

ที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน

Healthy Workplace

รุ่งทิพา บุรณะกิจเจริญ* วท.บ (พยาบาลและผดุงครรภ์)
 ศศ.ม (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)
 รศ.ม (การบริหารจัดการสาธารณะ)

บทคัดย่อ

ที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน ส่งผลให้บุคลากร
 ในองค์กรสามารถประกอบการงานได้อย่างมี
 ประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล ตลอดทั้งเป็นการ
 เพิ่มศักยภาพในการแข่งขันขององค์กร ซึ่งแนว
 ความคิดของสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงานนั้นเป็น
 การจัดการอย่างมีประสิทธิภาพกับบริบทของความ
 สัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม อันประกอบ
 ด้วยการเสริมสร้างสุขภาพในที่ทำงาน อาชีวอนามัย
 การจัดการองค์การ และการบริหารทรัพยากรบุคคล
 ทั้งนี้ผู้บริหารองค์กรต้องมโนบายที่ชัดเจน
 คำสำคัญ : ที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน

Abstract

Healthy workplace does not only affect
 organization's personnel to do their job
 efficiently and effectively, but also increases
 the competition potential of an organization.
 The concept of healthy workplace is the

 * พยาบาลชำนาญการ หน่วยอนามัย ภาควิชา
 เวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์
 โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

management efficiency in context of relationship
 between people and environment which includes
 workplace health promotion, occupational
 health, organizational and human resource
 managements. Thus, the administrator must
 have a clear healthy workplace policy.

Key words : Healthy Workplace

องค์กรที่มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและ
 เอื้อต่อการทำงาน ส่งผลให้บุคลากรในองค์กรนั้น
 อยากรมาทำงานและทำงานด้วยความเพลิดเพลิน
 เกิดความสามัคคี จงรักภักดีต่อองค์กร มุ่งมั่น
 ตั้งใจทำงาน เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อ
 องค์กร เป็นการเพิ่มมูลค่าแก่องค์การ เกิดการแข่งขัน
 ของบุคคลอื่น ๆ ที่อยากเข้ามาทำงานในองค์กร
 นั้นแสดงว่าองค์กรนั้นเป็นที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน
 ทั้งนี้องค์ประกอบของที่ทำงานน่าอยู่
 น่าทำงาน มีดังนี้

1. การเสริมสร้างสุขภาพในที่ทำงาน
2. อาชีวอนามัย
3. การจัดการองค์การ และ
4. การบริหารทรัพยากรบุคคล

การเสริมสร้างสุขภาพในที่ทำงาน

การเสริมสร้างสุขภาพในที่ทำงานเป็นกระบวนการเสริมสร้างให้ผู้ปฏิบัติงานเพิ่มสมรรถนะ (Competency) ในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง สุขภาพในที่นี้หมายถึง ความสุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งนอกจากจะมีปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลเป็นตัวกำหนดแล้ว ยังได้รับผลกระทบจากปัจจัยพื้นฐานทางสังคม เช่น ครอบครัว การศึกษา ความสัมพันธ์ในสังคม รายได้ การเสริมอำนาจสตรี การใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคเป็นต้น และปัจจัยพื้นฐานทางสิ่งแวดล้อม เช่น บ้าน ความมั่นคงปลอดภัยในสังคม อาหารปลอดภัย และระบบนิเวศที่มั่นคงเป็นต้น ซึ่งมีความสำคัญควบคู่กับเป้าหมายการพัฒนาทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องทำให้เกิดความตระหนักว่าสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นทรัพยากรสำคัญของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

ดังนั้นการเสริมสร้างสุขภาพเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Movement) ที่ต้องมีส่วนร่วมจากบุคลากรทุกระดับ โดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูง ทั้งนี้กระบวนการเสริมสร้างสุขภาพประกอบด้วยคุณค่าหรือหลักการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. การเสริมสร้างอำนาจ(Empowerment) หมายถึง การเพิ่มศักยภาพหรือความสามารถของปัจเจกบุคคลและองค์กรในการควบคุมปัจจัยที่กำหนดสภาวะสุขภาพของพวกเขา

2. การมีส่วนร่วมของสาธารณะ (Public participation) หมายถึง การเสริมสร้างให้ปัจเจก

บุคคลและองค์กร สามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่อชีวิต สภาพความเป็นอยู่และสุขภาพของพวกเขา

3. การให้ความสำคัญแก่ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ

4. การลดความไม่เท่าเทียมและความไม่ยุติธรรมทางสังคมขององค์กร

5. การกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้บริหารทุกระดับและบุคลากรระดับปฏิบัติการในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของปัจเจกบุคคลและองค์กร

กระบวนการเสริมสร้างสุขภาพที่ทำงานควรให้ความสำคัญแก่กลุ่มบุคลากรที่ปกติหรือบุคลากรที่ยังไม่เจ็บป่วยเป็นอันดับแรก เพื่อเสริมสร้างให้บุคลากรเหล่านั้นมีสุขภาพดีและป้องกันมิให้เกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ซึ่งเป็นการลงทุนต่ำ และมีประสิทธิภาพสูง อันดับรองลงมาคือการตรวจคัดกรองบุคคล เพื่อค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และให้การรักษาให้หายขาดหรือป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการตามมา และอันดับสุดท้ายคือการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตแก่บุคลากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีภาวะทุพพลภาพ โดยกิจกรรมในรูปของ “กลุ่มช่วยเหลือตนเอง” (self - help group) และ “การดูแลตนเอง” (self - care) ซึ่งเน้นการเสริมสร้างอำนาจของบุคลากรในการดูแลสุขภาพของตนเอง

อาชีวอนามัย

อาชีวอนามัยเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำ

ให้ที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงาน องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ได้ให้คำจำกัดความว่า งานอาชีพอนามัยคือ งานที่ทำเพื่อผู้ปฏิบัติงานทุกอาชีพ โดยเสริมสร้างให้ผู้ปฏิบัติงานนั้นคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งความเป็นอยู่ ซึ่งอยู่ในสถานะที่ยอมรับได้ในสังคม โดยยึดถือหลักง่ายๆ ว่า เมื่อผู้ปฏิบัติงานมีสุขภาพดี งานที่ทำก็จะออกมาดี แต่เมื่องานที่ทำไม่ดี ไม่ว่าจะเป็นเนื้องาน วัตถุประสงค์ หรือวิธีการก็จะทำให้สุขภาพของผู้ปฏิบัติงานไม่ดีด้วย

