



การทำสมาธิด้วยพลังพิระมิดลดความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดใหญ่

สิริรัตน์ จันทระโน*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ทำเพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและความถี่ของการใช้ยาระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง. ตัวอย่างศึกษาเป็นชาย กำหนดคุณสมบัติเจาะจงและแบ่งกลุ่มแบบจับคู่เป็น ๒ กลุ่ม กลุ่มละ ๑๕ คน. กลุ่มทดลองได้รับยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัดตามแบบการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการทำสมาธิด้วยพลังพิระมิด. กลุ่มควบคุมได้รับยาแบบกลุ่มแรกแต่ไม่ได้ทำสมาธิ. การวัดระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดทำ ๒ ครั้ง คือ เมื่อครบ ๒๔ และ ๔๘ ชั่วโมง โดยวิธีให้คะแนนตามการแสดงความเจ็บปวดทางสีหน้า และโดยพิจารณาตามวิธีของบัพเพญจิต แสงชาติ, นัย และบันทึกจำนวนครั้งของการให้ยาระงับปวดในช่วงเวลา ๒๔ และ ๔๘ ชั่วโมง. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบค่าทีและไทมสแควร์.

ผลการวิจัย : ๑. กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดใน ๒๔ และ ๔๘ ชั่วโมงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. ๒. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งของการให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในช่วง ๒๔ และ ๔๘ ชั่วโมงไม่แตกต่างกันโดยนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ มากกว่า ๐.๐๕. ค่าเฉลี่ยของการให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วง ๒๔ ชั่วโมงเท่ากับ ๒.๖๖, ๓.๕๓ และ ๔๘ ชั่วโมงเท่ากับ ๐.๑๓, ๐.๖๐ ตามลำดับ.

ได้อธิบายว่าการใช้สมาธิด้วยพลังพิระมิดบำบัดมีผลช่วยลดระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดใหญ่ เนื่องจากพลังพิระมิดช่วยทำให้จิตนิ่งเกิดสมาธิง่าย แม้ในกรณีผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์การทำสมาธิมาก่อนก็ตาม และในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับทุกขุทธานจากความเจ็บปวดเรื้อรัง หรือรายที่มีอาการทรมานหนัก.

คำสำคัญ: สมาธิ, พลังพิระมิด, บรรเทาความเจ็บปวด, การผ่าตัดใหญ่

ภูมิหลังและเหตุผล

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นอาการเจ็บปวดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในช่วงระยะเวลา ๑-๓ วันแรกหลังได้รับการผ่าตัด. ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกเจ็บปวดในระดับที่รุนแรงจนแทบทนไม่ได้ โดยแพทย์จะสั่งให้ยาระงับหรือบรรเทาปวดเมื่อจำเป็นทุก ๔-๖ ชั่วโมงเป็นเวลา ๑-๒ วันหลังผ่าตัด. ธนิต วัชรพุกกั* กล่าวแนะนำว่า “ผู้ป่วยควรได้รับยา

แก้ปวดหลังผ่าตัดอย่างเพียงพอ เพื่อลดความทรมานและช่วยให้ได้พักผ่อน. ผู้ป่วยที่หายปวดสามารถยับยั้งตัวช่วยตัวเองได้ดีขึ้น หายใจได้ดี เป็นการช่วยลดปัญหาทางปอด และปัญหาปัสสาวะไม่ออกด้วย. อาการปวดจะลดลงเป็นลำดับเมื่อผ่าน ๔๘ ชั่วโมงไปแล้ว. ถ้ายังปวดมากแสดงว่าอาจมีภาวะผิดปกติเกิดขึ้น. ยาแก้ปวดที่ใช้หลังผ่าตัดใหญ่ ได้แก่ กลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งควรใช้ในขนาดที่ไม่สูงนัก แต่ให้ถี่เพื่อบรรเทาอาการปวดโดยไม่กดศูนย์ควบคุมการหายใจในสมอง.

บทบาทของพยาบาลในการจัดกิจกรรมเพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดเป็นการทำหยาและพิสูจน์ประสิทธิภาพของ

*คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๐๐๐

พยาบาลในการบริหารผู้ป่วยโดยตรง. ด็อคสัน ซึ่งอ้างโดย ซอตเออร์ (Sotaer)^๒ กล่าวว่า “พยาบาลควรจะได้มีการฝึกปฏิบัติวิธีการต่าง ๆ เกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย” เพื่อนำมาใช้บรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงการให้ยาระงับปวดเป็นอันดับแรก เพราะการให้ยาระงับปวดอาจมีผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายได้.

