระยะคลอด (Honser, 1981 อ้างตามดรธรณี, 2539) ลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั่วไปในห้องพักฟื้น โดยการลดความต้องการของยาบรรเทาปวด (Heitz et al., 1992 Cited in Henry, 1995) ลดความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พักรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

(Updike, 1990 Cited in Henry, 1995) หรือลดปวดในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Schorr, 1993)

ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบผลที่เหมือนกันกับการศึกษาในต่างประเทศ คือ ช่วยลดปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครั้งแรก (ดรรชนี, 2539) ลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ โดยลดจำนวนครั้งของการใช้ยาลงด้วย (บำเพ็ญจิต, 2528) และลดปวดหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขา (ดวงดาว ประณีต สุตศิริ และสุนทร, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าดนตรีช่วยลดปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (โสมนภา, 2536) และลดปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (วัลลภา, 2536) จากการศึกษาวิจัยดังกล่าว สามารถยืนยันหรือสรุปได้ว่าดนตรีสามารถนำมาบำบัดเพื่อลดปวดทั้งปวดแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังได้ผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม พบว่าประเภทของดนตรีที่นำมาใช้ส่วนใหญ่เป็นดนตรีตะวันตก

### ดนตรีกับการนอนไม่หลับ

ดนตรีสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมการนอนหลับในบุคคลกลุ่มต่างๆ โดยมีมอร์นฮินเวก และ วอิกเนียร์ (Mornhinweg & Voignier, 1995) ศึกษาผลของดนตรีต่อการนอนหลับแปรปรวนของผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 25 ราย โดยใช้ดนตรีที่มีความเร็วจังหวะช้ากว่าอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 70 ครั้งต่อนาที กลุ่มตัวอย่างได้รับเทปดนตรีไปฟังที่บ้านในเวลาก่อนนอนและหลังตื่นระหว่างการนอน หลังตื่นนอน โดยใช้แบบบันทึกการนอนหลับ (sleep log) ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 96 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่า ดนตรีสามารถเพิ่มการนอนหลับโดยทำให้หลับได้ง่ายขึ้นทั้งก่อนนอนและเมื่อตื่นระหว่างหลับ นอนหลับได้นานขึ้นในตอนเช้า และทำให้ปัญหาการนอนหลับลดลง สัมพันธ์กับการศึกษาของจอห์นสัน (Johnson, 2003) ที่พบว่า การฟังดนตรีสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีระยะเวลาในการเข้าสู่การนอนหลับลดลง จำนวนครั้งของการตื่นระหว่างหลับลดลงและความพึงพอใจในการนอนหลับเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของดนตรีคาร์เนติก (Kamatic) 2 ชนิด ต่อการนอนหลับ ในผู้ชายสุขภาพดี 8 ราย โดยให้ฟังดนตรีในเวลา 1 ชั่วโมงและอีก 30 นาทีหลังปิดไฟ ประเมินการนอนหลับ โดยใช้เครื่องโพลีโซมโนกราฟี (Polysomnography) พบว่า การนอนหลับของทั้ง 2 กลุ่ม (ที่ฟังดนตรีต่างชนิดกัน) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ประสิทธิภาพการนอนหลับ (sleep efficiency) จากการดนตรีทั้ง 2 ชุดเท่ากับ 78.84 และ 82.19% กลุ่มตัวอย่างรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอน คะแนนคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับดี (Gitanjali, 1998) นอกจากนี้มีการศึกษาผลของการชักนำการนอนหลับต่อการเข้าสู่การนอนหลับระหว่างการใช้ดนตรีที่ชักนำและดนตรีที่ต้านการนอนหลับ โดยศึกษาในนักศึกษา 110 ราย ที่มีความตั้งใจจะหลับและไม่ได้ตั้งใจจะหลับ ให้ฟังเทปดนตรีที่เริ่มด้วยการพูดชักนำให้เข้าสู่การนอนหลับซึ่งมี 2 ชุด เทปชุดแรกจะแนะนำให้เข้าสู่การนอนหลับอย่างรวดเร็วเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่ง

เป็นดนตรีประเภทที่ชักนำให้ผ่อนคลาย (low load) ส่วนชุดที่ 2 แนะนำให้เข้าสู่การผ่อนคลายเมื่อต้องการจะหลับ ซึ่งเป็นดนตรีที่ด้านการผ่อนคลาย (high load) ความยาว 90 นาที ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังฟังดนตรีชักนำให้ผ่อนคลายชุดแรก กลุ่มที่ตั้งใจจะหลับอย่างรวดเร็วจะหลับได้อย่างรวดเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ตั้งใจจะหลับอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าภายหลังฟังดนตรีด้านการผ่อนคลาย กลุ่มที่ตั้งใจจะหลับอย่างรวดเร็วจะหลับได้ช้ากว่ากลุ่มที่ไม่ตั้งใจจะหลับที่ฟังดนตรีแบบเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ (Ansfield, Wegner & Bowser, 1996) อย่างไรก็ตามในการศึกษาเรื่องผลของดนตรีต่อการผ่อนคลาย ยังต้องการการวัดทั้งทางกายภาพ สรีรวิทยาและคุณภาพการผ่อนคลายในเชิงจิตวิทยาด้วย

จากผลของดนตรีดังกล่าวจะเห็นว่าให้ผลทางบวกมากกว่าทางลบหลายประการ แต่ยังคงพบว่าการนำไปใช้และผลที่เกิดขึ้นมีหลายระดับและยังมีความไม่ชัดเจนในหลายประเด็น เช่น รูปแบบการใช้ ระยะเวลาที่ต้องการใช้ ประเภทของดนตรีที่เฉพาะต่อการลดความปวด การผ่อนคลายหรือช่วยการนอนหลับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบในการนำบำบัดอาการที่พบบ่อยดังกล่าวด้วยสื่อเสียงและดนตรี

#### วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

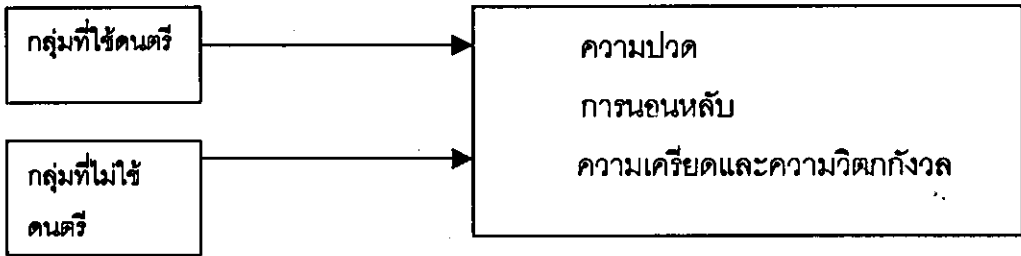
1. เพื่อศึกษาประเภทองค์ประกอบและแนวคิดของสื่อเสียงและดนตรีที่เป็นของไทยที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษา
2. เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้สื่อเสียงและดนตรีที่เป็นของไทยที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษาในผู้ใช้บริการที่มีความปวด ปัญหาการนอนหลับและความเครียดทางอารมณ์หรือความวิตกกังวล โดยการเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ดนตรีในการบำบัดรักษา
3. เพื่อพัฒนาสื่อและรูปแบบการนำบำบัดทางการพยาบาลแบบทางร่วมรักษาในการนำสื่อเสียงและดนตรีที่เป็นของไทยมาใช้ในทางคลินิกและชุมชน

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. มีสื่อเสียงต่างๆ ที่เป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการนำสื่อเสียงและดนตรีที่เป็นของไทยมาใช้ในทางคลินิกและชุมชน
2. มีรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นการส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาลและเห็นคุณค่าของการนำสื่อเสียงและดนตรีที่เป็นของไทยมาใช้ร่วมกับการรักษาของแพทย์
3. เป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้ใช้บริการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ ตามระดับปัญหาและความรุนแรงที่พบ

## ทฤษฎีและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการดูแลที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ โดยอาศัยสื่อเสียงและดนตรีประเภทต่างๆ มาประกอบร่วมนำบำบัดและแก้ไข ปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยดังนี้



## วิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาและกึ่งทดลอง โดยสำรวจประเภทสื่อเสียงและดนตรีที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัดและผลของการนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในระดับต่างๆ รวมทั้งพัฒนาเป็นรูปแบบในการบำบัดทางการพยาบาลที่เป็นรูปธรรมในทางคลินิกและชุมชน ในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมภาคใต้

## ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดสงขลา และนครศรีธรรมราช จำนวน 85 คน เป็นวัยผู้ใหญ่ โดยเลือกในสถานบริการแต่ละแห่ง เพื่อสำรวจถึงการให้ความสำคัญของเสียงและดนตรี ประเภทของเสียงและดนตรีที่ชอบ รวมทั้งความต้องการในการใช้แนวทางการบำบัดแบบทางเลือกในการดูแลสุขภาพ และเลือกผู้ที่อาสาสมัครในการเข้าร่วมโครงการในช่วงที่ทำการทดลองผลของการใช้สื่อเสียงและดนตรีในการบำบัดอาการต่างๆตามปัญหาที่พบ ได้แก่ ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดที่มีความวิตกกังวลหรืออาการปวด ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ เป็นต้น โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

- กลุ่มที่มีความปวดและความวิตกกังวล เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง คือ ปวด วิตกกังวล ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มที่มีปัญหาการนอนหลับ เป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