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดหัวข้อ ในการพัฒนางานด้านอาชีพอนามัยไว้ดังนี้ 1) ต้องมีแผนบริหารจัดการเกี่ยวกับอาชีพเวชกรรมอยู่ในแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชาติ 2) แผนบริหารจัดการทางอาชีพเวชกรรมนั้นต้องควบคุมการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพอย่างครบวงจร ทั้งนี้อาจรวมถึงครอบครัวของผู้ประกอบอาชีพเหล่านั้นด้วย และ 3) กำหนดยุทธวิธีเป็นแบบ Primary Health Care (PHC) ซึ่ง PHC หมายถึง 1) การสร้างเสริมสุขภาพดีภายในบริเวณที่ทำงาน (Work Place Promotion) โดยยึดหลักว่าผู้ปฏิบัติงานมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ สังคมของผู้ปฏิบัติงานคือสถานที่ทำงานก็จะดีตามไปด้วย 2) การป้องกันโรค โดยการให้ภูมิคุ้มกันทางอาชีพเวชกรรม ซึ่งเน้นเรื่องการป้องกันตนเองเป็นหลัก เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ได้แก่ ถุงมือ Ear Plugs เป็นต้น การปฏิบัติตาม Job Description และยังรวมถึงการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม และการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้วย 3) การค้นหาโรคตั้งแต่เริ่มเป็น ทั้งโรคที่เกิดขึ้นทั่วไปและโรคที่เกี่ยวกับการทำงาน

โดยทำระบบการเฝ้าระวัง ได้แก่การเฝ้าระวังสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค รวมทั้งการจัดระบบห้องรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพ 4) การรักษาโรคตั้งแต่เริ่มเป็น โดยการรักษา การหยุด เปลี่ยน ย้ายงานหรือปรับปรุงเครื่องมือ และ 5) การฟื้นฟูสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน

จากที่กล่าวไปข้างต้นเมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงาน ผู้บริหารองค์การจึงควรมีนโยบายดังนี้ 1) เสริมสร้างให้ที่ทำงานสามารถปรับปรุงแบบการทำงาน ให้มีความหลากหลายที่เหมาะสมกับลักษณะงานและมีโอกาสปรับปรุงงานของตนให้ดีขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถควบคุมตนเองได้ 2) พัฒนาการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ ซึ่งจะส่งผลดีทั้งต่องานและสุขภาพ 3) มีระบบการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ทั้งในรูปของงาน และ/หรือรางวัลอื่นๆ ที่เหมาะสม และ 4) พัฒนาที่ทำงานให้ถูกต้องตามหลักอาชีพอนามัยทั้งด้านเคมี กายภาพ ชีวภาพ เออโกโนมิคส์(Ergonomics) และจิตวิทยาสังคม

ทั้งนี้กลยุทธ์ในการเสริมสร้างสุขภาพในที่ทำงาน ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนนโยบายและข้อบังคับ 2) การให้ความสำคัญในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม 3) การศึกษา ให้ความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ วิจัยหรือพัฒนารูปแบบการศึกษาด้านสาธารณสุข และ 4) การตรวจคัดกรองสุขภาพ

การจัดองค์การ

เนื่องจากสภาพแวดล้อมขององค์กรมีการแข่งขันกันมาก จึงทำให้การจัดองค์การยิ่งมีความ

สำคัญ ที่จะจัดองค์การอย่างไรให้เกิดประสิทธิภาพ ประหยัดและเกิดประสิทธิผล ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ขององค์การ ดังนั้นอันดับแรก โครงสร้างบริหารควรปรับบทบาทและภารกิจขององค์การต้องกำหนดว่าอะไรคือภารกิจหลักขององค์การที่ต้องกระทำ และอะไรไม่ใช่ภารกิจหลักที่ควรให้องค์การอื่นทำ ตลอดทั้งนำภารกิจที่คล้ายกันมารวมกัน เพื่อสายบังคับบัญชาที่สั้นลงและเกิดประสิทธิภาพ สร้างระบบบริหารบุคคลและค่าตอบแทนโดยเน้นสมรรถนะของบุคคล มีข้อตกลงล่วงหน้า มีการประเมินผล ปรับปรุง ฎระเบียบให้ทันสมัยสอดคล้องกับการปฏิรูปองค์การ ปรับโครงสร้างเป็นแนวราบมากที่สุด อันดับสองเน้นความโปร่งใส ตรวจสอบได้ การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานและสังคม มีนิติธรรม ความรับผิดชอบ และคัมค่า อันดับสุดท้ายต้องเสริมสร้างให้เกิดองค์การแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ที่มีจุดมุ่งหมาย กรอบแนวคิดชัดเจน มีวิสัยทัศน์ร่วมกัน เรียนรู้เป็นทีม และมีการคิดอย่างเป็นระบบเป็นต้น

เมื่อองค์การประกอบดังกล่าวครบก็จะเกิดเป็นองค์การที่มีชีวิต เมื่อมุ่งมาตรฐานสากล จะเป็นองค์การแห่งความเป็นเลิศ เมื่อองค์การปรับตัวได้กับสถานการณ์ทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก มีทิศทาง วิสัยทัศน์ มี Road map มี Balance Scorecard (BSC) เป็นตัวชี้วัด ก็จะเกิดเป็นองค์การแห่งกลยุทธ์ และเมื่อครบดังที่กล่าวข้างต้นจะเกิดเป็นองค์การแห่งความคล่องตัว ยืดหยุ่น เป็นองค์การที่อยากให้เป็น ผลสัมฤทธิ์สุดท้ายคือสังคมแห่งการเรียนรู้ (Knowledge Base Society) อย่าง

แท้จริง เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) ได้เปรียบในการแข่งขัน ผู้ปฏิบัติงานอยู่ดีกินดี เกิดประโยชน์สูงสุด สังคมอยู่ด้วยกันอย่างผาสุก เศรษฐกิจโต การเมืองในที่ทำงานมีความชอบธรรม ดังนั้นการจัดองค์การจึงเป็นปัจจัยหนึ่งของที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน ที่เราจำเป็นต้องให้ความสำคัญ

การบริหารทรัพยากรบุคคล

การบริหารทรัพยากรบุคคลเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกองค์ประกอบหนึ่งของการทำให้สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน จากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจและการเมือง ในยุคที่มีการพัฒนาระบบสารสนเทศอย่างรวดเร็ว ทำให้งานการบริหารทรัพยากรบุคคลต้องปรับตัวให้เข้ากับวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ขององค์การ จึงต้องเป็นการบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ (Strategic Human Resource Management) ควบคู่กันไปกับการบริหารงานบุคคลปกติ (Staff Function) ซึ่งการบริหารทรัพยากรบุคคลมีหน้าที่สรรหา/คัดเลือกบุคคลทำงาน พัฒนาศักยภาพบุคคล รักษาบุคลากรที่ดีไว้และใช้คนให้ถูกต้องกับงาน โดยใช้หลักระบบความยุติธรรม (Merit System) ซึ่งได้แก่ หลักความเสมอภาค ความสามารถ ความมั่นคง ความเป็นกลางปราศจากการเมือง การจัดการทรัพยากรบุคคลแบบยืดหยุ่น เช่น ความยืดหยุ่นที่เกิดจากชั่วโมงการทำงาน ความยืดหยุ่นในการจ่ายค่าตอบแทน ความยืดหยุ่นของช่วงเวลาอายุงาน ความยืดหยุ่นในสถานที่ทำงานเป็นต้น นอกจากนี้จะทำอย่างไรให้บุคลากรมีความรู้และทักษะหลาย ๆ อย่าง ซึ่งปัจจัยที่จะทำให้