การทำสมาธิเป็นการบำบัดแบบองค์รวมอย่างหนึ่ง ซึ่งมีประวัติศาสตร์อันยาวนานของหลายศาสนา เช่น พุทธ คริสต์ และอิสลาม. ในทางพุทธศาสนา การปฏิบัติสมาธิเป็นการสร้างความสงบแห่งจิตชั่วขณะ หรือสมถกรรมฐานซึ่งองค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ทรงตรัสรู้และทรงสั่งสอนเผยแพร่ไว้อย่างมากมายดังปรากฏในพระไตรปิฎก. ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถพิจารณาเลือกให้เหมาะสมกับจริตของแต่ละบุคคลซึ่งต่าง ๆ กัน. พระอริยคุณาธาน^๓ กล่าวว่าในการทำสมาธิวิธีใดก็ตามเป็นการกำหนดจิตให้อยู่ในความสงบนิ่งไม่ฟุ้งซ่านผู้ปฏิบัติต้องมีความมานะอดทนในการฝึกฝนอย่างตั้งใจเอาชนะใจตนเอง ด้วยความเพียรพยายาม และต้องใช้เวลาฝึกฝนด้วยตนเองเท่านั้น จึงจะประสบกับความสำเร็จ (บางคนทำไม่ได้เพราะไม่สามารถคุมจิตให้นิ่งได้). เมื่อจิตใจสงบนิ่งจนเกิดเป็นสมาธิแล้ว สมอระบอบลิมบิกของร่างกายจะหลั่งสารเอนดอร์ฟิน ที่เรียกว่า “สารสุข” ซึ่งมีสมบัติเป็นมอร์ฟินธรรมชาติ^๔ ร่างกายผลิตขึ้นได้เองด้วยการทำงานของสมอง จึงส่งผลให้อาการเจ็บปวดทุกข์ทรมานทุเลาลงโดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาบรรเทาปวด. การปฏิบัติสมาธิของพระอาจารย์รตน์ รตนญาโณ เป็นการสั่งสมบารมีธรรม ซึ่งองค์ความรู้ได้จากการปฏิบัติสมาธิด้วยตนเองจนเกิด “ญาณทัศนะ” ซึ่งเป็นญาณชั้นสูงที่เหนือเหตุผลอธิบาย. พระมหาจรรยา สุทธิญาโณ^๕ กล่าวว่าประโยชน์ของการเจริญภาวนาอย่างถูกต้องด้วยการตั้งเป้าหมายและเข้าใจในกระบวนการย่อมจะเกิดญาณทัศนะ เมื่อฝึกจิตสงบไม่มีกิเลสใด ๆ ครอบงำแล้ว จิตใจย่อมจะเปิดสว่างไสวไปด้วยปัญญามองเห็นสภาวะธรรมทั้งปวงตามความเป็นจริง. พระอาจารย์รตน์ รตนญาโณ กล่าวย้ำเสมอว่าพระมิตมิใช่คำสอนของศาสนาพุทธ เพราะไม่ใช่การหลุดพ้นทุกข์อย่างถาวร พลังพระมิตเป็นศักยภาพของวิทยาศาสตร์ทางจิตที่สามารถถ่ายทอดให้ผู้อื่นรู้และสัมผัสได้จริง. พลังพระมิตสามารถนำมาเป็นอุปกรณ์ช่วยเสริมเหนี่ยวนำให้เกิด

สมาธิได้รวดเร็ว และมีสมาธิได้นานเท่าที่ต้องการ แม้ผู้นั้นไม่มีพื้นฐานของการทำสมาธิวิธีใด ๆ เลยก็ตาม.^๖

ผู้วิจัยได้สนใจในเรื่องสมาธิบรรเทาอาการเจ็บปวด จึงทำการศึกษาในผู้ที่รับการผ่าตัดใหญ่ เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาบรรเทาปวดหลังการผ่าตัด.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการการศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๔๗.