- เป็นผู้ที่ชอบฟังดนตรี และไม่มีปัญหาในการได้ยิน

- เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1.1 แบบประเมินความวิตกกังวลและความปวด (visual analogue scale) และการใช้ยาระงับปวด
- 1.2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับและการผ่อนคลายรวมทั้งการใช้ยานอนหลับ
- 1.3 แบบประเมินสัญญาณชีพและข้อมูลทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย เครื่องเล่นเทป ชนิดปรับความดังของเสียงได้ และหยุดเทปได้เองอัตโนมัติ พร้อมแบตเตอรี่และหูฟัง และตลับเทปดนตรีประเภทต่างๆที่ผ่านการคัดเลือกดังกล่าวแล้ว ที่มีความยาวต่อเนื่องในเวลา 60 นาทีในแต่ละตลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ

**ระยะที่ 1 เตรียมเครื่องมือและความเข้าใจในเรื่องดนตรีเพื่อการบำบัด**

ผู้วิจัยจัดสัมมนาผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อเสียงและดนตรีของไทยเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพขึ้น ภายหลังจากได้มีการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้มีความเข้าใจชัดเจนในองค์ความรู้ แนวคิด ประเภท และองค์ประกอบของสื่อเสียงและดนตรี รวมทั้งการรวบรวมและคัดเลือกสื่อเสียงประเภทต่างๆ ที่สามารถนำไปใช้ได้ ผลการสัมมนาดังสรุปในเอกสารหมายเลข 1

**ระยะที่ 2 ทดลองใช้เครื่องมือ**

นำเครื่องมือซึ่งเป็นสื่อเสียงที่สร้างขึ้น ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้บริการ ในโรงพยาบาล และสถานบริการที่สามารถให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดในกลุ่มที่มีความปวด หรือความวิตกกังวลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 45 ราย และกลุ่มที่มีปัญหาการนอนหลับที่เป็นวัยสูงอายุจำนวน 50 ราย โดยผู้วิจัยได้แยกการศึกษาในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งในที่นี้จะรายงานเฉพาะกลุ่มที่มีความปวด หรือความวิตกกังวลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม (ส่วนอีกกลุ่มดูในเอกสารหมายเลข 2)

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและควบคุม ผู้วิจัยจัดให้ 20 ราย แรกเป็นกลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่ได้รับการฟังดนตรี) และ 15 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับการฟังดนตรี) เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้สื่อเสียงและดนตรีในการบำบัดกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ดนตรี ในโครงการวิจัยครั้งนี้ จะควบคุมตัวแปรที่อาจมีผลต่อการวัดในทั้งสองกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด เช่น ความวิตกกังวลแฝง การใช้ยาระงับปวด การใช้อานอนหลับประเภทเดียวกันและไม่เกินมาตรฐานกำหนด เป็นต้น

ในการนี้จะให้ผู้ป่วยเลือกสื่อเสียงที่ต้องการฟังตามความชอบและบันทึกการฟังและผลที่เกิดขึ้นในแผนบันทึกการฟังของแต่ละครั้งทุกวัน หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการบันทึก ผู้ช่วยวิจัยและญาติจะเป็นผู้บันทึกแทน โดยจัดให้ฟังดนตรีทุกวัน อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ในแต่ละรายมาวิเคราะห์

**ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลโดยอาศัยสื่อเสียงและดนตรีที่ผ่านการทดลองแล้ว เพื่อการขยายผล โดยดำเนินการดังนี้**

3.1 พัฒนาสื่อเสียงในรูปแบบจากผลการศึกษาที่ได้ระยะที่ 2 ประกอบเป็นชุดสื่อเสียงในการบำบัดอาการปวด ความวิตกกังวล และช่วยในการนอนหลับ และจัดทำคู่มือการนำสื่อเสียงไปใช้สำหรับบุคลากรในการนำไปใช้ในทางคลินิกหรือชุมชน

3.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดการใช้สื่อเสียงให้กับบุคลากรในคลินิกและชุมชน เป็นการพัฒนาศักยภาพในระดับปฏิบัติการให้สามารถนำสื่อเสียงไปบำบัดอาการต่างๆ ตามความเหมาะสม รวมทั้งแจกสื่อเสียงและคู่มือดังกล่าวเพื่อนำไปใช้ต่อ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ (ระยะที่ 2) ใช้การวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีการทางสถิติ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นคู่ (ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฟังดนตรีและไม่ได้มีการฟังดนตรี) ของตัวแปรตามที่ได้ศึกษา ได้แก่ ระดับความปวด ระดับความวิตกกังวล ปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวด สัญญาณชีพ เป็นต้น โดยใช้สถิติที่อิสระ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และกระบวนการพัฒนารูปแบบในการนำไปใช้ (ระยะที่ 1 และ 3) ได้ใช้หลักและวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ

#### **ผลการศึกษาวิจัย**

**ระยะที่ 1 ประเภท องค์ประกอบและแนวคิดของสื่อเสียงและดนตรีที่เป็นของไทยที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษา**

การเลือกดนตรีที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญมากเพื่อให้ถึงระดับของการบำบัด ดนตรีส่วนใหญ่ไม่ได้ประพันธ์ขึ้นมาเพื่อการผ่อนคลายและบำบัดรักษา บุคคลแต่ละคนจะมีเหตุการณ์ชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับดนตรีที่ชอบและไม่ชอบ ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้และการตอบสนอง ดังนั้นจึงต้องเลือกดนตรีให้เหมาะสมกับแต่ละคนให้มากที่สุด ซึ่งโดยทั่วไปจะทำได้ยาก เพราะไม่มีดนตรีชนิดใดที่ดีที่สุดสำหรับทุกคนในทุกสถานการณ์ ดนตรีที่ช่วยให้คนหนึ่งผ่อนคลายและมีสมาธิอาจจะรู้สึกน่า

ำคัญและรบกวนสำหรับอีกคนได้ ดังนั้นการวิเคราะห์และคัดเลือกสื่อเสียงทางภูมิปัญญาไทยที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้เพื่อบำบัดทางสุขภาพ เป็นขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญ ผลจากการสัมมนาผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อเสียงของไทย สรุปได้ว่าควรมีหลักการดังนี้

1. กลุ่มดนตรีพื้นเมือง เช่น หนังตะลุง มโนห์รา ลีเกตุสุ ควรนำมาใช้ทั้งเรื่องหรือทั้งตอน ให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกติดตามเรื่องราวจนลืมความเจ็บปวด ควรเลือกเรื่องที่ปลุกใจ และมีจินตนาการในอารมณ์ให้ความรู้สึกสุขสบาย มีคติ ปรัชญา หรือคำสั่งสอนต่าง ๆ
2. สื่อเสียงที่เป็นสากล เช่น ดนตรีไทยเดิมหรือดนตรีไทยประยุกต์สามารถฟังได้ทั่วไป
3. เกณฑ์ในการนำสื่อเสียงไปใช้ได้อย่างเหมาะสม จำเป็นต้องพิจารณาถึงประเด็นต่างๆดังนี้
  - 3.1 ความชอบหรือความสนใจของผู้ฟัง โดยต้องประเมินและเข้าใจความต้องการของผู้ฟัง ว่าสื่อเสียงชนิดใดที่มีความเหมาะสม เช่น ต้องการฟัง หนังตะลุง เพลงไทย มโนห์รา ฯลฯ
  - 3.2 ชนิดของสื่อเสียง ต้องเลือกให้สอดคล้องกับอารมณ์ เช่น ต้องการให้อารมณ์สุขสบาย ถ้าฟังหนังตะลุงควรใช้เรื่องที่ปลุกใจมีจินตนาการให้สุขสบาย ผู้ฟังก็จะรู้สึกมีความสุข
  - 3.3 ช่วงเวลาในการฟัง การฟังอาจให้ฟังก่อนนอน อาจเป็นเรื่องราวคล้ายฟังนิทานก่อนนอน ช่วยให้หลับง่าย เช่น บทสั่งสอน มีคติ ปรัชญา
  - 3.4 วัฒนธรรมของการฟัง ได้แก่ บุคคล เวลา สถานที่
  - 3.5 วัตถุประสงค์ของสื่อเสียงที่จะนำไปใช้ เช่น การใช้ที่เกี่ยวข้องกับพิธีกรรม หรือการแก้บน (มโนห์รา หนังตะลุง) สามารถช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณได้
  - 3.6 ความเชื่อและศรัทธาของผู้ฟัง โดยปกติ เสียงดนตรีเป็นสิ่งที่อยู่ในวิถีชีวิตของมนุษย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อและศรัทธาของแต่ละคน ความเชื่อเป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพิธีกรรมค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นวิถีชีวิตชาวบ้าน ความเชื่อนี้จะนำมาให้มีการเยียวยาตนเอง เช่นเดียวกันกับการนำมาใช้กับผู้ป่วย ซึ่งผู้เยียวยาต้องรู้ซึ่งถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วยว่า สิ่งไหนที่ทำแล้วให้เขารู้สึกมีความสุข ก็ควรสอดแทรกเข้าไป จึงควรรู้ว่าสื่อเสียงประเภทไหน เหมาะกับคนกลุ่มใด ให้เป็นไปตามความเชื่อและศรัทธานั้นๆ

ผลการสัมมนา ได้คัดเลือกสื่อเสียงและดนตรีต่างๆเพื่อนำไปทดลองใช้ มีดังนี้ 1) ดนตรีบรรเลงเพลงไทยสากล จำนวน 3 ชุด ได้แก่ ชุดวงใหม่ไทย ชุดไทยลูกทุ่งและลูกกรุง ชุดเพลงไทยตามสมัยนิยม 2) ดนตรีบรรเลงเครื่องสายไทย จำนวน 1 ชุด คือ ชุดเพ็ญเพลงระนาดเอก 3) ดนตรีบรรเลงร่วมกับเสียงธรรมชาติ จำนวน 3 ชุด ได้แก่ ชุด เนรัญชรา ลุ่มน้ำเจ้าพระยา และชุดเปียโนโนสวน 4) ดนตรีบรรเลงเพลงพื้นบ้าน จำนวน 2 ชุด ได้แก่ ชุดดนตรีบรรเลงหนังตะลุง และชุดมัสยา

