ผลของสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 ต่อระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมดลูก/รังไข่ หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่

จำเนียร คงประพันธ์ ปพส.วท.บ*, พัชรพรรณ เหมืองหม้อ พย.ม.*, ขจรศรี ช้อนมณี พย.บ*

รับบทความ: 26 เมษายน 2566
ปรับแก้บทความ: 06 มิถุนายน 2566
ตอบรับบทความ: 12 มิถุนายน 2566

บทคัดย่อ

บทนำ: การผ่าตัดมดลูก/รังไข่ เป็นหัตถการที่พบบ่อยที่สุดในหอผู้ป่วยนรีเวชโรงพยาบาลแพร่ ความปวดจัดเป็นความทุกข์ทรมานที่ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดช้า และพบว่าใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับสูงมากกว่าร้อยละ 70 ซึ่งความปวดสามารถจัดการได้ โดยการวางแผนจัดการผสมผสานแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา การทำสมาธิบำบัดเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความสนใจต่อความปวด เกิดความสงบ ผ่อนคลาย สมองหลั่งสารสื่อประสาทเอ็นโดรฟิน (Endorphin) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขและทำให้ลดความปวดลงได้

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูก/รังไข่ ระหว่างกลุ่มที่ใช้สมาธิบำบัด SKT 1, 8 และกลุ่มที่ไม่ได้ใช้สมาธิบำบัด SKT 1, 8

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีกลุ่มควบคุมวัดแบบก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 72 ราย จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 36 ราย และกลุ่มควบคุม 36 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดมดลูก/รังไข่ ระหว่างเดือนกันยายน 2565 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกสมาธิบำบัด SKT 1, 8 แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 มีระดับความปวดลดลงแตกต่างกันเมื่อออกจากห้องผ่าตัด ($p<.001$) 18 ชั่วโมงหลังออกจากห้องผ่าตัด ($p=.008$) และ24 ชั่วโมงหลังออกจากห้องผ่าตัด ($p<.014$) ส่วนที่ไม่แตกต่างกัน คือ 6 ชั่วโมงหลังออกจากห้องผ่าตัด ($p=0.115$) และ12 ชั่วโมงหลังออกจากห้องผ่าตัด ($p=.896$)

สรุป: การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 มีผลให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัด สามารถใช้เป็นทางเลือกในการจัดการความปวดร่วมกับการรักษาตามการแพทย์แผนปัจจุบันได้

คำสำคัญ: ระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมดลูก/รังไข่, สมาธิบำบัดแบบ SKT 1, สมาธิบำบัดแบบ SKT 8

*หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่

The effects of meditation SKT 1, 8 on postoperative pain after abdominal hysterectomy or ovarion surgery at Gynecological unit of Phrae Hospital

Chamnian Khongpraphan Dip in Nursing Science, B.Se.*, Patcharapan Mueagmo M.N.S.*
Kajohnsri sarnmani, B.N.S.*

Received: April 26, 2023
Revised: June 06, 2023
Accepted: June 12, 2023

Abstract

Background: Hysterectomy/Ovarian surgery is the most common procedure in the gynecological ward of Phrae Hospital. Pain is classified as suffering that causes the patient to less body movement and slow recovery after surgery. And found that the first 24 hours after surgery the patient has a high level of pain, more than 70 percent. Pain can be managed by planning to manage the drug and non-drug combination. Meditation therapy is a way to reduce attention to pain, create calm and relax. Which is caused by the secretion of a neurotransmitter called endorphins in the brain to reduce the pain.

Objective: this study was to compare pain levels during the first 24 hours postoperative in hysterectomy/ovarian surgery patients between the SKT 1,8 concentration therapy group and the SKT 1, 8 non-meditation group.

Study design This research was a quasi-experimental research with a pre- and post-experimental control group. The sample group is 72 patients admitted after hysterectomy/ovarian surgery in the gynecological ward of Phrae Hospital between September 2022 until February 2023. The attended group participants were divided into 36 experimental groups and 36 controls. The research tools consisted of an educational program and SKT 1, 8 therapy meditation training program, a numerical pain assessment scale. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation. and the t-test statistics.