การคัดเลือกประชากรตัวอย่าง

ผู้ป่วยชายไม่จำกัดอายุที่มารับการผ่าตัดใหญ่ระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ที่ยินยอมร่วมในโครงการวิจัย และได้รับการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติเจาะจง และจัดแบบจับคู่ ๒ กลุ่ม กลุ่มละ ๑๕ คนที่

- มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ก่อนการผ่าตัดดี
- ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยินที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร
- ไม่มีประวัติเป็นผู้ใช้สารเสพติดหรือระงับปวดเป็นประจำ
- ไม่ใช่ผู้ที่คล้ยแพทย์เจ้าของไข้ระบุเจาะจงให้ยาระงับ



รูปที่ ๑ ก่อนรูปทรงพระมิตจำนวน ๑๐ ก่อน ประดิษฐ์โดยพระอาจารย์รตน์ รตนญาโณ



รูปที่ ๒ แสดงการจัดเรียงพระมิต ๘ ก่อนไว้ได้เตียงตามทิศทั้ง ๘ และวางก่อนที่ ๙ และ ๑๐ ตามแกนพระมิต

ปวดทุก ๔ ชั่วโมงหลังผ่าตัด.

กลุ่มทดลอง หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งได้รับยาระดับความเจ็บปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และการพยาบาล ร่วมกับการทำสมาธิด้วยพลังพระมิตโดยจัดเรียงก่อนพระมิต (รูปที่ ๑) ไว้ได้เตียง จำนวน ๘ ก่อน และไว้ที่แกนพระมิต ๒ ก่อน ตามวิธีของพระอาจารย์รัตน์ รตัญญาโณ. (รูปที่ ๒)

กลุ่มควบคุม หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และการพยาบาลผู้ป่วยโดยจัดให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนอนเตียงโดยไม่มีพระมิตล้อมรอบ.

กรณีที่ผู้ป่วยรายใดและในกลุ่มใดเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทำให้ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม ให้ตัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง และเช่นกันหากผู้ป่วยไม่ประสงค์จะเป็นกลุ่มตัวอย่างต่อไปก็สามารถขอยกเลิกและออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยได้โดยไม่มีข้อผูกพันและไม่มีผลเสียต่อการรักษาแต่อย่างใด.

วิธีทำสมาธิด้วยพลังพระมิต

การสาธิตและสาธิตย้อนกลับให้ผู้ป่วยหายใจลึกอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาลในการเตรียม

ผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด.

เมื่อรับย้ายผู้ป่วยกลุ่มทดลองกลับจากห้องผ่าตัดและย้ายผู้ป่วยขึ้นนอนบนเตียงที่มีการจัดเรียงพระมิตไว้ได้เตียงดังรูปที่ ๒ ครบทั้ง ๘ ทิศ และสร้างแกนพระมิต (ก่อนที่ ๙ และ ๑๐). ใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดได้รับการพยาบาลโดยพยาบาลช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึกอย่างมีประสิทธิภาพ (เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรู้ตัวและกำหนดจิตด้วยการหายใจเข้าตามคำบอก การสูดลมหายใจเข้าปอดลึกเต็มที่ได้นั้น จิตต้องนิ่ง). ดังนั้น การหายใจลึกจึงเป็นการดึงลมปราณเข้าสู่ร่างกายได้อย่างเต็มที่ ร่วมกับพลังพระมิตที่เกิดขึ้นจะเหนียวแน่นทำให้เกิดสมาธิได้เร็วกว่าการใช้พลังจิตเพียงอย่างเดียว. สักครู่ผู้ป่วยจะรู้สึกโล่งโปร่งสบาย การนอนภายใต้พลังพระมิตจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถทำสมาธิด้วยการใช้พลังจิตร่วมกับพลังพระมิตได้เท่าที่ต้องการ เพราะทำงานและสะดวก.

การจัดระดับความเจ็บปวด

๑. อาศัยเกณฑ์การให้คะแนนระดับความเจ็บปวด ตามการแสดงออกทางสีหน้า (face scale) ตามภาพข้างล่าง ดังนี้



คะแนน ๐ ๑ ๒ ๓ ๔ ๕

๒. การแสดงออกด้วยวาจา (verbal scale)

ไม่รู้สึกละเจ็บปวด	= ๐ คะแนน
เจ็บปวดบาดแผลเล็กน้อย	= ๑ คะแนน
เจ็บปวดบาดแผลปานกลาง	= ๒ คะแนน
เจ็บปวดบาดแผลค่อนข้างมาก	= ๓ คะแนน
เจ็บปวดบาดแผลมาก	= ๔ คะแนน
เจ็บปวดบาดแผลมากจนทนไม่ไหว	= ๕ คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