ระยะที่ 2 ผลของการประยุกต์ใช้สื่อเสียงและดนตรีที่เป็นของไทยที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษาในผู้ให้บริการที่มีความปวด ปัญหาการนอนหลับและความวิตกกังวล โดยการเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ดนตรีในการบำบัดรักษา

ผลการพัฒนาสื่อและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 80 ราย ซึ่งกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามปัญหาเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีปัญหานอนไม่หลับ จำนวน 40 ราย และกลุ่มที่มีความวิตกกังวลและความปวดก่อนและหลังผ่าตัด จำนวน 40 ราย โดยในแต่ละกลุ่มของปัญหาดังกล่าว ให้จัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความปวด ความวิตกกังวล และการนอนหลับ

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดและความวิตกกังวล ที่เข้าร่วมทั้งหมด 35 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชาย ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จบการศึกษาในระดับประถมและมัธยมศึกษาที่มีการประกอบอาชีพได้อาชีพหนึ่ง ยกเว้นในกลุ่มควบคุมที่พบว่ามียาชีพแม่บ้าน ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ได้รับการผ่าตัดมาก่อน และในการเจ็บป่วยครั้งนี้ เป็นโรคที่เกี่ยวกับการอักเสบติดเชื้อและโรคกระดูกและข้อเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ดังแสดงในตาราง 1

ข้อมูลด้านประสบการณ์และความชอบในการฟังดนตรี พบว่า ประเภทของเพลงที่ชอบมีความหลากหลาย โดยเฉพาะเพลงประเภทลูกทุ่งและตามสมัยนิยม และชอบเพลงที่มีเนื้อร้องประกอบมากกว่าบรรเลงอย่างเดียว ส่วนใหญ่ชอบฟังเพลงเมื่อเวลาพักผ่อน หรือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และมีโอกาสในการฟังเพลงบ่อย จึงให้ความสำคัญกับดนตรีในระดับปานกลางถึงมากเป็นส่วนใหญ่ เมื่อสอบถามถึงประเภทของดนตรีที่ต้องการฟังขณะอยู่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ต้องการฟังประเภทเพลงลูกทุ่งและสมัยนิยม ยกเว้นเพลงสากลที่ไม่มีใครต้องการฟังเลย โดยพบว่าประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นหลังฟังดนตรี ส่วนใหญ่ให้ผลทางบวกมากกว่าทางลบ นั่นคือ มีความรู้สึกวิตกกังวลหรือเครียดลดลง และช่วยการนอนหลับได้บ้าง ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่มีความปวดและวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัด			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	N (15)	%	N (20)	%
เพศ				
ชาย	12	80	10	50
หญิง	3	20	10	50
อายุ				
15-30 ปี	7	46.6	3	15
30-60 ปี	7	46.6	8	40
>60 ปี	1	6.6	9	45
ศาสนา				
พุทธ	13	86.6	19	95
อิสลาม	2	13.3	1	5
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	6.6	3	15
ประถมศึกษา	6	40	12	60
มัธยมศึกษา	5	33.3	4	20
อุดมศึกษา	3	20	1	5
อาชีพ				
แม่บ้าน	2	13.3	8	40
รับจ้างทั่วไป	3	20	3	15
ทำนาทำสวนค้าขาย	3	20	4	20
รับราชการ/ประกอบธุรกิจ	3	20	1	5
นักเรียนนักศึกษา	4	26.6	4	20
ประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด				
มี	10	66.6	16	80
ไม่มี	5	33.3	4	20
กลุ่มการวินิจฉัยโรคครั้งนี้				
โรคมะเร็ง	1	6.6	2	10
โรคจากการอักเสบติดเชื้อ	4	26.6	12	60

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่มีความปวดและวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัด			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	N (15)	%	N (20)	%
โรคนี้หรือการอุดฟัน	1	6.6	5	25
โรคกระดูกและข้อ	9	60	1	5
ประเภทการผ่าตัดครั้งนี้				
ผ่าตัดช่องปาก	-	-	2	10
ผ่าตัดช่องท้อง	2	13.3	16	80
ผ่าตัดกระดูก	13	86.6	4	20
ประเภทของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ				
ทางไขสันหลัง	1	6.6	3	15
ดมยาสลบ	14	93.3	17	85
ความรู้สึกที่มีก่อนการผ่าตัด				
ความวิตกกังวล	13	86.6	5	25
ความปวด	14	93.3	5	25
ความเครียด	10	66.6	5	25
ความไม่สุขสบาย	12	80	17	85
การนอนไม่หลับ	9	60	19	95

ตาราง 2 ความชอบในการฟังดนตรีในกลุ่มที่มีความปวดและความวิตกกังวล

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	N	%	N	%
ประเภทของเพลง				
เพลงไทยลูกทุ่ง	5	33.3	10	50
เพลงพื้นเมือง	1	6.6	8	40
เพลงไทยสากล	1	6.6	1	5
เพลงสากล	2	13.3	-	-
เพลงตามสมัยนิยม	6	40	1	5
รูปแบบของเพลง				
เพลงที่มีเนื้อร้อง	9	60	11	55
เพลงบรรเลงและมีเนื้อร้อง	6	40	9	45

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	N	%	N	%
สถานการณ์ที่ต้องการฟังเพลง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
เมื่อพักนอน	7	43.75	12	63.15
เมื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน	4	25	7	36.8
เมื่อมีงานรื่นเริง ประเพณี	1	6.25	10	52.63
เมื่อรู้สึกเครียด	2	12.5	-	-
เมื่อมีการเจ็บป่วย	2	12.5	-	-
โอกาสในการฟังเพลง				
ไม่ค่อยมี	1	6.6	9	45
มี	14	93.3	11	55
การให้ระดับความสำคัญของดนตรีในชีวิต				
สำคัญระดับมาก	5	33.3	1	5
สำคัญระดับปานกลาง	9	60	11	55
สำคัญระดับน้อย	1	6.6	8	40
การใช้ดนตรีในการผ่อนคลายทางสุขภาพกายใจ				
เคยใช้	13	86.6	4	20
ไม่เคยใช้	2	13.3	16	80
ดนตรีที่ต้องการฟังขณะอยู่โรงพยาบาล				
เพลงไทยลูกทุ่ง	8	53.3	10	50
เพลงพื้นเมือง	-	-	4	20
เพลงไทยลูกกรุง	1	6.6	4	20
เพลงสากล	-	-	-	-
เพลงไทยตามสมัยนิยม	6	40	2	10

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ความปวด ปริมาณยาบรรเทาปวดที่ได้รับ และสัญญาณชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละวัน โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) พบว่า ในวันก่อนผ่าตัดและวันผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของทุกวันหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า กลุ่ม

ทดลองที่ได้รับการฟังดนตรีมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวในแต่ละวัน โดยใช้สถิติทีอิสระ (pair-t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวในแต่ละวันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละคู่ของการทดสอบ ยกเว้นคู่ของการทดสอบระหว่างวันก่อนผ่าตัดและวันผ่าตัด และระหว่างก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดวันที่ 1 ซึ่งหมายความว่า การฟังดนตรีช่วยในการลดความวิตกกังวลหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลอง แต่ไม่ได้ช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากนักดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในวันก่อนผ่าตัด วันผ่าตัด และหลังผ่าตัด วันที่ หนึ่ง สอง สาม

ข้อมูลความวิตกกังวล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ก่อนผ่าตัด	7.35	2.64	6.00	2.59	1.626	.133
วันผ่าตัด	7.55	2.72	6.46	2.29	1.244	.222
วันแรกหลังผ่าตัด	7.27	2.09	5.06	2.52	2.826	.008**
วันที่สองหลังผ่าตัด	6.50	2.28	4.26	2.15	2.934	.006**
วันที่สามหลังผ่าตัด	6.10	2.44	3.26	2.21	3.525	.001**

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในแต่ละวันของกลุ่มทดลอง-เป็นคู่

ระยะเวลา	mean difference	SD	t	p-value
ก่อนผ่าตัด-วันผ่าตัด	-0.46	2.23	-1.545	.153
ก่อนผ่าตัด-หลังผ่าตัดวันที่ 1	0.94	3.32	1.78	.059
ก่อนผ่าตัด-หลังผ่าตัดวันที่ 2	1.74	3.12	2.908	.047*
ก่อนผ่าตัด-หลังผ่าตัดวันที่ 3	2.74	3.01	2.229	.003*
วันผ่าตัด-หลังผ่าตัดวันที่ 1	1.40	2.16	2.505	.025*
วันผ่าตัด-หลังผ่าตัดวันที่ 2	2.20	2.24	3.800	.002**
วันผ่าตัด-หลังผ่าตัดวันที่ 3	3.20	2.54	4.877	.000**
หลังผ่าตัด 1-หลังผ่าตัดวันที่ 2	.80	1.32	2.347	.034*
หลังผ่าตัด 1-หลังผ่าตัดวันที่ 3	1.80	1.56	4.447	.001**
หลังผ่าตัด 2-หลังผ่าตัดวันที่ 3	1.00	.92	4.183	.001**