การบริหารทรัพยากรบุคคลประสบความสำเร็จ ได้แก่ ความรวดเร็ว ความยืดหยุ่น นวัตกรรม การประยุกต์ และการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยเน้น ผู้ปฏิบัติงานให้มีสมรรถนะในส่วนที่มองเห็น ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และส่วนที่ซ่อนเร้น ได้แก่ทัศนคติ คุณค่า ภาวะลักษณะของตนเอง บุคลิกภาพ แรงจูงใจ และค่าตอบแทน การบริหารงานบุคคลโดยใช้ระบบ ความยุติธรรม (Merit System) บุคคลได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ เกิดการมีส่วนร่วมของบุคคลในองค์การ เกิดความรัก จงรักภักดีต่อองค์การ บุคลากรมีใจกับองค์การ ท่วมเทั่งชีวิตจิตใจเพื่อองค์การ เกิดความรัก ห่วงแพพัฒนาองค์การสู่ความเป็นเลิศ ในที่สุดทรัพยากรมนุษย์ (บุคคล) จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด ในการพัฒนาองค์การ ส่วนองค์ประกอบอื่นเช่น งบประมาณ อุปกรณ์/สถานที่ เป็นเพียงเครื่องมือช่วยในการทำงานประสบความสำเร็จ

ดังนั้นที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงาน ผู้บริหาร องค์การจึงต้องมีนโยบายที่ชัดเจน และมีการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพกับบริบทของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม อันประกอบด้วย การเสริมสร้างสุขภาพในที่ทำงาน อาชีวอนามัย การจัดการ และการบริหารทรัพยากรบุคคล ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวต่างมีความสำคัญสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน และมีผลต่อที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงาน

การนำไปใช้ทางการพยาบาล

งานพยาบาลเป็นงานที่ยาก เนื่องจากต้องให้การพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทั้งร่างกาย และจิตใจ ทั้งนี้ผู้ป่วยแต่ละคนมีความคิด ความรู้สึก

และพฤติกรรมที่แตกต่างกัน นอกจากนี้พยาบาลยังทำงานที่สกปรก จำเป็นต้องสัมผัสกับอุจจาระ ปัสสาวะ เศษอาหารที่อาเจียนออกมา เลือด หนอง ฯลฯ และพยาบาลยังทำงานที่เสี่ยงต่ออันตราย เช่น เชื้อโรค สารเคมี เป็นต้น พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีความเสียสละ เป็นมิตร จริงใจ เมตตา กรุณา ดังนั้นเพื่อเสริมสร้างให้พยาบาลทำงานอย่างมีความสุขและปลอดภัย จึงควรเสริมสร้างสภาพแวดล้อม การทำงานของพยาบาลให้เป็นที่ทำงานน่าอยู่ นำทำงาน โดยการเสริมสร้างสุขภาพในที่ทำงาน การจัดการอาชีวอนามัยที่ดี เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของพยาบาลให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนการป้องกันโรค ทั้งที่เกิดจาก เชื้อโรคและที่มิใช่เกิดจากเชื้อโรค การค้นหาโรค และการรักษาโรคตั้งแต่เริ่มเป็น การฟื้นฟูสุขภาพ การจัดการการที่มีประสิทธิภาพ โดยการปรับโครงสร้างบริหารตามบทบาทและภารกิจ ให้สายบังคับบัญชาสั้นลง ปรับปรุงกฎระเบียบให้สอดคล้องกับการปฏิรูปองค์การ มีการบริหารจัดการที่ดี ที่เน้นความโปร่งใส ตรวจสอบได้ การมีส่วนร่วมของพยาบาลทุกระดับและสังคม มีนิติธรรม ความรับผิดชอบ และค่านิยมที่ดี ตลอดทั้งการเสริมสร้างให้พยาบาลในองค์การเกิดการเรียนรู้ พัฒนาเป็น องค์การแห่งการเรียนรู้ และการบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ อันได้แก่ การบริหารทรัพยากรบุคคลแบบยืดหยุ่น เกิดระบบความยุติธรรม สร้างแรงจูงใจในการทำงานทั้งที่เป็นตัวเงินและมีใช้ตัวเงิน ทำให้สถิติการลาออกของพยาบาลมีจำนวนน้อยมาก และเกิดการแข่งขันของพยาบาลที่ต้องการเข้ามาทำงานเป็นจำนวนมาก

เมื่อพยาบาลทำงานในสภาพแวดล้อมที่ดี และปลอดภัย นำอยู่ นำทำงาน ดังได้กล่าวไปแล้ว ก็จะส่งผลให้พยาบาลเกิดความสุขทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำงานอย่างมีชีวิตชีวา มีจุดหมาย

ชัดเจน มีวิสัยทัศน์ร่วมกัน เรียนรู้เป็นทีม มีการคิดอย่างเป็นระบบ เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ เกิดเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ เกิดการพัฒนาแบบยั่งยืน และเป็นองค์การได้เปรียบในการแข่งขัน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2546). คู่มือสำหรับผู้บริหารเรื่อง สถานที่ทำงานนำอยู่ นำทำงาน (ด้านการเสริมสร้างสุขภาพจิตในการทำงาน). กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์ และอนุพงศ์ สุจริตกุล.(2543). นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขนนทบุรี.
- สุเกียรติ อาชานานุภาพ.(2541). วิวัฒนาการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อดุลย์ ปิ่นทกุล.(2544). คู่มืออาชีพเวชศาสตร์ 2000. กรุงเทพฯ : สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย - ญี่ปุ่น).