ไม่รู้สึกละเจ็บปวด	
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	๐.๐๐-๐.๙๙ คะแนน
เจ็บปวดบาดแผลเล็กน้อย	
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	๑.๐๐-๑.๔๙ คะแนน
เจ็บปวดบาดแผลปานกลาง	
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	๑.๕๐-๒.๔๙ คะแนน
เจ็บปวดบาดแผลค่อนข้างมาก	

ตารางที่ ๑ คะแนนเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดแสดงออกทางสีหน้าเมื่อเวลา ๒๔ และ ๔๘ ชั่วโมงหลังผ่าตัด

เวลาประเมิน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ที	ค่า พี
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
๒๔ ชั่วโมง	๑.๗๓	๐.๗๙	๒.๔๖	๐.๙๙	-๒.๑๒	๐.๐๓๔
๔๘ ชั่วโมง	๑.๔๖	๐.๘๓	๒.๒๐	๐.๘๖	-๒.๓๖	๐.๐๒๕

ตารางที่ ๒ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากการได้รับยาระงับปวดในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ในช่วงระยะเวลา ๒๔ และ ๔๘ ชั่วโมง

เวลาประเมิน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ที	ค่า พี
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
๒๔ ชั่วโมง	๒.๖๖	๑.๔๙	๓.๕๓	๑.๔๕	-๑.๖๐	๐.๑๑๙
๔๘ ชั่วโมง	๐.๑๓	๐.๓๕	๐.๖๖	๑.๑๒	-๑.๕๓	๐.๑๓๕

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง
เจ็บปวดบาดแผลมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง
เจ็บปวดบาดแผลมากจนทนไม่ไหว
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง
๒.๕๐-๓.๔๙ คะแนน
๓.๕๐-๔.๔๙ คะแนน
๔.๕๐-๕.๐๐ คะแนน

ระยะเวลา ๒๔ และ ๔๘ ชั่วโมง หลังผ่าตัด (ตารางที่ ๒) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองและผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของการได้รับยาระงับปวดหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับค่าพีมากกว่า ๐.๐๕.

วิจารณ์และสรุป

จากผลการศึกษาพบค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดที่แสดงทางสีหน้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองเมื่อ ๒๔ ชั่วโมง อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเท่ากับ ๑.๗๓ และเมื่อ ๔๘ ชั่วโมง อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเท่ากับ ๑.๔๖, และกลุ่มควบคุมเมื่อ ๒๔ ชั่วโมง อยู่ในระดับปวดปานกลาง ค่าเท่ากับ ๒.๔๖ และใน ๔๘ ชั่วโมง อยู่ในระดับปวดปานกลาง ค่าเท่ากับ ๒.๑๓ ซึ่งแสดงความแตกต่างชัดเจนว่าการทำสมาธิร่วมกับพลังพิระมิดและได้รับยาบรรเทาปวดร่วมด้วย ให้ผลลดความรู้สึกเจ็บปวดดีกว่าการใช้ยาบรรเทาอาการปวดอย่างเดียว. ซึ่งอธิบายว่าส่วนหนึ่งเนื่องจากลักษณะเฉพาะตัวของวัตถุรูปทรงพิระมิด และสมบัติตามธรรมชาติของรูปทรง โดย

- การหักเหเส้นทางการเคลื่อนที่ของเส้นแรงแม่เหล็กได้
- การจัดระเบียบหรือจัดการเรียงตัวของเส้นแรงแม่เหล็กให้เป็นระเบียบได้
- การเหนี่ยวนำพลังลมปรมาณให้มารวมตัวกัน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ใช้สถิติพารามตริกจากการทดสอบค่าที (t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่างและใช้สถิตินอนพารามตริกไคสแควร์ (χ^2) เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งที่ได้รับยาบรรเทาปวด.

ผลการวิจัย

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความเจ็บปวดแสดงออกทางสีหน้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อเวลา ๒๔ และ ๔๘ ชั่วโมงหลังผ่าตัด (ตารางที่ ๑) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความเจ็บปวดแสดงออกทางสีหน้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ขึ้นไป.