2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละวันหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละคู่ของการทดสอบ ซึ่งหมายความว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังดนตรีมีความปวดลดลงไม่มากและไม่ทำให้มีความแตกต่างไปจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฟังดนตรี อย่างไรก็ตาม ความปวดลดลงอย่างต่อเนื่องในทั้งสองกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในวันที่ หนึ่ง สอง สามหลังผ่าตัด

ข้อมูลความปวด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
วันแรกหลังผ่าตัด	7.81	1.59	6.93	2.63	1.143	.266
วันที่สองหลังผ่าตัด	6.12	2.11	6.06	2.33	.320	.751
วันที่สามหลังผ่าตัด	4.97	2.46	4.78	2.69	.219	.828

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบผลการฟังดนตรีในแต่ละครั้งต่อความปวดที่เกิดขึ้นของทุกวัน โดยใช้สถิติทีอิสระเป็นคู่ของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังฟังดนตรีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกครั้งที่ฟังยกเว้นครั้งที่ 3 (ในวันที่ 1) และครั้งที่ 5 (ในวันที่ 2) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบระดับความปวดก่อนและหลังฟังดนตรีในแต่ละครั้งของการฟังในกลุ่มทดลอง

ความปวดในแต่ละระยะเวลา	ก่อนฟัง		หลังฟัง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
หลังผ่าตัดวันที่ 1						
ครั้งที่ 1	7.866	2.893	5.966	2.893	-3.815	.002**
ครั้งที่ 2	7.333	1.988	6.300	2.186	-4.928	.000**
ครั้งที่ 3	6.866	2.166	6.366	2.158	-1.291	.218
หลังผ่าตัดวันที่ 2						
ครั้งที่ 1	5.866	1.767	4.400	2.197	-3.898	.002**
ครั้งที่ 2	5.800	2.007	5.266	1.831	-1.417	.178
ครั้งที่ 3	5.600	1.843	4.800	2.007	-4.000	.001**

ความปวดในแต่ละ ระยะเวลา	ก่อนฟัง		หลังฟัง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
หลังผ่าตัดวันที่ 3						
ครั้งที่ 1	5.000	2.329	3.933	2.313	-6.959	.000**
ครั้งที่ 2	4.666	2.573	3.733	2.313	-6.089	.000**
ครั้งที่ 3	4.066	2.051	3.600	2.640	-2.168	.048*

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณยาบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละวันหลังผ่าตัด จำแนกตามประเภทของยาชนิดและรับประทาน โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณยาบรรเทาปวดประเภทชนิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละวันหลังผ่าตัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด ยกเว้นในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ส่วนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณยาบรรเทาปวดประเภทรับประทานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละวันหลังผ่าตัด พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัดยกเว้นในวันที่ 3 ดังแสดงในตารางที่ 7 และ 8

ตาราง 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณยาบรรเทาปวดที่ได้รับของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในวันที่ หนึ่ง สอง สามหลังผ่าตัด จำแนกตามประเภทของยา

ปริมาณยาบรรเทา ปวดที่ได้รับ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ประเภทยาชนิด						
วันที่ 1	10.00	4.95	10.73	10.84	-.244	.810
วันที่ 2	15.52	10.88	6.66	10.16	2.451	.020
วันที่ 3	10.75	12.55	2.46	4.45	2.730	.011
ประเภทยาเกิน						
วันที่ 1	32.50	145.34	1066.66	883.71	-4.487	.000
วันที่ 2	116.25	310.80	733.33	883.71	-2.587	.019
วันที่ 3	691.25	1333.75	466.66	1060.09	.537	.595

ตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณยาบรรเทาปวดที่ได้รับในแต่ละวันของกลุ่มทดลอง

ความปวดในแต่ละระยะเวลา	mean difference	SD	t	p-value
<b>ประเภทฉ็ด</b>				
วันที่ 1- วันที่ 2	-8.066	11.215	-2.786	.015*
วันที่ 1- วันที่ 3	-4.133	14.495	-1.104	.288
วันที่ 2- วันที่ 3	3.933	7.166	2.126	.052
<b>ประเภทกิน</b>				
วันที่ 1- วันที่ 2	-66.666	258.198	-1.000	.334
วันที่ 1- วันที่ 3	-533.333	1245.945	-1.658	.120
วันที่ 2- วันที่ 3	-466.666	1125.462	-1.606	.131

2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอัตราชีพจร อัตราการหายใจและความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละวันหลังผ่าตัด จำแนกตามประเภทของยาฉ็ดและรับประทาน โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) พบว่า อัตราชีพจร อัตราการหายใจและความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันเฉพาะในวันที่สองและสามหลังผ่าตัด โดยเฉพาะ ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร จะพบว่ามีค่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งพบว่า ความดันโลหิตค่อยๆลดลงในกลุ่มทดลองนับจากวันแรกหลังผ่าตัดและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมาก ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัญญาณชีพของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในวันที่ หนึ่ง สอง สามหลังผ่าตัด

ข้อมูลสัญญาณชีพ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
<b>วันแรกหลังผ่าตัด</b>						
อัตราการหายใจ	21.00	1.21	20.88	1.14	-.175	.862
อัตราการเต้นของหัวใจ	92.90	11.48	82.97	6.99	1.978	.056
ความดันโลหิตซิสโตลิก	123.10	12.70	122.96	12.52	.057	.955
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	77.60	5.56	73.72	8.41	-29.466	.000

ข้อมูลสัญญาณชีพ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
<b>วันที่สองหลังผ่าตัด</b>						
อัตราการหายใจ	20.00	1.42	20.25	0.58	1.917	.362
อัตราการเต้นของหัวใจ	91.70	13.19	84.06	6.99	10.880	.000
ความดันโลหิตซิสโตลิก	125.40	13.88	122.94	13.88	-28.345	.000
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	76.30	6.80	73.55	8.95	5.401	.000
<b>วันที่สามหลังผ่าตัด</b>						
อัตราการหายใจ	20.00	1.27	20.44	1.06	1.001	.324
อัตราการเต้นของหัวใจ	87.6	8.37	81.87	5.8	-47.547	.000
ความดันโลหิตซิสโตลิก	126.5	11.65	123.33	14.35	-27.481	.000
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	77.75	8.11	74.72	7.43	4.200	.000

## การอภิปรายผล

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมทั้งหมด 35 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชาย ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับสัดส่วนผู้ป่วยที่พบในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโดยทั่วไป ที่มีเพศชายมากกว่าเพศหญิงและเป็นวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมและมัธยมศึกษาที่มีการประกอบอาชีพได้อาชีพหนึ่ง ยกเว้นในกลุ่มควบคุมที่พบว่าไม่มีอาชีพแม่บ้าน ดังแสดงในตาราง 1

ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ได้รับการผ่าตัดมาก่อน และในการเจ็บป่วยครั้งนี้ เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบติดเชื้อและโรคกระดูกและข้อเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด แม้ประเภทการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับมีความแตกต่างกันของทั้งสองกลุ่ม แต่ก็พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกปวดและวิตกกังวลไม่แตกต่างกันเมื่อสอบถามในวันแรกรับ รวมทั้งมีความวิตกกังวลแฝงไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

จากตารางที่ 2 ข้อมูลด้านประสบการณ์และความชอบในการฟังดนตรี พบว่า ประเภทของเพลงที่ชอบมีความหลากหลาย โดยเฉพาะเพลงประเภทลูกทุ่งและตามสมัยนิยม และชอบเพลงที่มีเนื้อร้องประกอบมากกว่าบรรเลงอย่างเดียว ส่วนใหญ่ชอบฟังเพลงเมื่อเวลาพักผ่อน หรือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และมีโอกาสในการฟังเพลงบ่อย จึงให้ความสำคัญกับดนตรีในระดับปานกลางถึงมากเป็นส่วนใหญ่ เมื่อสอบถามถึงประเภทของดนตรีที่ต้องการฟังขณะอยู่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ต้องการฟังประเภทเพลงลูกทุ่งและสมัยนิยม ยกเว้นเพลงสากลที่ไม่มีใครต้องการฟังเลย โดยพบว่าประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นหลังฟังดนตรี ส่วนใหญ่ให้ผลทางบวกมากกว่าทางลบ นั่นคือ มีความรู้สึกวิตกกังวลหรือเครียดลดลง และช่วยการนอนหลับได้บ้าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ความปวด ปริมาณยาบรรเทาปวดที่ได้รับ และสัญญาณชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีดังนี้

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละวัน โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) พบว่า ในวันก่อนผ่าตัดและวันผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของทุกวันหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังดนตรีมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวในแต่ละวัน โดยใช้สถิติทีอิสระ (pair-t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวในแต่ละวันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละคู่ของการทดสอบ ยกเว้นคู่ของการทดสอบระหว่างวันก่อนผ่าตัดและวันผ่าตัด และระหว่างก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดวันที่ 1 ซึ่งหมายความว่า การฟังดนตรีช่วยในการลดความวิตกกังวลหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลอง แต่ไม่ได้ช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมากนัก ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า ความวิตกกังวลที่ลดลงหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองที่มีมากกว่ากลุ่มควบคุม อาจเกิดจากการฟังดนตรีที่จัดให้ โดยเสียงดนตรีเหนี่ยวนำให้เกิดการเบี่ยงเบนความสนใจและอารมณ์ของผู้ฟังชั่วคราว โดยเฉพาะเมื่อใช้ดนตรีที่มีเสียงต่ำและมีจังหวะประมาณ 60 ครั้งต่อนาที ก่อให้เกิดความรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย ซึ่งพบเช่นเดียวกันกับการศึกษาที่ผ่านมาว่าใช้ได้ดี ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระหว่างกรผ่าตัด หรือก่อนและหลังผ่าตัด (Moss, 1988; Kaempf & Amodei, 1989; Bamson & Neiveen, 1995; บุญแดง, 2540) ซึ่งเชื่อว่าดนตรีสามารถเปลี่ยนแปลงอารมณ์ได้ ทั้งในขณะที่รู้สึกตัว และไม่รู้สึกตัว โดยในขณะที่รู้สึกตัวดนตรีจะปรับอารมณ์ที่ระดับสมองส่วนคอร์ติซอล (cortisol) โดยไปกระตุ้นความคิดฝัน (imagination) และสติปัญญา (intellect) และในขณะที่ไม่รู้สึกตัว นอกจากนั้นดนตรีจะปรับอารมณ์ โดยกระตุ้นให้มีการตอบสนองอย่างอัตโนมัติที่ระดับสมองส่วนทาลามัส