ประสิทธิผลของดนตรีต่อการลดความปวดแบบเฉียบพลัน : การวิเคราะห์แบบเมตา
Effectiveness of Pain Management on Acute Pain : Meta Analysis

วิจิตร คุสมภ์, วทม. (พยาบาล) รป.ม.,(รัฐประศาสนศาสตร์)*
Wichitra Kusoom, MS.(Nursing) MPA.(Public administration)

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์งานวิจัยแบบเมตาในครั้งนี้เพื่อประเมินประสิทธิผลของการลดความปวดแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและได้รับหัตถการตรวจวินิจฉัยโรค

วิธีการสืบค้น

สืบค้นจากดัชนีปริญญานิพนธ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับดนตรีต่อการลดปวดเกี่ยวกับความปวดแบบเฉียบพลันจากห้องสมุด และฐานข้อมูล CINAHL, MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) in the Cochrane library, PsycINFO, LILAC

เกณฑ์คัดเลือกจากงานวิจัย

งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์แบบเมตาในครั้งนี้คัดเลือกจากงานวิจัยที่มีการสุ่มอย่างสมบูรณ์ (Randomize controlled trial; RCT) และกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของดนตรีต่อการลดความปวดในผู้ป่วยปวดแบบเฉียบพลันเฉพาะในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน คัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพทั้งงานวิจัยที่มีการสุ่มอย่างสมบูรณ์ (RCT) และงานวิจัยกึ่งทดลองซึ่งประเมินประสิทธิผลของการจัดการความปวดโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้วิธีของโคเฮน (Cohen, 1988)

ผลจากการวิเคราะห์: งานวิจัยทั้งหมด 20 เรื่อง เป็นผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจำนวน 1,710 คน กลุ่มตัวอย่างคืองานวิจัยกึ่งทดลองในประเทศไทย 4 เรื่อง และงานวิจัยมีการสุ่มอย่างสมบูรณ์ในต่างประเทศ 16 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยที่มีระดับความปวดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 7 เรื่อง และงานวิจัยที่มีระดับความปวดของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ต่ำกว่าระดับ 0.05 จำนวน 9 เรื่อง ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการลดปวด โดยหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size; ES) พบว่างานวิจัยกึ่งทดลองทำในประเทศไทย มีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลเล็กและพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ES=-0.34;CI-28.31, +16.84) ส่วนงานวิจัยมีการสุ่มอย่างสมบูรณ์ในต่างประเทศ ผลการ

วิเคราะห์ภาพรวมพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ES = -0.23; CI -3.40, +0.90) แสดงว่ากลุ่มที่ได้ฟังดนตรีมีระดับความปวดไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีเสนอแนะ การนำดนตรีมาใช้ทำให้บรรเทาปวดแบบเฉียบพลันได้เล็กน้อย ไม่ควรพิจารณานำมาใช้เป็นหลักในระยะแรกหลังผ่าตัด แต่อาจนำมาใช้ตามความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ และควรศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลดนตรีที่ใช้บรรเทาความปวดโดยการสังเคราะห์งานวิจัยหรือวิเคราะห์งานวิจัยแบบเมต้าจากงานวิจัยในประเทศให้มีจำนวนมากกว่นี้ ควรศึกษาปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยใช้ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล และวัดผลข้างเคียงของยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ คำสำคัญ: ประสิทธิภาพของดนตรี, การลดความปวดแบบเฉียบพลัน, การวิเคราะห์แบบเมต้า

Abstract

Purpose: To evaluate the effectiveness of music on pain relief in acute pain due to post operative, medical therapeutic diagnostic procedure.

Search strategy: Researcher search by manual in libraries and databases CINAHL, MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) in the Cochrane library, PsycINFO, LILAC

Selection criteria: Researcher included randomized controlled trials (RCT) and quasi experimental trials that evaluated the effect of

music on pain level of adults who has more than fifteen year old.

Data collection and analysis: Data was extracted by two independent review authors. Outcome measure were effect size (ES) of pain level. Data were analyzed by using method of Cohen (1988), that presented as effect size (ES) and confidence interval (CI).

Main result : Twenty studies with total 1,710 participants met the inclusive criteria. Four quasi experimental trials were conducted in Thailand. Sixteen RCT were chosen from foreign countries. They were consisted of 7 RCT with no statistical significant ($p > 0.05$) and 9 RCT with statistical significant ($p < 0.05$). The average effect size of quasi experimental trials in Thailand was small effect size which was not statistically significant (ES = -0.34; CI -28.31, +16.84). Meanwhile the RCT in foreign countries were negative effect size which was also not statistically significant. (ES = -0.23; CI -3.40, +0.90)

Conclusion: This Meta-analysis suggests that music can reduce pain intensity in low level which should not be considered as primary intervention for acute pain. Further studies should be synthesized more researches in Thailand. The analgesic consumption, length of hospitalization and reverse effect related opioid should also be focused.

Key words: Effectiveness of Pain Management, Acute Pain, Meta Analysis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดแบบเฉียบพลันเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคและการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน เกิดความเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Laurion & Fetzer, 2003; Siedlieki & Good, 2006) การจัดการความปวดมีทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งการใช้ยาแก้ปวดทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น กัดกร่อนทางใจ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก (McDonald, 2003; Hader, 2004) จึงได้มีการนำดนตรีมาใช้อย่างกว้างขวางร่วมกับการรักษาพยาบาลตามปกติเพื่อบรรเทาปวด ลดปริมาณการใช้ยาแก้ปวดเพราะเสี่ยงต่ออันตรายค่อนข้างน้อย และราคาไม่แพง (Chan et al, 2006) การฟังดนตรีเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ ทำให้ลดความวิตกกังวล ผ่อนคลาย ลดความดันโลหิต และลดความรุนแรงของความปวดได้ (Laurion, 2003; Siedlieki & Good, 2006) ก่อให้เกิดความสบายใจ สงบ ผิงพอใจ ผ่อนคลาย จึงทำให้เพิ่มการทำงานของเซลล์เอสจี ซึ่งมีผลไปปิดประตูกันสัญญาณความปวดไม่ให้ขึ้นไปในระบบควบคุมส่วนกลาง ขณะเดียวกันจะมีการกระตุ้นต่อม พิทูอิตารีให้หลั่งเอนดอร์ฟิน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ทำให้สงบ สบายใจ และผิงพอใจ นอกจากนี้ยังมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติทำให้อัตราการหายใจ ชีพจรและความดันโลหิตลดลง (Siedlieki & Good, 2006) ทำให้ลด

ความวิตกกังวลในขณะที่ทำหัตถการ ลดปริมาณการใช้ยานอนหลับและยาแก้ปวด ซึ่งการใช้ดนตรีบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลที่ควรจัดให้ผู้ป่วยที่ได้รับหัตถการที่เสี่ยงต่ออันตราย จากการศึกษารายงานของดวงดาว ดุลยธรรม, ประณีต ส่งวัฒนา, สุดสิริ หิรัญชอุณหะ, สุนทร โสทธิพันธ์ (2545) เกี่ยวกับผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความเจ็บปวดลดลง อัตราชีพจร การหายใจ ความดันโลหิตลดลง และการใช้ยาแก้ปวดลดลง ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนนิลสัน (Nilsson, 2003b) ศึกษาผลของดนตรีในผู้ป่วยปวดหลังผ่าตัดพบว่าระดับความปวดต่ำกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปริมาณยาแก้ปวดที่ใช้และอาการคลื่นไส้อาเจียนไม่แตกต่างกัน และจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับดนตรีลดความปวดของซีพีดา (Cepeda, 2006) ซึ่งเป็นงานวิจัยมีการสุ่มอย่างสมบูรณ์ (RCT) ของต่างประเทศ และพบว่าผลของดนตรีทำให้ลดปวดได้น้อย