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่ได้รับยาบรรเทาปวดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วง

ภายในรูปทรงและบริเวณใกล้เคียงได้ดีมาก^๗ เมื่อนำมาจัดเรียง ล้อมรอบตัวคนให้ครบทิศ ๘ ทิศ และสร้างแกนพระมิต (ก้อนที่ ๙ และ ๑๐) ทำให้เสมือนว่าตัวคนอยู่ในโดมพระมิต (เหมือนอยู่ใน ภายในพระมิตขนาดใหญ่) พลังพระมิตที่เกิดขึ้นจะเหนี่ยวนำ ทำให้เกิดสมาธิได้เร็วกว่าการกำหนดจิตเพียงอย่างเดียว แล้ว สมองส่วนระบบลิมบิกจะหลั่งสารเอนดอร์ฟินซึ่งเป็นสารเคมีที่ สมองผลิตขึ้นตามธรรมชาติเพื่อลดความเจ็บปวดและทำให้เกิดสุข การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะแรกต้องกระตุ้นให้ ผู้ป่วยหายใจลึกเพื่อดึงลมปราณเข้าสู่ร่างกายอย่างเต็มที่ เพียงชั่วครู่ผู้ป่วยจะรู้สึกโล่งโปร่งสบาย แสดงว่าผู้ป่วยจิตสงบและ เข้าถึงสมาธิได้อย่างสมบูรณ์. เมื่อจิตเกิดสมาธิแล้วการนอน ภายใต้อำนาจพระมิตจะทำให้ผู้ป่วยเกิดสมาธิได้ตลอดเวลา โดย ไม่จำเป็นต้องกำหนดจิตด้วยตนเองเพียงอย่างเดียว ที่ต้องใน วิธีอื่น นั่นก็แสดงว่า พระมิตมีพลังทำให้เกิดการเหนี่ยวนำทาง จิต จิตจึงสงบเกิดสมาธิได้เร็ว และอยู่ได้นานอย่างต่อเนื่องเท่า ที่ต้องการ.

จากผลการศึกษาค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการได้รับ ยาบรรเทาปวดในช่วงเวลา ๒๔ และ ๔๘ ชั่วโมง หลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่า ๒.๖๖ และ ๐.๑๓ และผู้ป่วย กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย ๓.๕๖ และ ๐.๖ ตามลำดับ ซึ่งแสดง ว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการได้รับยาระงับปวดหลัง ผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในช่วงเวลา ๒๔ และ ๔๘ ชั่วโมงหลังผ่าตัด แต่เมื่อใช้สถิตินอนพาราเมตริก χ^2 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p > 0.05$).

โดยหลักทางการแพทย์ หลังผ่าตัดแพทย์จำเป็นต้องสั่งให้ ยาบรรเทาปวดสำหรับกรณีจำเป็นไว้ทุก ๔-๖ ชั่วโมงเป็นเวลา ๑-๒ วันหลังผ่าตัด เพื่อลดความทรมานและช่วยให้ผู้ป่วยได้พัก ผ่อนอย่างเต็มที่. การศึกษาครั้งนี้ใช้การนับจำนวนครั้ง (เข็ม) ที่ให้ยาระงับปวดโดยไม่ได้นับถึงกลุ่มของชนิดยาและปริมาณ ยาที่ให้ ซึ่งสอดคล้องกับการแนะนำของธนิต วัชรพุก^{๑๐} ว่า ยา แก้วปวดที่ใช้หลังผ่าตัดใหญ่ ได้แก่ กลุ่มโอปิออยด์ ที่ให้ในขนาด ไม่สูงนัก แต่ให้ถี่ และยังสอดคล้องกับ ปิ่น ศรีประจิดติชัย^{๑๑} ที่ กล่าวถึงการระงับปวดหลังผ่าตัดว่า “ในแต่ละปีมีผู้ป่วยเป็น จำนวนมากที่เข้ารับการผ่าตัดและต้องทนทุกข์ทรมานจากการ ปวดที่ตามมาหลังการผ่าตัดทั้ง ๆ ที่ในปัจจุบันความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับกายวิภาค สรีรวิทยา และพยาธิกำเนิดของความ

ปวดมีมากขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ก็ยังได้รับการบรรเทาปวด หลังการผ่าตัดที่ไม่เพียงพอ มีคุณภาพ และประสิทธิภาพต่ำ เนื่องจากหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น ผู้ให้ยาขาดความรู้ทางเภสัชวิทยา, ผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลมีทัศนคติว่าการปวด หลังผ่าตัดเป็นเรื่องปกติ และจะค่อย ๆ หูเลาขึ้นเอง, ความกลัวอาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อน และการติดยาแก้ปวด, การขาดการประเมินความเจ็บปวดที่เหมาะสมสม่ำเสมอ. ผู้ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยควรตระหนักว่าความเจ็บปวดก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายมากมาย และผลเสียบางประการอาจเป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยบางกลุ่มมีอาการทรุดหนักจนถึงแก่ชีวิตได้”. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน ๒๔ ชั่วโมงจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลต้องประเมินอาการผู้ป่วย ด้วยการวัดสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที จำนวน ๔ ครั้ง, ทุก ๓๐ นาที จำนวน ๒ ครั้ง, ทุก ๑ ชั่วโมง จำนวน ๒ ครั้ง หรือจนกว่าจะคงที่และทุก ๆ ๔ ชั่วโมง เป็นแบบแผนที่เคยปฏิบัติกันมาแต่เดิม แต่ในความเป็นจริงการประเมินความเจ็บปวดดังกล่าวไม่ได้ถูกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อาจเป็นเพราะผู้ประเมินยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องความเจ็บปวดหรือทัศนคติต่อความเจ็บปวดดังเหตุผลกล่าวข้างต้น หรือการนำและการเลือกวิธีวัดความเจ็บปวดยังไม่ได้รับความนิยมหรือเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย.

การพยาบาลในบทบาทพยาบาลวิชาชีพอย่างมีแบบแผน จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของรัชฎาพร ประเสริฐ^{๑๒} ที่ศึกษาผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนก่อน ผ่าตัดในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความทุกข์ทรมานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑.

ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าวิธีวัดความเจ็บปวดที่แสดงออกทางสีหน้า ในภาพสุดท้ายที่แปลผลคะแนนความเจ็บปวด อยู่ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๔.๕๐-๕.๐๐ คะแนน ซึ่งหมายถึงความเจ็บปวดบาดแผลมากจนทนไม่ได้ สีหน้าที่แสดงออกด้วยใบหน้าร้องไห้เป็นภาพที่ผู้ป่วยทั้ง ๒ กลุ่มไม่ได้เลือกเลย อาจเป็นเพราะกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ชาย ซึ่งแม้จะเจ็บปวดมากมายแสนสาหัสเพียงใด ลูกผู้ชายคงไม่ให้ใครเห็นน้ำตาอย่างแน่นอน. จากเหตุผลนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะว่า การใช้วิธีวัด

ความเจ็บปวดที่แสดงทางสีหน้าในภาพสุดท้าย ควรปรับให้เป็นสีหน้าแสดงความเจ็บปวดที่ทุกข์ทรมานแต่ไม่ถึงกับร้องไห้ ซึ่งบ่งบอกถึงความอ่อนแอที่มีผลต่อผู้ป่วยได้.

ผลการศึกษานี้จะแสดงถึงความถี่ของการได้รับยาาระงับปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ แต่กลับไม่แตกต่างกันทั้ง ๆ ที่ระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เข้าใจอาจสืบเนื่องมาจากโรงพยาบาลแมคคอร์มิค เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่มีชื่อเสียงมายาวนานกว่า ๑๑๘ ปี มีการจัดบริการอย่างมีคุณภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นสำคัญ และถือว่าลูกค้าคือเจ้านาย. ดังนั้นการบำบัดรักษาโดยแพทย์และการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ จึงมีความสอดคล้องกัน. พยาบาลวิชาชีพจึงประยุกต์กระบวนการพยาบาลโดยจัดกิจกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลหลังผ่าตัดมีความปลอดภัย และได้รับผลการรักษาสูงสุด. โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามคำสั่งแพทย์โดยการให้ยาาระงับปวดหลังผ่าตัดเมื่อจำเป็น ทุก ๔-๖ ชั่วโมง ซึ่งในกรณีจึงเป็นไปได้ว่า ถ้ามีการควบคุมงานวิจัยเข้มงวด อาจได้ผลความถี่ของการได้รับยาาระงับปวดในกลุ่มทดลองลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.