(thalamus) ซึ่งสมองส่วนทาลามัส เป็นศูนย์ใหญ่ในการถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้สึก ไปสู่ซีรีบรัม เฮมิสเฟียร์ (cerebral hemisphere) (Cook, 1981) และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต อัตราการหายใจ จังหวะการเต้นของหัวใจ (Alvin, 1966 ; Cook, 1986; Lane, 1992) และการใช้ออกซิเจนลดลง (Chlan, 1998) โดยการใช้ดนตรีประเภทผ่อนคลาย ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจได้ (White, 1992; Cunningham, Monson & Bookbinder, 1997)

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละวันหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละคู่ของการทดสอบ อภิปรายได้ว่า เมื่อเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากผ่าตัด จะเป็นการกระตุ้นตัวรับสัมผัสความปวด จนเกิดเป็นกระแสประสาทไปตามใยประสาทเอ-เดลต้า และใยประสาทซีในอวัยวะต่างๆของร่างกาย ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของเซลล์เอสซี ส่งผลให้กระแสประสาทจากที่เซลล์เพิ่มขึ้น ประจุจึงเปิดส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง แล้วส่งสัญญาณต่อเนื่องไปยังทาลามัส กลายเป็นความปวด แต่เสียงดนตรีที่ได้ฟังจะผ่านกระแสประสาทจากคลอเคลียไปยังทาลามัสและคอร์เทกซ์ ซึ่งทำงานประสานกัน ทำให้ปิดกั้นสัญญาณความปวดได้บ้างแต่ไม่ได้ทำให้เกิดความแตกต่างของความปวดในทั้งสองกลุ่มมากนัก แต่ก็พบว่าค่าเฉลี่ยความปวดลดลงซึ่งอาจเป็นเพราะได้รับยาระงับปวดไปก่อนแล้ว ดังที่ผู้ป่วยบางรายสะท้อนให้ฟังว่า ดนตรีอาจช่วยลดความปวดได้แต่ไม่มากนัก ไม่เหมือนกับความกังวล ซึ่งลดลงได้มากกว่า แต่เมื่อเปรียบเทียบผลการฟังดนตรีในแต่ละครั้งต่อความปวดที่เกิดขึ้นของทุกวัน โดยใช้สถิติทีอิสระเป็นคู่ของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังฟังดนตรีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกครั้งที่ฟังยกเว้นครั้งที่ 3 (ในวันที่ 1) และครั้งที่ 5 (ในวันที่ 2) ดังแสดงในตารางที่ 6 ชุดดนตรีที่กลุ่มทดลองเลือกฟังมากที่สุดคือ ชุดที่ 5 คือ ชุดเพลงไทยลูกทุ่งและลูกกรุง (55.55%) รองลงมาคือ ชุดเพลงตามสมัยนิยม (20%) ซึ่งอภิปรายได้ว่า การฟังดนตรีอย่างตั้งใจมีอิทธิพลต่อความรู้สึกและการรับรู้ต่อความปวดได้มากและถ้าเป็นดนตรีที่ผู้ฟังเลือกเองแล้วยิ่งจะทำให้ความปวดลดลง ดังที่สตีเวน (Steven, 1990) กล่าวว่า ผู้ฟังดนตรีจะมีกำลังใจในการเผชิญกับความปวด ส่งผลให้มีระดับกันความปวดสูงขึ้นและมีความทนต่อความปวดมากขึ้น และถ้าบุคคลนั้นมีความสนใจในดนตรีมากเพียงใด ดนตรีจะยังมีประสิทธิผลมากขึ้นเท่านั้น (Buckwalter, et al., 1985) และจากการสอบถามผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังดนตรีในวันที่สามหลังผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ระบุถึงความพึงพอใจในการนำดนตรีมาใช้ในการบำบัดอาการปวดและความวิตกกังวลในโรงพยาบาล และต้องการให้นำดนตรีไปใช้กับผู้ป่วยทุกรายที่มารักษาในโรงพยาบาล ดังคำพูดของผู้ป่วยรายหนึ่งที่ว่า และมีผู้ป่วยบางรายที่ระบุว่าความปวดอาจไม่ได้ลดลงมากนัก แต่พบว่าทำให้ความวิตกกังวลขณะอยู่โรงพยาบาลน้อยลงเมื่อได้ฟังดนตรีที่ไพเราะ ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทางอารมณ์ได้มาก

อีกประการหนึ่ง ดนตรีที่มีจังหวะหรือความเร็วประมาณ 60 ครั้งต่อนาที จะก่อให้เกิดความรู้สึกสงบและผ่อนคลายมาก (Cook, 1981) การใช้เครื่องเล่นเทปที่มีหูฟัง จะช่วยป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอก ซึ่งช่วยให้กลุ่มทดลองมีสมาธิในการฟัง รวมทั้งเสียงที่ไพเราะและมีความหมาย จะช่วยเหนี่ยวนำให้บุคคลมีการเบี่ยงเบนความสนใจออกไปจากสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ชั่วคราวได้ นอกจากนี้ การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการฟังดนตรีตั้งแต่เริ่มแรกที่มีการเลือกชุดเพลง และควบคุมการฟังด้วยตนเองโดยฟังเมื่อไรก็ได้ที่ยังมีความปวดในแต่ละวัน อย่างน้อยให้ได้ฟัง 3 ครั้งต่อวัน ซึ่งเป็นวิธีการเสริมการบำบัดความปวดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ประณีต อนุศักดิ์ และ ดวงดาว, 2546) โดยเชื่อว่า เสียงดนตรีเป็นสัญญาณใหม่ที่มีความแรงกว่าสัญญาณความปวดจากการผ่าตัด จึงเป็นการกระตุ้นการทำงานของเซลล์เอสจี ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของเซลล์ที่ ประตูจึงถูกปิด และไม่สามารถส่งสัญญาณความปวดขึ้นไปที่ระบบประสาทส่วนกลางได้ ขณะเดียวกัน เสียงดนตรีจะกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีให้หลั่งสารเอนโดรฟินที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ให้ส่งสัญญาณกระตุ้นการทำงานของเซลล์เอสจี ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของเซลล์ที่ด้วย ทำให้กระแสความปวดลดลง อีกประการหนึ่ง ในการให้ผู้ป่วยได้ควบคุมการฟังดนตรีด้วยตนเอง สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self control) ของมอร์ลิออนและคณะ (Morlion, et al., 1999) จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเป็นอิสระและรู้สึกพึงพอใจในรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ตัดสินใจด้วยตนเอง สามารถปรับตัวและเผชิญกับความปวดได้ ซึ่งมีผู้ศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดที่เกิดขึ้นระหว่างการบริหารยาบรรเทาปวด ในผู้ป่วยมะเร็งต่อม้าน้ำเหลืองที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก พบว่า กลุ่มที่บริหารยาบรรเทาปวดด้วยตนเองมีระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่มีเจ้าหน้าที่เป็นผู้บริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของหลายคนพบว่า การฟังเสียงดนตรีช่วยลดการรับรู้ความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ (Taylor, et al., 1998; โฉมณภา, 2536; เอมอร, 2543; ดวงดาว ประณีต สุดศิริและสุนทร, 2545)

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณยาบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละวันหลังผ่าตัด จำแนกตามประเภทของยาชนิดและรับประทาน โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณยาบรรเทาปวดประเภทชนิดของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละวันหลังผ่าตัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด ยกเว้นในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ส่วนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปริมาณยาบรรเทาปวดประเภทรับประทานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละวันหลังผ่าตัด พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัดยกเว้นในวันที่ 3 โดยพบว่า ปริมาณยาชนิดที่ได้รับในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมากในวันที่ 2 และ 3 ขณะที่ปริมาณยาชนิดในกลุ่มควบคุมลดลงไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับในวันแรก ส่วนยารับประทานก็พบว่ากลุ่มควบคุมได้รับเสริมยาชนิดที่ลดลงในวันที่สองและสาม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่า

เฉลี่ยปริมาณยาบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวในแต่ละวันหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติที อิสระ(pair-t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยของปริมาณยาบรรเทาปวดที่กลุ่มทดลองได้รับทั้งประเภทชนิด และรับประทานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในแต่ละวัน ซึ่งหมายความว่า กลุ่มทดลองใช้ ปริมาณยาบรรเทาปวดค่อยๆลดลง อันอาจเป็นผลจากการใช้วิธีการลดความปวดด้วยดนตรีมา เสริม ทำให้ความปวดลดลงและปริมาณยาที่ใช้ลดลง ดังแสดงในตารางที่ 7 และ 8