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความสนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัดความปวดในผู้ป่วยปวดชนิดเฉียบพลันเป็นจำนวนมากแต่เป็นการยากที่จะสรุปว่าจะนำมาปฏิบัติได้ดีหรือไม่ ซึ่งการสังเคราะห์งานวิจัยหรือทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เป็นการบูรณาการจากงานวิจัยหลาย ๆ เรื่องมาสรุปผลและเป็นการยืนยันผลการวิจัย (Audit commission 1997 cited in Seers, Crichton, Carroll, Richards, Saunders, 2004;

Taylor & Frocher,2004) และการวิเคราะห์แบบเมตา (meta analysis) เป็นวิธีที่มีความน่าเชื่อถือ ทำให้ลดความลำเอียง (อุทุมพร จามรมาน, 2531; Closs & Cheater,1999; Moher et al.,1999) และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice;EBP)ที่เป็นที่ยอมรับมากที่สุดในประเทศตะวันตก ซึ่งคุกและคณะ (Cook et al.,1997) ได้ให้คำจำกัดความว่าหมายถึงการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับงานวิจัยหลาย ๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน เป็นวิธีทางวิทยาศาสตร์ที่มีความคลาดเคลื่อนหรือการลำเอียงน้อยที่สุด ซึ่งการสังเคราะห์ผลของการวิจัยด้านสุขภาพมีลักษณะที่มุ่งเน้นตอบคำถามทางคลินิก และเป็นหลักฐานการอ้างอิงเพื่อการตัดสินใจทางคลินิกแก่ผู้ปฏิบัติ ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิผล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Closs&Cheater, 1999) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ดนตรีเพื่อลดความปวดแบบเฉียบพลัน ที่เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มอย่างสมบูรณ์ในต่างประเทศและงานวิจัยกึ่งทดลองในประเทศไทย มาใช้ในการวิเคราะห์แบบเมตาในครั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อสรุปมาเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ และเป็นองค์ความรู้ที่จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อด้านการพยาบาลและด้านการศึกษาในการบรรเทาความปวดแบบเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์เมตา

เพื่อประเมินประสิทธิผลของดนตรีต่อการลดความปวดแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและผู้ป่วยที่ได้รับหัตถการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษา

ระเบียบวิธีในการวิเคราะห์เมตา

วิธีการสืบค้น

สืบค้นจากดัชนีปริณยานิพนธ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บปวดอย่างเฉียบพลัน จากจากห้องสมุด และจากฐานข้อมูล CINAHL, MEDLINE Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) in the Cochrane library, PsycINFO, LILAC เพื่อสืบค้นการอ้างอิง (citation) ตั้งแต่ปี พ.ศ 2528- 2549 (ค.ศ 1985-2006)

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น

สืบค้นข้อมูลจากคำสำคัญ (keywords) ดังนี้ pain, postoperative pain, acute pain, pain management, postoperative recover, musical therapy, analgesia, nursing, perioperative care, medical procedure, pain palliative

เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์แบบเมตาในครั้งนี้คืองานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของดนตรีเพื่อลดความปวดแบบเฉียบพลันจากการผ่าตัดและการตรวจวินิจฉัยโรค ที่มีเกณฑ์คัดเลือกจากงานวิจัย 1) งานวิจัยมีการสุ่มอย่างสมบูรณ์ (RCT) และงานวิจัยกึ่งทดลอง 2) ศึกษาเกี่ยวกับผลของดนตรีเพื่อลดปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 3) ประเมินงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือที่ดัดแปลงมาจาก ของ อุทุมพร จามรมาน (2531) และของ Dutch Quality Institute for Health Care Improve/ Dutch Crochrane Centre

(<http://www.cochrane.nl>) ซึ่งเป็นแบบเช็คลิสระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมเช่น การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีการจัดกระทำ มีการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและควบคุม แต่ละกลุ่มมีพื้นฐานใกล้เคียงกัน 4) สถิติที่ใช้เหมาะสม มีค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5) การอภิปรายผลที่ชัดเจน จากการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยโดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ซึ่งพบว่าม้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 43 เรื่อง แต่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและถูกคัดเข้าจำนวน 20 เรื่อง และไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 23 เรื่อง ผู้วิเคราะห์เมตาดำรงงานวิจัยอย่างน้อย 3 รอบ แล้วบันทึกงานวิจัยในแบบสรุปรายงานการวิจัย แล้วติดต่อกับผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน และนำโครงร่างการวิเคราะห์แบบเมตาดำรงงานวิจัยแต่ละเรื่อง งานวิจัยเต็มฉบับแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบเกี่ยวกับการประเมินงานวิจัยซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพงานวิจัยได้ตรงกันทุกข้อ

ชนิดของผู้เข้าร่วมวิจัย (Participant)

ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ปวดเฉียบพลันจากการหัตถการการตรวจวินิจฉัยโรค และการผ่าตัด

ชนิดของการจัดกระทำ (Intervention)

การทดลองหรือมีการจัดกระทำกับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้วิจัยจัดดนตรีให้ฟัง หรือให้ผู้ป่วยเลือกดนตรีเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้วิธีของโคเฮน (Cohen, 1988) และนำเสนอโดยใช้ค่าขนาดของผลการทดลองหรือขนาดอิทธิพล (Effect size) เพราะค่า

ขนาดอิทธิพลเป็นค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่มีความสำคัญในการวิเคราะห์แบบเมตาดำรง (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2549; Taylor-Pillae & Froelicher, 2004) เพื่อให้ นักวิจัยและผู้ปฏิบัติ การพยาบาลมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งใช้ ช่วงระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ 95 เปอร์เซนต์ (95 %Confidence interval; CI)

วิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size; ES)

โดยใช้สูตร

$$d = \frac{\text{Mean}_e - \text{Mean}_c}{S_{\text{pool}}}$$

$$S_{\text{pool}} = \sqrt{\frac{(n_e - 1)S_e^2 + (n_c - 1)S_c^2}{N_e + n_c - 2}}$$

ค่า d หมายถึง ความแตกต่างของการทดลอง หรือ เรียกว่า ขนาดอิทธิพล (Effect size; ES)

การแปลผลค่าขนาดอิทธิพลของโคเฮน (cited in Taylor-Pillae & Froelicher, 2004)