Results: Patients who took SKT 1, 8 meditation therapy group had a decrease pain level after discharge from the operating room (p<.001), 18 hours after discharge from the operating room (p=.008), and 24 hours after discharge from the operating room (p=.014). The non-differentiation was 6 hours after discharge from the operating room (p=0.115) and 12 hours after discharge from the operating room (p=.896).

Conclusions: Healing meditation SKT 1, 8 resulting in pain relief for patients after surgery It can be used as alternative to pain management together with treatment according to modern medicine.

Keywords: Pain level after hysterectomy/ovarian surgery, SKT Meditation Therapy 1, SKT Meditation Therapy 8

*Gynecological unit of Phrae Hospital

บทนำ

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาเกี่ยวกับความปวด (International Association for the Study of Pain- IASP, 2017) ได้กำหนดให้ปี พ.ศ. 2560 เป็นปีสากลแห่งการต่อต้านความปวดหลังผ่าตัด โดยมีแนวคิดว่าความปวดหลังผ่าตัด สามารถจัดการได้ ถ้ามีการวางแผนล่วงหน้าโดยวิธีการจัดการควบคุมความปวดแบบผสมผสาน ได้แก่แบบใช้ยาและไม่ใช้ยา (IASP: 2017) ซึ่งความปวดไม่ได้มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเท่านั้น แต่ยังมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์ จิตใจ กระบวนการคิดและพฤติกรรมร่วมด้วย ความสนใจต่อความปวด (Attention to Pain) เกิดขึ้นในระดับกระบวนการคิด ทำให้บุคคลเปลี่ยนความสนใจจากสิ่งอื่นมาสนใจที่ความปวด ส่งผลให้ความปวดเพิ่มขึ้น การลดความสนใจต่อความปวดจึงเป็นแนวทางในการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นการจัดการความปวดอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การผ่าตัดมดลูกโดยวิธีการเปิดหน้าท้องเป็นการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเพื่อเอามดลูก/รังไข่หรือส่วนที่เป็นโรคออก ซึ่งจะมีแผลขนาดใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดมาก และใช้เวลาในการพักฟื้นนานกว่าวิธีอื่น [(1)] ในประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกเฉลี่ยถึง 600,000 รายต่อปี[(2)] สำหรับหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ ในปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2565 มีสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก/รังไข่ทางหน้าท้อง จำนวน 143,146 และ 125 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 89.38, 91.24 และ 91.91 ของการผ่าตัดรักษาทางนรีเวชวิทยาทั้งหมด ในวันแรกหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีระดับความปวดสูงถึงระดับรุนแรง วันที่ 2 หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีระดับความปวดสูงสุดในระดับปานกลางถึงขั้นรุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ความปวดหลังการผ่าตัดจัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน เกิดจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทบริเวณนั้นถูกทำลาย เพราะมีการดึงรั้งและหดตัวของกล้ามเนื้อ เกิดการกระตุ้นตัวรับสัมผัส ทำให้ส่งกระแสประสาทไปยังสมอง กลายเป็นความปวด[(3)] ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดได้น้อย ลุกจากเตียงได้ช้าลง ความปวดหลังการผ่าตัดจัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน (Acute pain)[(4)] จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างมีแบบแผนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวชกรรมต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลแพร่ พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดแผลในวันแรกหลังผ่าตัดอยู่ในระดับสูง (PS 4-6) มากกว่าร้อยละ 70[(5)] การลดความสนใจต่อความปวด โดยการทำสมาธิบำบัดเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยให้เกิดความสงบ ผ่อนคลายและร่างกายหลั่งสารแห่งความสุขสงบขึ้นเนื่องจากสมองหลั่งสารสื่อประสาทเอ็นโดรฟิน (endorphin) ซึ่งจากการศึกษาของศศินาภรณ์ โลหิตไทย และบุญยิ่ง ทองคุปต์[(6)] พบว่าการกระตุ้นเส้นใยประสาทโดยการนวดหรือการใช้กิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ ทำให้สมองผู้ป่วยหลั่งสารสื่อประสาทเอ็นโดรฟิน (endorphin) ที่ทำให้การรับรู้ความปวดของผู้ป่วยลดลง ความปวดนั้น หากไม่ได้รับการช่วยเหลือบรรเทาอาการจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลและพักฟื้นที่บ้านเพิ่มขึ้น รวมถึงผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการปวดเรื้อรังได้[(7)] ดังนั้น การจัดการความปวด

ถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่ต้องบริหารจัดการให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสุขสบายและปลอดภัย[8] จากการศึกษาของอนงค์ สุทธิพงษ์ และคณะ[9]พบว่าผลลัพธ์ที่เกิดจากผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดของพยาบาล มีค่าคะแนนความปวดน้อยกว่า 3 และไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จากยาบรรเทาปวด และมีอัตราความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่ให้การดูแลปกติ ความปวดที่เกิดขึ้นกับร่างกายนี้ ในทางธรรมะจัดว่าเป็นทุกขเวทนา คือ ความไม่สุขสบายกายและความไม่สบายใจ สามารถนำสมาธิแบบวิปัสสนาฝึกให้สติรับรู้ และสมาธิแบบสมถะให้สติคลายความยึดมั่นถือมั่น ก่อให้เกิดความสงบ เยือกเย็น จิตใจถูกเบี่ยงเบนความสนใจ นำมาใช้ฝึกในผู้ป่วยเพื่อลดความรู้สึกปวดได้[10] สอดคล้องกับนักวิจัยจาก North Carolina และ Wisconsin ได้รายงานใน Journal of Neuroscience ฉบับเดือนเมษายน 2554 ว่าผู้ที่ฝึกจิตด้วยการทำสมาธิ (Samatha) เมื่อได้รับความเจ็บปวดจะมีความรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่าตอนที่ยังไม่ได้รับการฝึก[11] และยังสามารถใช้ลมหายใจของเราเป็นยาแก้ปวดได้อีกด้วย โดยที่เราสามารถควบคุมการฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหว ผสมผสานไปด้วยกัน จะส่งผลดีต่ออารมณ์และพฤติกรรม ภูมิต้านทานของร่างกาย และการไหลเวียนเลือดได้[12]

การใช้สมาธิบำบัด SKT 1, 8 เป็นการทำสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ เป็นทางเลือกหนึ่งของการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยอาศัยองค์ความรู้ทางการผสมผสานแนวความคิดการแพทย์ทางเลือกที่จะเชื่อมโยงทั้งการประสานกาย และการประสานจิตให้ทำงานไปพร้อม ๆ กัน โดยการทำสมาธิบำบัด SKT 1 เป็นการนำความสนใจให้อยู่ที่ลมหายใจเข้า-ออก ช่วยให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลายและสมาธิบำบัด SKT 8 เป็นเทคนิคที่เหมาะสำหรับผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือผู้ป่วยหลังผ่าตัด สมาธิบำบัด SKT 8 เป็นการปฏิบัติสมาธิคล้ายกดจุดรับสัญญาณบนศีรษะของผู้ป่วย ผสมผสานคลื่นไฟฟ้าระหว่างผู้เยียวยากับผู้ป่วย สามารถบรรเทาอาการปวด และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้นได้[13] นอกจากนี้ยังนำสมาธิบำบัด SKT 8 มาใช้จัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็ง ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยมะเร็งหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งด้วยสมาธิบำบัด SKT 8 ลดลงจากก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตระหนักและเห็นความสำคัญของการบรรเทาปวดด้วยสมาธิบำบัด SKT 1, 8 เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติในการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางการจัดการความปวดและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยนรีเวชกรรมที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องให้มีประสิทธิภาพต่อไป

การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแผลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูก/รังไข่เมื่อออกจากห้องผ่าตัด 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพหลังผ่าตัดเดิม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแผลหลังผ่าตัดวันแรก ในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก/รังไข่ เมื่อออกจากห้องผ่าตัด 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

2. ค่าเฉลี่ยระดับความปวดแผลหลังผ่าตัดวันแรก ปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวด จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดวันแรกในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก/รังไข่ เมื่อออกจากห้องผ่าตัด 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ใช้สมาธิบำบัด SKT 1, 8 และกลุ่มที่ไม่ได้ใช้สมาธิบำบัด SKT 1, 8 ในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่จำนวน 72 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 36 ราย และกลุ่มควบคุม 36 ราย โดยศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แบบแผนการทดลองแบบสองกลุ่ม วัดหลังทดลอง