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอภิปรายได้ว่า เมื่อระดับความปวดมีความรุนแรงมากขึ้น จะทำให้ ความต้องการปริมาณยาบรรเทาปวดมากขึ้นด้วย (Reading, 1989) อย่างไรก็ตาม การฟังดนตรี เป็นการให้หลักการเบี่ยงเบนความสนใจ ที่ทำให้ดึงความสนใจของบุคคลออกจากความคิดหรือ อารมณ์เดิมที่หมกมุ่นให้กลับมาสนใจในสิ่งกระตุ้นใหม่ (Boss, 1992) การใช้อาบน้ำบรรเทาปวดมี ความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการเบี่ยงเบนความสนใจจะช่วยลดความวิตกกังวลและความตึง เครียด ซึ่งเป็นวงจรส่งผลให้ความปวดลดลงได้ (วัลลภา, 2536) และเมื่อความปวดลดลง ปริมาณ ยาที่ใช้ในการบรรเทาปวดก็ลดลง (Boore, Champion & Ferguson, 1987) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปริมาณยาบรรเทาปวดที่ใช้ทั้งประเภทชนิดและรับประทานของกลุ่มทดลองแตกต่างไปจากที่ ใช้ในกลุ่มควบคุม โดยพบว่าการใช้ยาบรรเทาปวดประเภทชนิดหลังผ่าตัดในกลุ่มควบคุมมีในระดับ สูงกว่า และพบว่าการได้รับยารับประทานในกลุ่มควบคุมในปริมาณที่น้อยกว่ากลุ่มทดลอง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะหลังผ่าตัดสามวันแรก ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดเสริมด้วยดนตรี ซึ่งทำให้มี ความต้องการปริมาณยาบรรเทาปวดน้อยลง เนื่องจากมีความปวดลดลงจากผลการเบี่ยงเบนด้วย ดนตรีดังเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น นอกจากนี้ไม่พบว่ามี ความแตกต่างของประเภทยาบรรเทาปวดที่ ได้รับ ซึ่งได้แก่ มอร์ฟีน เพทิดีน และทราโมล รวมทั้งยารับประทานคือ พาราเซตามอล อย่างไรก็ตาม ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความ ปวด การตอบสนองต่อความปวด ความอดทนต่อความปวด(Allcock, 1996) ซึ่งอาจมีผลให้ความ ต้องการปริมาณยาบรรเทาปวดในแต่ละบุคคลแตกต่างกัน

2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอัตราชีพจร อัตราการหายใจและความดัน โลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละวันหลังผ่าตัด จำแนกตามประเภทของยาชนิด และรับประทาน โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) พบว่า อัตราชีพจร อัตราการหายใจและ ความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันเฉพาะในวันที่สองและสามหลังผ่าตัด โดยเฉพาะความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร จะพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัย สำคัญ ซึ่งพบว่า ความดันโลหิตค่อยๆลดลงในกลุ่มทดลองนับจากวันแรกหลังผ่าตัดและลดลงมวก กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในวันแรกสัญญาณชีพอาจไม่มีความแตกต่างอาจ เป็นเพราะ ร่างกายมีกระบวนการตอบสนองต่อการผ่าตัดที่เหมือนกันคือมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เพิ่มการทำงานของระบบซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของชีพจร



การหายใจและความดันโลหิตสูงขึ้นทั้งสองกลุ่มและไม่ทำให้เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นในวันที่สองและสามที่พบว่ามีความแตกต่างโดยเฉพาะอัตราชีพจรและความดันโลหิต ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเมื่อร่างกายได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ

## รูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลแบบทางร่วมรักษาในการนำสื่อเสียงและดนตรีที่เป็นของไทยมาใช้ในทางคลินิกและชุมชน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการภายหลังจากการพัฒนาสื่อและทดลองใช้แล้ว ให้เกิดผลต่อการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ความวิตกกังวลและความปวดจากการผ่าตัด ได้อย่างเป็นรูปธรรมทางคลินิกและชุมชน ดังนี้

1. จัดทำคู่มือเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการนำสื่อเสียงหรือดนตรีไปใช้เพื่อการบำบัดเย็บวยาอาการปวดร่วมกับการใช้ยาระงับปวด ซึ่งเป็นวิธีการเสริมช่วยลดความวิตกกังวล หรือความไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานจากความปวดและช่วยการนอนหลับหรือการพักผ่อนของผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้รวดเร็ว คู่มือนี้ประกอบด้วยส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรเกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับความปวดด้วยสื่อเสียงหรือดนตรีที่ควรเข้าใจเป็นเบื้องต้นก่อนนำไปใช้และเพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้หรือแนะนำผู้ป่วย ส่วนที่ 2 คือ แนวทางและขั้นตอนการนำสื่อเสียงหรือดนตรีไปใช้เพื่อการบำบัด (ดังเอกสารหมายเลข 3)

2. จัดอบรมให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคลากรทางการพยาบาลและสาธารณสุข โดยการอบรมบุคลากรทางการพยาบาลในการประชุมวิชาการ 2 ครั้ง และนำเสนอผลงานในที่ประชุมนานาชาติ 1 ครั้ง ของประเทศไทย 1 ครั้ง

ครั้งที่ 1 นำเสนอผลงานเรื่อง สื่อเสียงและดนตรีบำบัดทางภูมิปัญญาไทยเพื่อส่งเสริมสุขภาพกาย ในการประชุมวิชาการ 14 จังหวัดภาคใต้ เมื่อวันที่ 14-15 สิงหาคม 2546 ณ ห้องแกรนด์บอลรูมชั้น 8 โรงแรมลีการ์เดนพลาซ่า

ครั้งที่ 2 นำเสนอผลงานเรื่อง Thai local wisdom of music intervention to promote holistic health: a preliminary study. ในการประชุมวิชาการนานาชาติ เรื่อง Integration of complementary and alternative therapies into Nursing ที่กรุงโซล ประเทศเกาหลีใต้ เมื่อวันที่ 21-22 พฤศจิกายน 2546

ครั้งที่ 3 นำเสนอเรื่อง Bringing music to life and health ในการประชุมวิชาการเรื่อง Palliative care วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2547 ณ อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้เข้าร่วมจำนวน 60 ราย

ครั้งที่ 4 นำเสนอวิธีการใช้สื่อเสียงดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับยาลดปวดในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในการประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน วันที่ 27 พฤษภาคม 2547 ณ อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้เข้าร่วมจำนวน 150 ราย

3. เป็นวิทยากรและที่ปรึกษาในการนำดนตรีและสื่อเสียงไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดจากการผ่าตัดในแผนกผู้ป่วยศัลยกรรม ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งพบว่า การนำดนตรีไปใช้นี้เป็นส่วนสำคัญของโครงการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ เป็นผู้ดำเนินการหลัก และปัจจุบันได้ขยายโครงการไปใช้ในทุกหอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งทางหอผู้ป่วยจะมีแผนการประเมินผลด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการนำดนตรีไปใช้ในการบำบัดความปวดและวิตกกังวลแบบทางร่วมรักษา ได้ดังนี้

1. เข้าใจองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความปวดและการบำบัดอาการด้วยสื่อเสียงหรือดนตรี

จากความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดจากการผ่าตัด ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ความวิตกกังวล และการนอนหลับ พบว่า เมื่อใดที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ก็จะส่งผลให้มีความรู้สึกปวดมากขึ้น และเมื่อมีความปวดมากก็จะทำให้นอนไม่หลับหรือหลับยาก ขณะเดียวกัน หากมีความปวดมาก ก็ยังส่งผลให้มีความวิตกกังวลสูง การหลังสารความเครียดสูง ก็ยังเป็นการเพิ่มความปวด ดังนั้นปัจจัยทั้งสามประการจึงมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างมากและเป็นแรงเสริมซึ่งกันและกัน อย่างไรก็ตามปัจจัยทั้งสามสามารถลดลงได้ด้วยกระบวนการบำบัดทางกายภาพ

สื่อเสียงหรือดนตรีบำบัดเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถเลือกมาใช้กับผู้ป่วยที่มีความปวด หรือความวิตกกังวล โดยเฉพาะจากการผ่าตัด ผลการทบทวนและวิเคราะห์การศึกษาถึงผลของสื่อเสียงประเภทดนตรีที่ผ่านมา พบว่าประเภทหรือองค์ประกอบของดนตรีมีความสำคัญยิ่ง และมีความเชื่อว่า ประสิทธิภาพในการบำบัดขึ้นกับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะวัฒนธรรมของผู้ฟัง เช่น ความชอบ ประสบการณ์การฟัง และองค์ประกอบของสื่อเสียงที่ใช้ เช่น จังหวะ ท่วงทำนอง ระดับเสียง เป็นต้น นอกจากนี้พบว่า การบำบัดด้วยเสียงหรือดนตรีมีผลต่อผู้ฟังในระดับต่างๆ เช่น ก่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ความสมดุลทางสุขภาพ และระดับสูงสุดคือให้ผลลดอาการไม่สบายบางประการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาและความต่อเนื่องของการฟัง ซึ่งพบว่า การหวังผลถึงขั้นบำบัดอาการ จำเป็นต้องให้ผู้ฟังฟังติดต่อกันนาน 30 นาที ในแต่ละครั้งของการฟัง และฟังอย่างน้อย 3 ครั้งในแต่ละวัน จึงจะเกิดการสะสมของพลังในร่างกายและมีการเปลี่ยนแปลงในทาง