ค่าขนาดอิทธิพลมากกว่า 0.80 = ขนาดอิทธิพลใหญ่

ค่าขนาดอิทธิพลมากกว่า 0.50 = ขนาดอิทธิพลปานกลาง

ค่าขนาดอิทธิพลน้อยกว่า 0.20 = ขนาดอิทธิพลเล็ก

วิเคราะห์ช่วงระดับความเชื่อมั่นในระดับ

95 เปอร์เซนต์ (Confidence interval; CI) ของงานวิจัยในประเทศไทยและในต่างประเทศ โดยใช้โปรแกรม SPSS (Version 10.0)

ผลของการวิเคราะห์เมตาดำรง

ลักษณะของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์วิจัยแบบเมตาดำรงในครั้งนี้ มีงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยใช้ดนตรีในผู้ป่วยปวดแบบเฉียบพลัน จากการผ่าตัดและการ

ตรวจรักษาในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 -2006 มีจำนวน 42 เรื่อง พบว่ามีการวิจัยที่ได้ตามเกณฑ์เพียง 20 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ มีระเบียบวิธีวิจัยเหมาะสม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเหมาะสม อภิปรายผลชัดเจน มีการจัดกระทำ (Intervention) คือดนตรี และตัวแปรตามที่ต้องการวัดคือความปวดโดยให้ผู้ป่วยประเมินด้วยวาจา และเปรียบเทียบเป็นตัวเลข จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย 1,710 คน เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มอย่างสมบูรณ์ (RCT) ในต่างประเทศ 16 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ผลของการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่ระดับ 0.05 จำนวน 9 เรื่อง และงานวิจัยที่ผลของการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 7 เรื่อง และงานวิจัยกึ่งทดลองประเทศไทย 4 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ผลการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกเรื่อง มีงานวิจัยที่ประเมินความปวดหลังผ่าตัด 9 เรื่อง เช่น หลังผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และประเมินความปวดขณะทำหัตถการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค 11 เรื่อง เช่น การส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่ ส่องกล้องทางนรีเวช-กรรม สลายนิ่ว เย็บแผลฉีกขาด ถอดท่อระบายทรวงอก ขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารี

ประสิทธิผลของดนตรีในการลดปวด

ผลการวิเคราะห์เมตาโดยหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect size; ES) พบว่างานวิจัยกึ่งทดลองที่ทำในประเทศไทยมีค่าขนาดอิทธิพลตั้งแต่ -0.43 ถึง -2.45 ซึ่งค่าอิทธิพลติดลบหมายถึงระดับความปวดของกลุ่มทดลองมีระดับต่ำกว่าความปวดของกลุ่มควบคุม และพบว่ามีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่จำนวน 2 เรื่อง มีค่าขนาดอิทธิพลกลาง จำนวน 1 เรื่อง และมีอิทธิพลเล็ก 1 เรื่อง ส่วนงานวิจัยที่มีการสุ่มอย่างสมบูรณ์ในต่างประเทศ 9 เรื่องมีค่าขนาดอิทธิพลตั้งแต่ -0.23 ถึง -0.96 และพบว่ามีค่าขนาดอิทธิพลใหญ่จำนวน 1 เรื่อง มีค่าขนาดอิทธิพลกลาง 4 เรื่อง ส่วนค่าขนาดอิทธิพลเล็กมี 3 เรื่อง

ส่วนค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลโดยรวมของงานวิจัยกึ่งทดลองในประเทศไทยมีค่าอิทธิพลเล็กซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($ES = -0.34$; $CI = -28.310, +16.835$) และค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่มีการสุ่มอย่างสมบูรณ์ในต่างประเทศมีค่าอิทธิพลเล็ก ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($ES = -0.23$, $CI = -3.40, +0.90$) เช่นเดียวกันดังตาราง

ตาราง งานวิจัยทั้งในประเทศไทย และในต่างประเทศ

งานวิจัย	ลักษณะงานวิจัย	N	Mean (SD) C	Effect size	95% CI	
					Lower	Higher
ในประเทศไทย	กึ่งทดลอง (Quasi)	4	E=7.62(7.12) C=13.35(17.02)	-0.34	-28.31	+16.84
ในต่างประเทศ	มีการสุ่มอย่าง สมบูรณ์ (RCT)	9	E= 5.354(5.58) C=6.792(6.79)	-0.23	-3.40	+0.90

(E= กลุ่มทดลอง C= กลุ่มควบคุม)

จากตารางพบว่างานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีอิทธิพลเล็ก ช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95 เปอร์เซนต์ พบว่ามีค่าควบคุม แสดงว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ES=-0.34, CI=-28.31, + 16.84, ES=-0.23, CI=-3.40,+0.90)

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยบางเรื่องประเมินด้านอื่นๆได้แก่

มีงานวิจัย 1 เรื่องพบว่ากลุ่มที่ฟังดนตรีมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 35 กลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 53 และอีก 1 เรื่องพบว่ากลุ่มที่ฟังดนตรีมีอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยมีค่าเฉลี่ย 1.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.9 กลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีมีค่าเฉลี่ย 1.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.9 และมีงานวิจัยในประเทศไทยพบว่ากลุ่มที่ได้ฟังดนตรี มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

งานวิจัย จำนวน 5 เรื่องที่ประเมินปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยใช้ พบว่ากลุ่มที่ฟังดนตรี ใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอีก 3 เรื่องใช้ยาแก้ปวดไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้มีงานวิจัย 3 เรื่องที่ประเมินความพึงพอใจ โดยพบว่ากลุ่มที่ได้ฟังดนตรีมีความพึงพอใจและต้องการฟังดนตรีอีก

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ห้วงวิจัยแบบเมตาในครั้งนี้มีงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยปวดแบบเฉียบพลัน จากการผ่าตัด การตรวจรักษาและการวินิจฉัยโรค โดยใช้ดนตรีตั้งแต่ปี ค.ศ 1985 - 2006 จำนวน 42 เรื่อง แต่มีงานวิจัยที่ได้ตามเกณฑ์เพียง 20 เรื่อง แบ่งออกเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองในประเทศไทย 4 เรื่อง มีผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (Participants) จำนวน 130 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยปวดจากการผ่าตัดทั้งหมด (โฉมณภา กิตติศัพท์,

2536; ดวงดาว ดุลยธรรม, ประณีต ส่งวัฒนา, สุตสิริ ทิรัญชุนทะ, สุนทร โสทธิพันธ์, 2545; บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2528; เอมอร อตุลโกคารม, 2543) พบว่าประสิทธิผลของดนตรีลดความปวดมีค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลโดยรวมติดลบ ซึ่งมีค่าอิทธิพลเล็ก เมื่อหาช่วงของความเชื่อมั่นที่ระดับ 95 เปอร์เซ็นต์ พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($ES = -0.34$; $CI -28.310, +16.835$) แสดงว่าผู้ป่วยฟังดนตรีแล้วระดับความปวดไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี ซึ่งงานวิจัยทุกเรื่องระบุมุมมองแนวคิดในการวิจัย แต่กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กคือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน จำนวน 3 เรื่อง และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งไม่มีการสุ่มอย่างสมบูรณ์ แต่มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและควบคุมเฉพาะรายแรก รายต่อไปมีการจับคู่ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด นับว่ามีการสุ่มยังไม่เพียงพอหรือเป็นการสุ่มที่ยังไม่สมบูรณ์ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความเท่าเทียมกัน อาจส่งผลต่อตัวแปรที่ต้องการวัด (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544; วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545; Norwood, 2000) ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวมีผลต่อค่าขนาดอิทธิพลได้