กลุ่ม	สิ่งทดลอง	วัดหลังทดลอง
กลุ่มทดลอง	X	O_1
กลุ่มควบคุม	-	O_2

O_1 แทน การวัดตัวแปรตาม กลุ่มทดลอง

O_2 แทน การวัดตัวแปรตาม กลุ่มควบคุม

X แทน การได้รับความรู้และฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT1, 8

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคร่วม

1.2 แบบประเมินคะแนนความปวดแผลหลังผ่าตัดวันแรก ปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก/รังไข่ เมื่อออกจากห้องผ่าตัด 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นเอกสารการให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 1, 8 โดยใช้แนวคิดของสมพร กันทรดุษฎีเตรียมชัยศรี (2561)[12] ประกอบด้วย

2.1 สมาธิบำบัดแบบ SKT 1 หมายถึง สมาธิท่านั่ง นอนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต เป็นการนอนหรือนั่งในท่าตามสบายหลับตา สูดหายใจเข้าลึกกลั้นไว้ประมาณ 3 วินาที และเป่าออกทางปากช้า ๆ อย่างสม่ำเสมอจนสุด ทำ 30-40 ครั้ง

2.2 สมาธิบำบัดแบบ SKT 8 เป็นเทคนิคที่ผู้เยียวยาปฏิบัติให้กับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายราบกับที่นอน แขนอยู่ข้างลำตัวผู้เยียวยาปฏิบัติดังนี้

2.2.1 กำปั้นหลวม ๆ เอานิ้วชี้ทั้งสองข้างมาชิดกัน วางไว้ตรงกลางระหว่างคิ้วของผู้ป่วย ค่อยๆลากนิ้วชี้เบา ๆ ตั้งแต่หัวคิ้วลงไปถึงไรผม ทำทั้งนิ้วชี้ขวาและซ้ายสลับกัน นับ 40 ครั้ง

2.2.2 กำปั้นหลวม ๆ นิ้วโป้งมาแตะกัน วางไว้ตรงกลางเหนือคิ้วผู้ป่วย ค่อย ๆ ลากออกไปที่ขมับทั้งสองข้างเบา ๆ นับ 40 ครั้ง

2.2.3 แบมือใช้นิ้วกลางทั้งสองข้างแตะที่บริเวณขมับ แล้วลากเบา ๆ เข้าหาตัว นับ 40 ครั้ง

2.2.4 กำมือหลวม ๆ เอานิ้วชี้ทั้งสองข้างไปแตะที่ไรผมข้างหูข้างขวาแล้วค่อย ๆ ใช้นิ้วลูบไล่ระดับตามไรผมจากข้างขวามาข้างซ้าย นับ 40 ครั้ง

2.2.5 กำมือหลวม ๆ ใช้นิ้วโป้งสองข้างแตะที่ไรผมตรงกลางหน้าผาก ค่อย ๆ ลากนิ้วโป้งลงมาที่กลางกระหม่อม โดยไม่จำเป็นต้องให้สัมผัสหนังศีรษะ ให้สัมผัสแค่เส้นผม นับ 40 ครั้ง

2.2.6 ใช้นิ้วทั้ง 10 นิ้วแตะเส้นผมเบา ๆ (คล้ายกับการสระผม แต่แตะเบา ๆ ไม่โดนหนังศีรษะ) แตะที่เส้นผมเบา ๆ นับ 40 ครั้งใช้นิ้วมือทั้งสองข้างช้อนผม

2.2.7 ใช้นิ้วมือทั้งสองข้างช้อนผมตั้งแต่ข้างใบหู แล้วกำมือกระตุกผมเบา ๆ ทั้งสองมือพร้อมกัน 3 ครั้ง แล้วไล่มือจับผมขึ้น-ลงเรื่อย ๆ จนครบ 14 ครั้ง

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ระยะก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้าผู้เข้าร่วมวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติที่มดลูก/รังไข่ และนัดมาผ่าตัดทางหน้าท้อง รวมทั้งยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่ม