บวก นั่นคือ ลดหรือบรรเทาความปวดได้โดยการเสริมฤทธิ์ยาแก้ปวด (complementary) หรือเป็นทางเลือกหนึ่งในการบรรเทาปวดเมื่อไม่ได้ยาแก้ปวดตามต้องการ (alternative) ในหลักการนำดนตรีมาใช้ในการบำบัด จะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ 3 ส่วนสำคัญ คือ

1. ดนตรีหรือสื่อเสียงที่มีคุณภาพ (sound or music) หมายถึงเสียงดนตรีที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและผ่านการคัดเลือกหรือตรวจสอบคุณภาพในทุกด้านที่เป็นองค์ประกอบของเสียงเพื่อนำมาใช้ในการตอบสนองที่เฉพาะหรือตามวัตถุประสงค์ของการใช้ ซึ่งมีสามระดับ คือ ใช้เพื่อการผ่อนคลาย ส่งเสริมความสมดุลกายใจ หรือ ลดอาการไม่พึงประสงค์บางประการ ทั้งนี้ต้องมีเป้าหมายของการบำบัดชัดเจน จึงจะเรียกได้ว่า ดนตรีเพื่อการบำบัด

2. ผู้ฟังหรือผู้ได้รับการบำบัด (listener or client) เป็นบุคคลทั่วไปหรือผู้ป่วยที่มีความสนใจและชอบที่จะใช้วิธีการต่างๆนอกเหนือจากการใช้ยา โดยผู้ฟังจะต้องให้ความร่วมมือในการบำบัดเป็นอย่างดี ตั้งแต่การฟัง (listening) ด้วยความตั้งใจ (attention) และมีส่วนร่วมกำหนดหรือควบคุมการฟังของตนเอง (self control)

3. ผู้ให้การบำบัด (healer) เป็นผู้ที่เข้าใจในเนื้อหา ที่มาของดนตรีบำบัด และวิธีการใช้เป็นอย่างดี หากมีความสามารถทางดนตรีและทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดด้วยแล้วจะยิ่งเสริมพลังของการบำบัดได้มากขึ้น

## 2. แนวทางและขั้นตอนการนำสื่อเสียงหรือดนตรีไปใช้ในการบำบัด

เนื่องจากรูปแบบการบำบัดด้วยดนตรี จะต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสำคัญดังกล่าวในหลักการแล้ว นอกจากนี้ การนำสื่อเสียงไปใช้ในการบำบัดเป็นเรื่องที่ง่ายและสะดวกทั้งต่อผู้ป่วยและพยาบาล เพราะไม่ต้องใช้ทักษะเฉพาะที่ต้องเรียนรู้เป็นพิเศษและไม่ต้องเสียเวลาขณะนำไปใช้ รวมทั้งไม่มีโทษหรืออาการข้างเคียงใดๆต่อร่างกายของผู้ป่วยหากเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดอื่นๆ เช่น การนวด ซึ่งต้องอาศัยทักษะเฉพาะและใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้ดนตรี จะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินผู้ฟังหรือผู้ป่วย ขั้นตอนเตรียมขั้นตอนการและขั้นตอนการประเมินผล

### ขั้นตอนการประเมินผู้ฟัง

ก่อนนำดนตรีไปใช้ ควรมีการประเมินผู้ฟัง ในเรื่องต่อไปนี้

- ถิ่นประวัติการฟังดนตรี และชนิดของดนตรีที่ชอบ
- ให้ระบุชนิดของดนตรีที่ทำให้มีความสุข ตื่นเต้น เศร้า และชนิดของดนตรีที่ไม่อยู่ในรสนิยมและทำให้เครียดหรือผ่อนคลาย เพราะดนตรีหรือเพลงเดียวกันอาจให้ความรู้สึกต่างกัน

ผู้ฟังแต่ละคน ดังนั้นการประเมินถึงชนิดของดนตรีที่ใช้อารมณ์ความรู้สึกต่าง ๆ จะช่วยในการเลือกชนิดของดนตรีที่ใช้ให้เหมาะสมกับโอกาส

- ความสำคัญของดนตรีในชีวิตประจำวัน ฟังที่ไหน เมื่อไร ระยะเวลานานเท่าใด ความบ่อยในการฟัง

- ฟังจากเครื่องเล่นประเภทใดเนื่องจากประเภทของเครื่องดนตรีมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกแตกต่างกัน ดังนี้ (ประกอบ, 2543)

: เครื่องดนตรีที่มีผลต่อร่างกาย เช่น เครื่องเป่าที่ทำด้วยโลหะ (brass) เครื่องเคาะ หัซหลาย เครื่องดนตรีที่ให้เสียงต่ำ เช่น เบส และเครื่องดนตรีประเภทอิเล็กทรอนิกส์ หรือที่ขยายเสียงดัง ๆ

: เครื่องดนตรีที่มีผลต่ออารมณ์ เช่น เครื่องเป่าที่ทำด้วยไม้ (wood wind) เครื่องสาย (string)

: เครื่องดนตรีที่มีผลต่อจิตวิญญาณ เช่น เครื่องสายที่ให้เสียงสูง ประเภทพิณ กระดิ่ง ออร์แกน

- ประสบการณ์ในการใช้ดนตรีบำบัด มีหรือไม่ อย่างไร

- ถ้าเคยใช้ดนตรีเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย ให้อธิบายผลที่เกิดขึ้นหรือปฏิกิริยาตอบสนองด้านกายจิต

- ดนตรีช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสำนึกหรือไม่

- อารมณ์ของผู้ฟัง เพื่อใช้พิจารณาตัดสินใจเลือกชนิดของดนตรีให้สอดคล้องกับเป้าหมายการบำบัด

ข้อมูลที่ประเมินได้จะนำไปสู่การเตรียมผู้ฟัง สถานที่ สื่อเสียงที่ใช้ หากผู้ฟังไม่เคยมีประสบการณ์การใช้ดนตรีมาก่อน ก็ไม่ได้หมายความว่า ผู้ฟังไม่มีความสนใจในวิธีการดังกล่าวหรือยุติขั้นตอนการนำสื่อเสียงไปใช้ ทั้งนี้เพราะ การที่ผู้ฟังปฏิเสธตั้งต้นมักเกิดจากความไม่รู้หรือไม่ มีประสบการณ์และไม่ทราบถึงอิทธิพลของสื่อเสียงหรือดนตรีมาก่อน ดังนั้น การให้ข้อมูลหรือเตรียมผู้ฟังจึงเป็นขั้นตอนต่อไปที่สำคัญ

### ขั้นเตรียมผู้ฟังและสิ่งแวดล้อม

การเตรียมผู้ฟังและสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญ โดยผู้ให้การบำบัดควรปฏิบัติดังนี้

1. อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับดนตรีบำบัดพร้อมทั้งกำหนดจุดมุ่งหมายในการบำบัดร่วมกันกับผู้ฟังหรือผู้ใช้บริการ
2. สนทนาถึงการผ่อนคลายกายและจิต จะเกิดขึ้นได้อย่างไร

3. นำเสนอชุดของดนตรีที่จะใช้ให้ผู้ฟังตัดสินใจเลือก
4. เตรียมอุปกรณ์ในการฟัง เช่น เครื่องเล่นเทปชนิดฟังคนเดียว ชุดของดนตรีหรือม้วนเทปที่ผู้ฟังเลือก
5. ระบุกติกาในการฟังและกำหนดระยะเวลา โดยปกติประมาณ 20-30 นาที
6. ลดสิ่งกระตุ้นที่จะเป็นปัจจัยรบกวนต่อการฟัง โดยเฉพาะ ด้านสิ่งแวดล้อม โดยจัดห้องให้มีแสงสลัว จัดเสื่อผ้าให้เรียบร้อย แนะนำให้ปัสสาวะก่อน ถอดแว่นตา (ถ้ามี)
7. จัดให้นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย
8. ให้ผู้ป่วยทดลองฟัง โดยการทดสอบเสียงที่ได้ยิน

### ขั้นตอนดำเนินงาน

ในครั้งแรกให้อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย และสังเกตพฤติกรรมของผู้ฟัง แนะนำให้ผู้ป่วยตั้งใจฟังให้ใจจดจ่ออยู่กับดนตรีเท่านั้น โดยปล่อยให้ท่วงทำนอง จังหวะลีลาของดนตรีผ่านแทรกเข้าไปในร่างกาย ให้รู้สึกว่าคุณดนตรีทำให้กล้ามเนื้อคลาย ให้รู้สึกว่าคุณดนตรีทำให้ตัวเบาลอยสูงขึ้น ปล่อยให้ตัวลอยขึ้นไปในอากาศตามท่วงทำนองของคุณตรี ส่วนจะบริหารเวลาในการฟังที่ให้ผลในการบรรเทาปวดเพื่อเสริมฤทธิ์ยาแก้ปวดในแต่ละครั้งของความปวดนั้น พบว่า ควรแนะนำให้ผู้ป่วยฟังภายหลังได้ยาแก้ปวดไปแล้วครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง ถ้าต้องการให้ได้ผลบรรเทาปวดโดยรวมในแต่ละวัน ควรแนะนำให้ผู้ป่วยฟังในช่วงเวลาใดก็ได้ตามต้องการ นั่นคือผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมและใช้วิธีจัดการกับความปวดด้วยตนเอง ทั้งนี้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยบันทึกระดับความปวดของตนเองก่อนและหลังฟังหรือในแต่ละวันด้วยเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการกระตุ้นให้เกิดประสิทธิผลในการจัดการกับความปวดอย่างมีเป้าหมาย