สำหรับงานวิจัยมีการสุ่มอย่างสมบูรณ์ (RCT) ในต่างประเทศ 16 เรื่อง ซึ่งนับว่าเป็นงานวิจัยทางคลินิกที่มีมาตรฐานสูง (Gold standard) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด (Norwood, 2000) ซึ่งให้ผู้ป่วยเลือกดนตรีด้วยตนเอง 15 เรื่อง และผู้วิจัยเลือกดนตรีให้ 1 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยที่ผลของการทดลองพบว่ากลุ่มที่ฟังดนตรีและกลุ่มที่

ไม่ได้ฟังดนตรีระดับความปวดไม่ต่างกันหรือแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) จำนวน 7 เรื่อง มีผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 675 คน (Broscious, 1999; Cadigan, Caruso, Haldeman, McNamara, Noyes, 2001; Cepeda, Diaz, Hernandez, Daza, Carr, 1998; Good, 1995; Nilsson, Rawal, Unestahl, Zetterberg, Unosson, 2001; Nilsson, Rawal, Enqvist, Unosson, 2003; Yilmaz, Ozcan, Basar, Basar, Batislam, Ferhat, 2003) ส่วนงานวิจัยที่ผลของการทดลองพบว่ากลุ่มที่ฟังดนตรีและกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีระดับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มอย่างสมบูรณ์ทั้งหมด 9 เรื่อง มีผู้ป่วยที่เป็นผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 905 คน (Chan, Lee, Ng, Ngan, Wong, 2003; Chlan Evans, Greenleaf, Walker, 2000; Good, Stanton-Hicks, Grass, Cranston, Choi, Schoolmeesters-Salmon, 1999; Heitz, Symreng, Scamman, 1992; Ikonomidou, Rehnstrom, Naesh, 2004; Laurion, & Fetzer, 2003; Lee et al., 2002; Menegazzi, Paris, Kersteen, Flynn, Trautman, 1991; Nilsson, Rawal, Unosson, 2003b) จากการวิเคราะห์ แบบเมต้าพบว่ามีความแตกต่างอิทธิพลเล็กซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($ES = -0.23$; $CI = -3.40, +0.90$) แสดงว่ากลุ่มที่ฟังดนตรีและกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีระดับความปวดไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของอีแวน (Evan, 2002) ที่พบว่าดนตรีลดปวดหลังผ่าตัดและลดปวดจากการทำหัตถการตรวจวินิจฉัยโรคได้น้อย

และพบว่า การเลือกชนิดของดนตรีให้หรือผู้ป่วยที่เลือกดนตรีด้วยตนเอง ในภาพรวมทำให้ลดความปวดไม่แตกต่างกัน และงานวิจัยในประเทศไทยและในต่างประเทศโดยภาพรวมพบว่ากลุ่มที่ฟังดนตรีและกลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีระดับความปวดไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับเฮคแมต (Heckmat, 1993) และจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของซีพีดา (Cepeda, 2006) พบว่าดนตรีลดปวดได้น้อยและการที่ให้ผู้ป่วยเลือกดนตรีเองหรือจัดดนตรีให้มีผลไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ มีงานวิจัยบางเรื่องวัดปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยใช้ ซึ่งพบว่า มีงานวิจัย 2 เรื่อง ที่กลุ่มที่ฟังดนตรีใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2528; ดวงดาว ดุลยธรรม, ประณีต ส่งวัฒนา, สุดสิริ หิรัญชุนทะ, สุนทร โสทธิพันธ์, 2545) ส่วนอีก 2 เรื่องพบว่าปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยใช้ไม่แตกต่างกัน (Good, 1995; Laurion & Fetzer, 2003; Nilsson, 2003b) สอดคล้องกับซีพีดา (Cepeda, 2006) ที่พบว่า มีงานวิจัยเกี่ยวกับผลของดนตรีลดปวดที่พบว่าปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยใช้มีทั้งที่แตกต่างกันและไม่แตกต่างกันแต่ในภาพรวมพบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนลอเรียนและเฟตเซอร์ (Laurion & Fetzer, 2003) พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาของกลุ่มทดลองร้อยละ 35 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 53 ส่วนการศึกษาของนิลสัน (Nilsson, 2003b) พบว่าภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับปริมาณยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่ผู้ป่วยใช้และผลข้างเคียงมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่

ประเมินผลข้างเคียงของยาแก้ปวด นอกจากนี้ มีงานวิจัย 4 เรื่องที่ประเมินความพึงพอใจ โดยพบว่ากลุ่มที่ได้ฟังดนตรีมีความพึงพอใจและต้องการฟังดนตรีอีก (เอมอร อตุลโกคาธ, 2543 ; Chlan, 2000; Heitz, Symreng, Scamman, 1992; Menegazzi, Paris, Kersteen, Flynn, Trautman, 1991) อย่างไรก็ตาม ไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของกลุ่มที่ได้ฟังดนตรีและไม่ได้ฟังดนตรี

สรุปการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้วิเคราะห์เมตาสรุปว่าดนตรีลดความปวดแบบเฉียบพลันได้เล็กน้อย ยังไม่มีความชัดเจนในการนำไปใช้ในทางคลินิก จึงไม่ควรพิจารณานำดนตรีไปใช้เป็นวิธีแรกในการบรรเทาปวดหลังผ่าตัดหรือในขณะที่ทำหัตถการและหลังทำหัตถการตรวจวินิจฉัยโรค อาจพิจารณานำดนตรีมาใช้โดยขึ้นอยู่กับความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรศึกษาซ้ำโดยรวบรวมงานวิจัยที่มีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างสมบูรณ์ และมีจำนวนงานวิจัยในประเทศไทยที่มากกว่านี้ และศึกษาปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยใช้ ผลข้างเคียงของยาแก้ปวด ความพึงพอใจของผู้ป่วย ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนค่ารักษาพยาบาล

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันโดยใช้วิธีอื่น ๆ และแบบผสมผสาน