2. ระยะทดลอง สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ความรู้แจกเอกสาร และฝึกสาธิตการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 1, 8 วันก่อนผ่าตัด 1 ครั้ง และวันผ่าตัดเช้า 1 ครั้ง เย็น 1 ครั้งและเช้าวันที่ 1 ของการผ่าตัด อีก 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 4 ครั้ง ๆ ละ 5-10 รอบ (ผู้วิจัยทำสมาธิบำบัด SKT 8 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทำสมาธิ บำบัด SKT 1 กำหนดลมหายใจที่การหายใจเข้า-ออกหรือให้สนใจและกำหนดไปที่กิจกรรมที่ผู้วิจัยทำให้) ประเมินความเจ็บปวดทุก 6 ชั่วโมงนับจากเวลาที่ออกจากห้องผ่าตัด ส่วนยาบรรเทาปวดให้ตามแผนการรักษาของแพทย์ ตามระดับความเจ็บปวด (Pain Score) ของผู้ป่วย ตามความจำเป็นหรือตามที่ผู้ป่วยร้องขอ และระดับความง่วงซึม (Sedative Score) <2

3. ระยะหลังทดลอง ผู้วิจัยประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดทางนรีเวชจนครบ 24 ชั่วโมง ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหน้าท้องทางนรีเวช ได้แก่ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตั้งแต่หลังผ่าตัดจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ตกเลือด การติดเชื้อของ แผลผ่าตัด และอาการอืดท้อง เป็นต้น รวมทั้งประเมินการใช้ยาบรรเทาปวด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอีกครั้ง จากนั้นนำผลไปวิเคราะห์และสรุปผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแผลหลังผ่าตัดวันแรก ในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก/รังไข่ เมื่อออกจากห้องผ่าตัด 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ ค่าที

3. เปรียบเทียบระดับความปวดแผลหลังผ่าตัดวันแรก ปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวด จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 5/2565 วันที่ 22 มีนาคม 2565 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม นำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างยังมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมวิจัย หรือถอนตัว หรือปฏิเสธได้ตลอดเวลาในระหว่างทำวิจัย โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 44 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 59 กิโลกรัม ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 13 รองลงมาคือ ประถมศึกษาและอนุปริญญาตรีร้อยละ 6 อาชีพรับจ้างร้อยละ 17 รองลงมาอาชีพค้าขายร้อยละ 11 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 23 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 46 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 57 กิโลกรัม ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 13 รองลงมาปริญญาตรีร้อยละ 9 อาชีพรับจ้างร้อยละ 20 รองลงมาอาชีพเกษตรกรร้อยละ 7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 28 (ตารางที่ 2)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแผลหลังผ่าตัดวันแรก ในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก/รังไข่ เมื่อออกจากห้องผ่าตัด 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มที่แตกต่างกัน คือ ระดับความปวดลดลงเวลาเมื่อออกจากห้องผ่าตัด ($p<.001$) 18 ชั่วโมงหลังออกจากห้องผ่าตัด ($p=.008$) และ 24 ชั่วโมงหลังออกจากห้องผ่าตัด (.014) ส่วนที่ไม่แตกต่างกัน คือ 6 ชั่วโมงหลังออกจากห้องผ่าตัด ($p=0.115$) และ12 ชั่วโมงหลังออกจากห้องผ่าตัด ($p=.896$) (ตารางที่ 3)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวด หลังผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดกลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 ได้รับยา Morphine ($p=.002$) และ Dynastat ($p=.002$) น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 ส่วนยา Paracetamol ได้รับไม่แตกต่างกัน ($p=.297$) (ตารางที่ 4)

ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 4.39 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 มีจำนวนวันนอน 4.67 ไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย กลุ่มที่