ขั้นตอนดังกล่าวเป็นการบำบัดที่ให้ผู้ป่วยฟังดนตรีเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม ในการใช้ดนตรีบำบัดให้ได้ผลในระดับต่างๆ อาจมีวิธีการแตกต่างกัน เช่น ถ้าต้องการให้บรรลุผลถึงการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้สึกตัว ขั้นตอนในการดำเนินการจะมีเพิ่มมากขึ้น และอาจใช้เทคนิคการผ่อนคลายและการสร้างจินตนาการร่วมด้วย

### ขั้นตอนประเมินผล

การประเมินผลลัพธ์จากการใช้ดนตรีบำบัด โดยทั่วไปประเมินจากด้านจิตพิสัย ด้วยการถามจากผู้ฟังหรือผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับดนตรีบำบัด ประสบการณ์ที่ได้รับ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ปฏิริยาการตอบสนองทางด้านจิตสรีระ ความพึงพอใจ ความต้องการดนตรีบำบัด เป็นต้น

การบันทึกและติดตามผลการใช้ดนตรีบำบัด เป็นการรายงานผลที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแล ในการบันทึกและรายงานผลสามารถกระทำได้ใน 2 ลักษณะ คือ ผลที่

เกิดขึ้นในการฟังแต่ละครั้ง และผลที่เกิดขึ้นโดยรวมหรือจากการสะสมพลังที่ได้จากการฟังในแต่ละวัน ทั้งนี้ขึ้นกับจำนวนครั้งในการฟังของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการฟังที่ให้ผลในทางบวกหรือช่วยในการผ่อนคลาย สบายใจ บรรเทาหรือลดปวด จะต้องฟังให้ได้อย่างน้อย 3 ครั้งในแต่ละวัน โดยแต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที แม้ว่าในบางราย จะให้ผลไม่เด่นชัดในการเปลี่ยนแปลงของอาการเหมือนยาแก้ปวด แต่ก็พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายขึ้นนอนพักผ่อนได้ ดังนั้น การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสรีระและจิตอารมณ์ควรประเมินควบคู่ไปกับการซักถามความรู้สึกและประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วยเสมอ

### สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้สามารถสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลและความปวดหลังผ่าตัดลดลงได้ในระดับหนึ่งภายหลังจากการฟังดนตรีอย่างน้อย 3 ครั้ง ในแต่ละวันโดยฟังครั้งละ 30 นาที แสดงให้เห็นว่าดนตรีของไทยที่ใช้ มีผลในบำบัดความวิตกกังวลและความปวดได้เช่นเดียวกับดนตรีตะวันตกที่เคยใช้ หากได้ใช้ดนตรีอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการใช้ยาบรรเทาปวด ยิ่งทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการลดปวดหลังผ่าตัดได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามการฟังดนตรีเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จึงจะให้ผลที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ควรส่งเสริมในการนำมาใช้ในการบำบัดอาการความปวดหลังผ่าตัด รวมทั้งความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ในการศึกษานี้ มีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาเพราะจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก จึงควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น หรือมีกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะ รวมทั้งใช้ดนตรีของไทยประเภทอื่น ๆ เช่น ชุดเพลงสมัยนิยม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเลือกใช้อย่างเหมาะสมตามความชอบ

### เอกสารอ้างอิง

โฉมณา กิตติศัพท์. 2536. ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

ดรชนี ลิ้มประเสริฐ. 2539. ผลของดนตรีต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

ดวงดาว ดุลยธรรม, ประณีต ส่งวัฒนา, สุตศิริ หิรัญขุนหะ และสุนทร โสติพันธ์. 2545. ผลของดนตรีต่อการลดความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา วารสารวิชาการพยาบาล. 17(2), 36-54.

- บุญแดง บุญฤทธิ์. 2540. ผลของดนตรีต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด  
คลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตวิทยาศาสตร์สาขาจิตวิทยาการให้คำ  
ปรึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2528. ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยา  
ระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.
- ประณีต สงวัฒนา อนงค์ ประสานวณิช และดวงดาว ดุลยธรรม. 2546. การบำบัดความปวด  
แบบทางร่วมรักษาโดยวิธีการนวด ผ่อนคลาย และใช้สื่อเสียงดนตรี : แนวทางการ  
พัฒนาบทบาทอิสระของพยาบาล ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการในการจัด  
การกับความปวดและการดูแลแบบประคับประคอง. หน้า 35 – 59. 17-18 กรกฎาคม  
2546
- พระราชนิพนธ์ในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2535). การใช้ดนตรีไทยช่วย  
รักษาโรค. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามคำแหง. 12(1), 9-13.
- มนสภรณ์ วิฑูรเมธา. 2542. การใช้ดนตรีบำบัดกับผู้ป่วยที่ถูกมัด. วารสารพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 11(1), 33-39.
- วัลลภา สังฆโสภณ. 2536. ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย  
โรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.  
กรุงเทพฯ.
- เสาวนีย์ สังฆโสภณ. 2537. เสาะหามาให้ : ดนตรีบำบัด. วารสารพยาบาล. 43(4), 262-263.
- เอมอร อุดลโกตาธร. 2543. ผลของดนตรีที่ขบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
- Ansfield, M.E., Wegner, D.M. & Bowser, R. 1996. Ironic effects of sleep urgency.  
Behavior Research and Therapy. 34(7), 523-531.
- Bailey, L.M. 1985. Music's Soothing Charms. American Journal of Nursing. November,  
1280.
- Barnason, S., & Nieveen, J. 1995. The effect of music interventions on anxiety in the  
Patient after coronary artery by pass grafting. Heart & Lung. 2 (42), 124-130.
- Beck, S.L. 1991. The Therapeutic Use of Music for Cancer-Related Pain. Oncology  
Nursing Forum. 18 (8), 1327 – 1337.

- Beverly, W. & Nahama, J.G. 1992. Quantification of effects of listening to music as a noninvasive method of pain control, Scholarly Inquiry for Nursing Practice, An International. 6 (1), 43-57.
- Boore, J.R., Champion,R., & Ferguson,M.C. 1987. Nursing the physically ill adult : a textbook of medical – surgical nursing. Churchill: Livingston.
- Boss, B.J., 1992. Nursing assessment and role in management : Pain. In S.M. Lewis & I.C. Collier. Eds. Medical-Surgical Nursing : Assessment and Management of Clinical Problems. 3<sup>rd</sup> ed.,(pp. 1497-1518). St. Louis : Mosby.
- Buckwater, K., Hartsock, J., & Gaffney, J. 1985. Music therapy. In G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), Nursing Intervention Treatment of Nursing Diagnosis. (pp.58-74). Philadelphia : Lea & Febiger.
- Chlan, L. 1998. Effectiveness of music therapy intervention on relaxation and anxiety for Patients receiving ventilatory assistance. Heart & Lung. 27(3), 169 – 176.
- Cook,J. 1986. Music as intervention in the oncology Setting. Cancer Nursing. 9(1), 23-28.
- Cook, J. 1981. The therapeutic use of music : a literature. Nursing Forum. 20(3), 252-266.
- Cunningham, M.F., Monson, B., & Bookbinder, M. 1997. Introducing a Music Program in The Perioperative Area. AORN Journal. 66(4), 674-682.
- Ezzone, S., Baker,C., Rosselet,R., & Terepka,E. 1998. Music as an adjunct to Antiemetic Therapy. Oncology Nursing Forum. 25(9), 1551-1556.
- Gitanjali, B. 1998. Effect of the Kamatic music Rega "Neelambari" on sleep architecture. Indian Journal of Physiol Parmarcol. 42(1), 119-122.
- Henry, L.L. 1995. Music Therapy : A Nursing Intervention for the Control of Pain and Anxiety in the ICU : A Review of the Research Literature. Dimensions of Critical Care Nursing. 14(6), 295-304.
- Hicks, F. 1992. The power of music. Nursing Times. 88 (October), 72-73.
- Hooper, J. 1991. Music hath charms. Nursing Times. 87(37), 40-41.
- Johnson, J.E. 2003. The use of music to promote sleep in older women. Journal of Community Health Nursing. 20(1), 27-35.



- Kaempf, G. & Amodei, M.E., 1989. The effect of Music on Anxiety: A Research study. AORN Journal, 50(1), 112-117.
- Lane, D. 1992. Music therapy : therapy : A gift beyond measure. Oncology Nursing Forum, 19(1), 863-867.
- Morlion, B., et al. 1999. Influence of bolus size on efficacy of postoperative patient-Controlled analgesia with piritramide. British Journal of Anaesthesia, 82(1), 52-55.
- Momhinweg, G.C. & Voignier, R.R. 1995. Music for sleep disturbance in the elderly. Journal of Holistic Nursing, 13(3), 248-254.
- Moss, V.A. 1988. Music and the Surgical Patient : The Effect of Music on Anxiety. AORN Journal, 48(1), 64-69.
- Reading, A.E. 1989. Testing pain mechanisms in persons in pain. In P.D. Wall & R. Melzack (Eds.) Text Book of Pain. (2<sup>nd</sup> ed., pp.269-283). St. Louis: Mosby.
- Schorr, J.A. 1993. Music and Pattern change in chronic pain. Advance Nursing Science, 15(4), 27-36.
- Stevens, K. 1990. Patient' perception of music during surgery. Journal of advanced Nursing, 15(9), 1045-1051.
- Taylor, L.K., Kuttler, K.L., Parks, T.A., & Milton, D. 1998. The effect of music in the postanesthesia care unit on pain levels in women who have had abdominal hysterectomies. Perianesthesia Nursing, 13(2), 88-94. Abstract : PubMed.
- White, J.M. 1992. Music Therapy : An Intervention to Reduce Anxiety in the Myocardial Infarction Patients. Clinical Nurse Specialist, 6(2), 58-63.