เอกสารอ้างอิง

- โฉมณา กิตติศัพท์.(2536). ผลของดนตรีต่อการลดความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ดวงดาว ดุลยธรรม, ประณีต ส่งวัฒนา, สุดสิริ ทิรัญชุนหะ, สุนทร โสทธิพันธ์.(2545) ผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตึงกระดูกต้นขา วารสารสภาการพยาบาล. 11 (เม.ย-มิ.ย), 36-54.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2528). ผลของดนตรีต่ออาการเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล.(2544). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล.โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพมหานคร.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ.(2545). การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวทางปฏิบัติ. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่.
- เอมอร อุดลโกคาธ.(2543).ผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อุทุมพร จามรมาน. (2531). การสังเคราะห์งานวิจัย: เชิงปริมาณ (Research Synthesis : A Quantitative Approach) เน้นการวิเคราะห์เมตต้า (A Meta Analysis). คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร: ฟันนี้พับลิชชิง
- Broscious S.K.(1998). Music: an intervention for pain during chest tube removal after open heart surgery. *American Journal of Critical Care*. 8 (6):410-5.
- Cadigan, M.E., Caruso, N.A., Haldeman, S.M., McNamara, M.E., Noyes D.A.(2001). The effects of music on cardiac patients on bed rest. <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/reflink?>
- Cepeda MS, Diaz JE, Hernandez V, Daza E, Carr DB.(1998). Music does not reduce alfentanil requirement during patient-controlled analgesia (PCA) use in extracorporeal shock wave lithotripsy for renal stones. *Journal Pain Symptom Management*. 16(6):382-7.
- Cepeda, M.S, Carr,D.B,Lau, J, Alvarez,H.(2006). Music for pain relief. <http://www.cochrane.org/reviews/en/aboo483.htm/>
- Cohen,J.(1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ:Lawerence Erlbaum.

- Cook, D. et al.(1997). Systematic reviews: Synthesis of best evidence for clinical **Annal of Internal Medicine**. 126 (5). 376-380.
- Chan, M.F. et al.(2006).Effect of music on patients undergoing a C-clamp procedure after percutaneous coronary interventions. **Journal of Advance Nursing**. 53(6) 669-679.
- Chan, YM., Lee, P.W., Ng, TY., Ngan, HY., Wong, LC.(2003). The use of music to reduce anxiety for patients undergoing colposcopy: a randomized trial. **Gynecology Oncology**. 91 (1):213-7.
- Chlan L, Evans D, Greenleaf M, Walker J. (2000). Effects of a single music therapy intervention on anxiety, discomfort, satisfaction, and compliance with screening guidelines in outpatients undergoing flexible sigmoidoscopy.<http://www.gastroenterologynursing.com/pt/re/gastronurse/abstract.list>
- Closs, S.J. & Cheater,F.M.(1999). Evidence for nursing practice: a clarification of the Issues. **Journal of Advance Nursing**. 30 (1) : 10 -7.
- Dutch Crocrane Centre. Therapy Checklist Randomized Controlled Trial (extended version).
<http://www.cochrane.nl>.
- Evan,D,(2002). The effectiveness of musical an intervention for hospital patients: a systematc review. **Journal of Advance Nursing**. 37 (1) : 8-18.
- Good, M., Stanton-Hicks, M., Grass, J.A., Cranston, A.G., Choi, C., Schoolmeesters-Salmon, A.(1999). Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music and their combination. **Pain**. 81(1-2):163-72.
- Good M. (1995) A comparison of the effects of jaw relaxation and music on postoperative pain. **Nursing Research**. 44(1):52-7.
- Hader , C.F., Guy, J. (2004). Your hand in pain offer patients ASA, therapeutic response to pain. **Nursing Management**. November: 22-47. <http://www.joannabriggs.edu.au>
- Heckmat HM, Hertel JB.(1993). Pain attenuating effects of preferred versus non- preferred music interventions. **Psychology of Music**. 21:163-73.
- Heitz L, Symreng T, Scamman FL.(1992). Effect of music therapy in the postanesthesia care unit: a nursing intervention. **Journal of Post Anesthesia Nurse**. 7(1):22-31.
- Ikonomidou, E., Rehnstrom, A., Naesh, O. (2004). Music on vital sings and postoperative Pain. **AORN**. Aug: 269-278.

- Laurion, S.& Fetzer, SJ. (2003). The effect of two nursing interventions on the postoperative outcomes of gynecologic laparoscopic patients.<http://www.jopan.org/article/PIIS108994720300131>.
- Lee, DW., et. al.(2002). Relaxation music decreases the dose of patient controlled sedation during colonoscopy: a prospective randomized controlled trial.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez//quer.fcgi?cmd=search&db=Pubmed>.
- McDonald, D.D., Thomas,G.J.,Livingston.,K.E.,Severson.J.S. (2005). Assisting older adults to communicate their postoperative pain. *Clinical Nursing Research*. 14 (2): 109-125.
- Menegazzi, JJ., Paris, PM., Kersteen, CH., Flynn B., Trautman, DE.(1991)
A randomized, controlled trial of the use of music during laceration repair.
<http://www.sciencedirect.com/science?ob=articleURL&udi=B6WBO-4G82K>
- Moher, D. et al.,(1999). Improving the quality of reports of meta - analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement” *The LANCET*. 354 (November 27): 1896-1900.
- Nilsson. U., Rawal, N., Unestahl, LE., Zetterberg, C., Unosson, M..(2001). Improved recovery after music and therapeutic suggestions during general anaesthesia: a double-blind randomised controlled trial. *Acta Anaesthesia of Scandinavia*. 45(7):812-7.
- Nilsson, U., Rawal N, Enqvist, B., Unosson, M. (2003). Analgesia following music and therapeutic suggestions in the PACU in ambulatory surgery; a randomized controlled trial. *Acta Anaesthesia of Scandinavia*. 47(3):278-83.
- Nilsson, U., Rawal, N., Unosson, M. (2003b). A comparison of intra-operative or postoperative exposure to music - a controlled trial of the effects on postoperative pain. *Anaesthesia*. 58(7): 699-703.
- Norwood, S.L.(2000). *Research strategies for advance practice nurses*. NJ: Prentice Hall Health.
- Seer, K.,Crichton, N.,Carroll, D.,Richard, S., Saunders,T.(2004). Evidence based postoperative pain management in nursing: is a randomized- controlled trial the most appropriate design?. *Journal of Nursing Management*. 12: 183-193.
- Siedlieki, SL &Good, M.(2006). Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of Advance Nursing*. 55 (June): 553-562.

Taylor-Piliae, R.E.& Froelicher E.S.(2004). The effectiveness of Tai Chi exercise in improving aerobic capacity: ameta analysis. **Journal of Cardiovascular Nursing**. 19(1): 48-57.

Yilmaz E, Ozcan S, Basar M, Basar H, Batislam E, Ferhat M. (2003). Music decreases anxiety and provides sedation in extracorporeal shock wave lithotripsy.**Urology**. 61(2): 282-6.