กิตติกรรมประกาศ

พระอาจารย์รัตน์ รตนญาโณ, กลุ่มผู้ป่วยและญาติ, นพ. พิพัฒน์ ตวัจรัฐพิทย์, นพ. วีระวัฒน์ มุตตารักษ์, พญ. เพชรา หล่อวิทยา, นพ. ณรงค์ เวชสุวรรณรักษ์, นพ. อาณัติ วณิชชากร, นพ. อินทร นະที, ดร. กรองกาญจน์ สังกาศ, คุณวิภา เรือง ตรานนท์, อาจารย์วิลาวัณย์ มานะบุญ, คณะกรรมการการศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์การแพทย์แผนไทยและการ

แพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยพายัพ, ครอบครัวจันทร์มะโน และผู้ให้ความช่วยเหลือทุกคนจนงานวิจัยสำเร็จสมบูรณ์.

เอกสารอ้างอิง

๑. ธนิต วัชรพุก. Preoperative and Postoperative Care ใน : ชาญวิทย์ ตันติพัฒน์, ธนิต วัชรพุก (บรรณาธิการ). ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๖. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์; ๒๕๔๔. หน้า ๘-๒๐.
๒. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. ผลของดนตรีต่อการเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาาระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๒๘.
๓. นที เกตุกุลกิจกร. ผลของการฝึกต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยหอบหืดที่เกิดจากการออกกำลังกาย. วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๑.
๔. Wikipedia, the free encyclopedia [homepage on the Internet]. Endorphin. [cited 2006 Apr 21]. Available from: <http://www.de.wikipedia.org/wiki/Endorphin>.
๕. พระมหาจรรยาสุทธินาโณ. บทที่ ๖ หลักธรรมพุทธธรรมเพื่อการดูแลรักษาจิต ใน: พระพุทธศาสนากับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ๒๕๓๓. หน้า ๕๓.
๖. สิริรัตน์ จันทร์มะโน, ศิริพร วงศ์ชัย, มนูญ ใจเขื่อนแก้ว, สุรสิทธิ์ วิศุภรัตน์. รายงานวิจัยเรื่อง การปฏิบัติสมาธิด้วยพลังพระมิดมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันโรค และคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์. กรณีศึกษาการปฏิบัติสมาธิแนวพระอาจารย์รัตน์ รตนญาโณ วัดดอยเก็ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน คณะพยาบาลศาสตร์ แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ; ๒๕๔๖.
๗. เกียรติศักดิ์ แสงสุวรรณ. พลังจิตประสานพลังพระมิดแก้วิกฤตสุขภาพ. ครั้งที่ ๑: ทฤษฎีการพิมพ์; ๒๕๔๘.
๘. ปิ่น ศรีประจิตติ. การระงับปวดหลังผ่าตัด. ใน: วรณา สมบุญวินุญ, เทวรักษ์ วีระวัฒนกันท์, ปวีณา บุญบุรพงค์, สมรัตน์ จารุลักษณานันท์. วัสดุพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; ๒๕๔๔. หน้า ๑๘๘-๑๙๓.
๙. รัชฎาพร ประเสริฐปิ่น. รายงานวิจัยเรื่องผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความเจ็บปวดก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๓๗.

Abstract**Abatement Effect of Meditation under Pyramid Power on Postoperative Pain in Patients Undergoing Major Surgery****Siriratana Juntaramano***McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai 50000*

The purpose of this study was to investigate the effect of meditation under pyramid power on post-operative pain relief subjectively, i.e., pain scores and the frequency of analgesic used in patients who underwent major surgery. The study was a quasi-experimental design. Data were collected from male subjects randomly put into two purposive and matching groups. Fifteen patients were placed in each group. The patients in the studied group received the conventional physician's order, i.e., analgesics as necessary (prn) and nursing care in addition to meditation under pyramid power, whereas the patients in the control group received conventional post-operative care but without the addition of meditation. The post-operative pain levels were measured at 24 hours and 48 hours post-operatively, using the Face Scale and Word Pain Scale modified from that invented by Bumpenchit Sangchart. The amounts and frequencies of the analgesic given were recorded. Data were analyzed using the t-test and Chi-square (χ^2) test.

The results were as follows:

1. There were statistically significant differences in pain levels at 24 hours and 48 hours post-operation between the experimental group and the control group ($p < 0.05$).
2. There were no statistically significant differences in the frequency of analgesic usage at 24 hours and 48 hours post-operatively between the experimental group and the control group ($p > 0.05$).

The success of the meditation performed under pyramid power that relieved post-operative pain is ascribed partly to the help of pyramid power to achieve mental concentration easily, even in patients who had no meditation experience or those with chronic pain and/or in poor condition.

Key words: meditation, pyramid power, pain relief, major surgery