ได้รับการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 มีค่าใช้จ่าย 34,945.88. บาท ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 มีค่าใช้จ่าย 36,449.83 บาท ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n=36) และกลุ่มควบคุม (n=36)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม N=36 จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง N=36 จำนวน (ร้อยละ)	t	p-value
อายุ (เฉลี่ย±SD)	46.67 ± 7.761	44.92 ±7.052	1.001[b]	.320
น้ำหนักตัว (เฉลี่ย±SD)	57.29 ± 12.165	59.57 ± 10.134	-.864[b]	.390
ระดับการศึกษา			6.871[a]	.442
ประถมศึกษา	4 (11.10)	6 (16.70)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4 (11.10)	5 (13.90)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13 (36.10)	13 (36.10)		
อนุปริญญา	5 (13.90)	6 (16.70)		
ปริญญาตรี	9 (25.00)	5 (13.90)		
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (2.80)	1 (2.80)		
อาชีพ			1.111[a]	.953
รับจ้าง	20 (55.60)	17 (47.20)		
ค้าขาย	1 (2.80)	5(13.90)		
ช่างตัดเย็บเสื้อผ้า	1 (2.80)	0 (0.00)		
เกษตรกร	7 (19.40)	4 (11.11)		
ลูกจ้างประจำ	1 (2.80)	0 (0.00)		
รับราชการ	2 (5.60)	4 (11.11)		
ธุรกิจส่วนตัว	1 (2.80)	2 (5.60)		
แม่บ้าน	3 (8.30)	4(11.11)		
โรคร่วม			2.325[a]	.508
ไม่มี	28 (77.80)	23 (63.90)		
มี 1 โรค	5 (13.90)	8 (22.20)		
มี 2 โรค	3 (8.30)	4 (11.10)		
มี 3 โรค	0 (0.00)	1 (2.80)		

[a] = Chi-square test, [b] = t-test

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างหลังออกจากห้องผ่าตัด 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมง

ระดับความปวดหลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n=36)		กลุ่มทดลอง (n=36)		t	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
ออกจากห้องผ่าตัด	6.75	3.237	3.67	2.191	4.733	<.001
6 ชั่วโมง	6.03	2.286	5.22	1.987	1.595	.115
12 ชั่วโมง	4.11	2.039	4.06	1.530	0.131	.896
18 ชั่วโมง	4.56	1.482	3.56	1.647	2.708	.008
24 ชั่วโมง	4.39	1.886	3.33	1.656	2.523	.014

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณยาบรรเทาปวดของกลุ่มตัวอย่างหลังออกจากห้องผ่าตัด 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมง

ชื่อยาบรรเทาปวด	กลุ่มควบคุม (n=36)		กลุ่มทดลอง (n=36)		t	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
Morphine	15.285	4.462	12.064	3.846	3.149	.002
Paracetamol	1.314	0.529	1.194	0.401	1.050	.297
Dynastat	0.371	0.689	0.000	0.000	1.435	.002

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=36)		กลุ่มทดลอง (n=36)		t	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
จำนวนวันนอน (วัน)	4.67	1.912	4.39	.599	.832	.408
ค่าใช้จ่าย (บาท)	36,449.83	11759.72	34,945.88	6416.81	.674	.503

วิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพหลังผ่าตัดเดิม มีระดับความปวดต่างกันใน 3 ช่วง คือ ช่วงออกจากห้องผ่าตัด ชั่วโมงที่ 18 และ ชั่วโมงที่ 24 หลังออกจากห้องผ่าตัด (p<.005) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนดไว้ อธิบายได้ว่า ช่วงเวลาที่ร่างกายผ่อนคลาย สมองจะหลั่งสารสื่อประสาทที่ชื่อเอ็นโดรฟิน (endorphin) ซึ่งเป็นสารสุข สารสงบ ทำให้การรับรู้ความปวดของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร กันทรดุษฎีเตรียมชัยศรี [13] พบว่าการทำสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ แบบ SKT ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ

ระดับสารเคมีและฮอร์โมนในร่างกายของมนุษย์ มีผลให้ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล และแลคตินในกระแสเลือดซึ่งหลั่งจากต่อมหมวกไตลดลง ส่งผลให้ลดความเครียด ความกังวล มีผลต่อพฤติกรรมดีขึ้น นอกจากนี้การปฏิบัติสมาธิยังมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย รวมถึงบรรเทาความปวดอันเกิดจากเส้นประสาทบาดเจ็บ หรือระคายเคือง (Neuralgia) สอดคล้องกับการศึกษาของวลัยนารี พรมลา และคณะ[15] พบว่าพยาบาลสามารถบริหารจัดการความปวด โดยการประเมินอาการปวดของผู้ป่วย และสามารถจัดการลดอาการปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 8 ได้ โดยไม่ต้องใช้ยาในการจัดการความปวด โดยเฉพาะความปวดหลังผ่าตัดนั้น เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่จะต้องดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยให้เกิดความสุขสบาย และบรรเทาทุกข์ทรมาน พยาบาลสามารถจัดการความปวดแบบผสมผสานโดยการวางแผน ตั้งเป้าหมายระดับความปวด และมีพันธะสัญญาร่วมกันกับผู้ป่วย นำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อลดอาการปวดหลังการผ่าตัดให้อยู่ในระดับที่ตนเองยอมรับได้[16] การทำสมาธิเป็นการเพ่งอยู่ในอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่ง เพื่อให้เกิดความสงบเยือกเย็นในอารมณ์นั้น เป็นการเอาสติเข้าไปรับรู้อยู่กับสภาวะความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้นถ้าสติรับรู้ความปวดก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกลดความปวดลงได้[15] และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวดเนื่องจาก เขาอยู่ในสภาวะอารมณ์ที่นิ่งเป็นสุขและสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของยศพล เหลืองโสมนภา และศรีสุดา งามขำ[17] ที่พบว่าความปวดไม่ได้มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเท่านั้น แต่ยังมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์ จิตใจ กระบวนการคิดและพฤติกรรมร่วมด้วย ความสนใจต่อความปวด (Attention to Pain) เกิดขึ้นในระดับกระบวนการคิด ทำให้บุคคลเปลี่ยนความสนใจจากสิ่งอื่นมาสนใจที่ความปวด ส่งผลให้ความปวดเพิ่มขึ้น การเบี่ยงเบนความสนใจต่อความปวด จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่นำมาเป็นแนวทางปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ดังนั้นการทำสมาธิบำบัด SKT 1, 8 จึงเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความสนใจต่อความปวด เกิดความนิ่งสงบ ผ่อนคลายและมีสารแห่งความสุขสงบเกิดขึ้น ซึ่งเกิดจากสมองหลั่งสารสื่อประสาท ที่ชื่อว่า เอ็นโดรฟิน (Endorphin) ทำให้การรับรู้ความปวดลดลง สำหรับในชั่วโมงที่ 6 และ 12 หลังออกจากห้องผ่าตัด ระดับความปวดหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นเวลาช่วง 18.00 น. ถึง 24.00 น. ผู้ป่วยจะมีญาติมาเยี่ยมจำนวนมาก พยาบาลหลังรับเวรก็จะมีการตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินอาการและให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ มีการทำหัตถการ มีการให้ยา และผู้ช่วยเหลือคนไข้ก็จะดูแลสุขอนามัยตอนเย็น (PM Care) มีการเปิดแสงไฟที่ส่องสว่างเต็มที่และเสียงผู้คนที่มาปฏิบัติหลากหลายบทบาทหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้พัก สอดคล้องกับการศึกษาของสนธยา มณีรัตน์ และคณะ[18] ที่พบว่า สิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยรบกวนด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด เครียด หรือวิตกกังวล อุณหภูมิห้องที่ร้อน การได้รับแสงสีฟ้าในเวลากลางคืน เสียงรถมอเตอร์ไซค์ เสียงคนคุยกัน อารมณ์เหล่านี้ ร่างกายจะหลั่งสารอิพิเนพฟรินและนอร์อิพิเนพฟริน ทำให้อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต และความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ช่วงเวลาดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนความปวดที่ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อ

ดูปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดพบว่า ปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดชนิดฉีด ได้แก่ ยามอร์ฟีน (Morphine) และไดนาสแตท (Dynastat) แตกต่างกัน กลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิ SKT 1, 8 ต้องการยาบรรเทาปวดวันแรกน้อยมาก แต่ในวันต่อมากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่ได้รับการทำสมาธิบำบัดเหมือนกันทำให้ความต้องการปริมาณยาบรรเทาปวดพาราเซตามอลชนิดกินไม่แตกต่างกัน เพราะการทำสมาธิบำบัด SKT จะมีฤทธิ์ทันทีและคงค้างอยู่ 6-8 ชั่วโมง[13]

สรุป

การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจมีผลให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัด สามารถใช้เป็นแบบทางเลือกหนึ่งในการดูแลจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก/รังไข่ ร่วมกับการรักษาตามการแพทย์แผนปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสร้างเสริมสุขภาพควรมีการเผยแพร่ความรู้และนำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็งระยะท้าย ผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอดหรือผ่าตัดตบแต่งช่องคลอด ผู้ป่วยที่ทำหัตถการขนาดเล็กในหน่วยงาน เป็นต้น

2. ควรใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 มาเป็นแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการบรรเทาปวดแบบใช้ยาได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ มีผลลัพธ์ที่ไม่ตรงตามสมมติฐานบางประเด็นที่คิดว่าเกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยให้ผู้ป่วยมีความเครียดหรือการรบกวนการพักผ่อน ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นนี้

2. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการจัดสนทนากลุ่มหรือสัมภาษณ์ ในประเด็นที่เกี่ยวกับการฝึกทำสมาธิบำบัด ความยากง่าย ปัญหาอุปสรรคในขณะสมาธิบำบัด และความพึงพอใจ

3. ศึกษาเปรียบเทียบต่างวัฒนธรรม พุทธ คริสต์ อิสลาม ระยะเวลาการหายของแผลผ่าตัด การลด Antibiotic เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา. การแพทย์ทางเลือก ผ่าตัดทางนรีเวชผ่านกล้อง. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นารีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2553. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=533
2. Padma PS, Roach EJ, Lobo DJ. Effectiveness of preperative instructions. Manipal Journal of Nursing and Health Sciences 2017;3(1):3-9.
3. เกศริน อินธิยศ, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์, เกศศิริ วงษ์คงคำ, ชนา โอฬารรัตนพันธ์. ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดด้วยการประคบเย็นร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องต่อระดับความปวดและการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัด

แบบเปิดหน้าท้อง. วารสารสภาการพยาบาล 2564;36(3):83-102.

4. Good M, Stanton-Hicks M, Grass JA, Anderson GC, Makii M, Geras J. Pain after gynecologic surgery. Pain Management Nursing 2000;1(3):96-104.
5. จำเนียร คงประพันธ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างมีแบบแผนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวชกรรมต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2562;27(1):6-7.
6. ศศินาภรณ์ โลหิตไทย, บุญยิ่ง ทองคุปต์. ผลของรูปแบบผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดแผลผ่าตัดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562;27(2):23-32.
7. Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years. British Journal of Anaesthesia 2008;101(1):77-86.
8. North Dakota Board of Nursing. Role of Nurse in Pain Management [Internet]. [Cited 2013 July 9] Available from: http://www.Ndbon.org/opinions/role%20of20nurse%20in20%20mgmt.asp
9. อนงค์ สุทธิพงษ์, อัจฉรา อ่วมเครือ, เกษร วงศ์วัฒนากิจ, ปาริฉัตร อารยะจารุ. การพัฒนาระบบการจัดการความปวดที่มีความเฉพาะต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลราชบุรี. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556;31(4):181-8.
10. อารี นุ้ยบ้านด่าน, ทิพมาศ ชิณวงศ์. สมาธิกับการรับรู้ความปวด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2556;33(1):69-74.
11. กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. สมาธิช่วยลดความเจ็บปวด [อินเตอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก:http://oldweb. most.go.th/main/index.php/media-library/surfing-the-science/2632-meditators-can-concentrate-the-hurtaway.html
12. สมพร กนทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์, 2550.
13. สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่15. กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: โรงพิมพ์ บริษัท วี อินดี้ ดีไซน์; 2561.
14. นิตยา ภูริพันธ์, ดวงกมล ดีทองคำ, ปณิตา คุณสาระ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะท้ายด้วยสมาธิบำบัด SKT 8. วารสารกองการพยาบาล 2563;47(1): 173-89.
15. วลัยนารี พรมลา, นพมาศ ขำสมบัติ, ศิริวรรณ ตันนุกูล, ชัชวาล วงค์สารี, นฤนาท ยืนยง. การจัดการความปวดด้วยการเจริญภาวนา. วารสารวิชาการมหา วิทยาลัยปทุมธานี 2564;13(2):574-84.
16. จุฑารัตน์ สว่างชัย, ชุลีพร ปิยสุทธิ์, ศิริพร แก้วกุลพัฒน์. การจัดการความปวดแบบ

ผสมผสาน: การตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2562;1(2):161-71.

17. ยศพล เหลืองโสมนภา, ศรีสุดา งามขำ. ความสนใจต่อความปวด. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2556;30(1):83-93.
18. สนธยา มณีรัตน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์, พรรณภา เรืองกิจ, ณัฏฐินี ชัวชมเกตุ. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยรบกวน วิธีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และ ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร. วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต 2564;11:18-21