

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มผู้ป่วยชายที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรมทั่วไป ซึ่งได้รับยาระงับความเจ็บปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ร่วมกับการทำสมาธิด้วยพลังพิระมิด ตามวิธีของพระอาจารย์รัตน์ รตัญญาโณ ส่วนกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มผู้ป่วยชายที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรมทั่วไปซึ่งได้รับยาระงับความเจ็บปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ:-

1. เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดหลังได้รับการผ่าตัดในช่วง 24 และ 48 ชั่วโมงแรก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับหลังได้รับการผ่าตัดในช่วง 24 และ 48 ชั่วโมงแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยในสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ จึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์มาช่วยในการตรวจร่างกาย โดยแบ่งเครื่องมืองานวิจัยออกเป็น 1. เครื่องมือที่ใช้ในการประกอบการปฏิบัติสมาธิ ประกอบด้วยพิระมิด (ประดิษฐ์ขึ้นโดยพระอาจารย์รัตน์ รตัญญาโณ) เสาดั่งพิระมิด และเข็มทิศ 2. เครื่องมือตรวจร่างกายทั่วไป ประกอบด้วย หูฟัง (Stethoscope) เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer) เทอร์โมมิเตอร์ และนาฬิกาข้อมือชนิดมีเข็มวินาที 3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มาตรฐานวัดความเจ็บปวดแสดงออกทางสีหน้า มาตรฐานวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา แบบบันทึกคะแนนระดับความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการได้รับยาระงับปวดหลังผ่าตัด ใบบันทึกการผ่าตัดของศัลยแพทย์ ใบบันทึกการดมยาสลบของวิสัญญีแพทย์ ใบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาล และใบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากการติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บุคคลที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ทำการเตรียมตัวผู้ป่วยตามขั้นตอนของ

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดตามหลักวิชาโดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล และเชื่อมโยงอาการตั้งแต่หลังผ่าตัดและประเมินคะแนนความเจ็บปวดครั้งที่ 1 เมื่อครบ 24 ชั่วโมงแรก และครั้งที่ 2 เมื่อครบ 48 ชั่วโมง และเชื่อมโยงอาการต่อจนถึงวันที่แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ก็จะให้คำแนะนำ และความรู้ในการปฏิบัติตัว ตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) ที่ผู้วิจัยได้ทำการวางแผนไว้ตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) แบบบูรณาการองค์รวม (Holistic Self Care)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Windows ในการคำนวณวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ และคำนวณค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในครั้งที่ 1 (เมื่อครบ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด) และ ครั้งที่ 2 (เมื่อครบ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด) ใช้สถิติพารามตริก (Parametric Statistic) t-test

2.1 คำนวณหาค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2.2 คำนวณหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้สถิติอนพารามตริก (Nonparametric Statistic) χ^2

ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดหลังได้รับการผ่าตัดในช่วง 24 และ 48 ชั่วโมงแรกมีระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยสรุปว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในช่วง 24 และ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดหลังได้รับการผ่าตัดในช่วง 24 และ 48 ชั่วโมงแรกมีจำนวนครั้งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยสรุปว่า ค่าเฉลี่ยของการได้รับยาระงับปวดหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมใน 24 และ 48 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดหลังได้รับการผ่าตัดในช่วง 24 และ 48 ชั่วโมงแรกระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดในช่วง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดแสดงออกทางสีหน้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองใน 24 ชั่วโมง อยู่ในระดับปวดปานกลาง มีค่าเท่ากับ 1.73 และใน 48 ชั่วโมง อยู่ในระดับปวดปานกลาง มีค่าเท่ากับ 1.46 ค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดแสดงออกด้วยวาจาของผู้ป่วยกลุ่มทดลองใน 24 ชั่วโมง อยู่ในระดับปวดปานกลาง มีค่าเท่ากับ 1.93 และใน 48 ชั่วโมง อยู่ในระดับปวดปานกลาง มีค่าเท่ากับ 1.46 และพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดแสดงออกทางสีหน้าของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมใน 24 ชั่วโมง อยู่ในระดับปวดปานกลาง มีค่าเท่ากับ 2.46 และใน 48 ชั่วโมง อยู่ในระดับปวดปานกลาง มีค่าเท่ากับ 2.13 ค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดแสดงออกด้วยวาจาของผู้ป่วยกลุ่มทดลองใน 24 ชั่วโมงอยู่ในระดับปวดค่อนข้างมาก มีค่าเท่ากับ 3.00 และใน 48 ชั่วโมง อยู่ในระดับปวดค่อนข้าง มาก มีค่าเท่ากับ 2.56

ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกที่ละเอียดอ่อนของมนุษย์ที่ไม่พึงปรารถนาในการดำรงชีวิต เพราะเป็นการแสดงถึงการได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยที่มนุษย์พยายามหลีกเลี่ยงไม่ต้องการเผชิญกับความเจ็บปวดใด ๆ ทั้งสิ้น แต่ความเจ็บปวดที่เกิดจากการได้รับการผ่าตัด (Post-Operation Pain) เป็นความเจ็บปวดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เพราะการผ่าตัดเป็นการเฝียวารักษาโรคซึ่งไม่สามารถที่จะใช้การรักษาด้วยยา (อายุรกรรม) หรือรักษาด้วยยาไม่ได้ผลแล้วอาจส่งผลทำให้โรคนั้นลุกลามมากขึ้นและอาจถึงแก่ชีวิตได้ แพทย์จึงพิจารณาใช้วิธีการผ่าตัด (ศัลยกรรม) เป็นการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ความเจ็บปวดเฉียบพลันจึงถือว่าเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะ 24 ชั่วโมงแรก แพทย์จึงจำเป็นต้องสั่งให้ยาระงับปวดเมื่อจำเป็น (prn) ไว้ทุก 4-6 ชั่วโมงเป็นเวลา 1-2 วันหลังผ่าตัด เพื่อลดความทรมานและช่วยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ “ผู้ป่วยควรได้รับยาแก้ปวดอย่างเพียงพอ เมื่อผู้ป่วยหายปวดสามารถยับยั้งตัวช่วยตัวเองได้ดีขึ้น หายใจได้ดี เป็นการช่วยลดปัญหาทางปอด และปัญหาปัสสาวะไม่ออกด้วย อาการปวดจะลดลงเป็นลำดับเมื่อเลย 48 ชั่วโมงไปแล้ว ถ้ายังปวดมากแสดงว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น ยาแก้ปวดที่ใช้หลังผ่าตัดใหญ่ได้แก่กลุ่ม Opiate ควรให้ในขนาดที่ไม่สูงนักแต่ให้ถี่ เพราะจะช่วยบรรเทาอาการปวดโดยไม่กดศูนย์

ควบคุมการหายใจในสมอง (ชนิด วัชรพุกก์, 2542 : 17) สมาธิเป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบทางเลือกที่นับวันได้รับความนิยมไม่ใช่เฉพาะประเทศไทยเท่านั้น ประชากรทั่วโลกก็ให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Self Care) เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Prevention) มากกว่าการรักษา (Curative) การใช้สมาธิบำบัดความเจ็บปวดมีใช้กันมานานประมาณ 800 ปีแล้ว และเมื่อผู้คนที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจะใช้การทำสมาธิเป็นการลดอาการปวดเป็นอันดับแรกซึ่งทำได้ง่ายและสะดวก (<http://www.painrelief-meditation-yoga.com,18/9/2549>)

การทำสมาธิเกิดได้ด้วยการกำหนดจิตใจให้แน่วแน่ไม่แผ่สาย ด้วยวิธีต่าง ๆ กัน “ใน โลกนี้มีวิธีทำสมาธิมากมายหลายพันชนิด สุดแล้วแต่ใครจะคิดวิธีใดออกมาที่เห็นว่ามี ความเหมาะสมกับตนเอง หรือเมื่อนำมาใช้แล้วทำให้เกิดสมาธิได้เร็วกว่าผู้อื่นได้” (พระมหาจรรยา, 2543: 43) “สำหรับการปฏิบัติสมาธิภาวนาตามแบบของพระพุทธเจ้าหากได้ศึกษาจากพระไตรปิฎก ก็จะพบว่าพระพุทธเจ้าไม่ได้เน้นวิธีการมากนักแต่พระองค์ทรงอธิบายวิธีการทำสมาธิเป็นธรรมชาติ และเป็นสัจจะธรรมที่ใครก็ตามที่มีความปรารถนาที่จะมีจิตที่เป็นปกติสงบเย็นสามารถทำได้”

(พระมหาจรรยา, 2543: 43) จะด้วยวิธีการทำสมาธิใด ๆ ก็ตามขึ้นอยู่กับฝึกปฏิบัติให้จิตเข้มแข็งไม่แผ่สายสงบนิ่งก่อให้เกิดเป็นสมาธิและคงไว้ได้นาน แต่วิธีการทำสมาธิด้วยพลังพระมิตพระอาจารย์ รัตน์ รตนาธนาโณนั้น ท่านเน้นย้ำเสมอว่า พระมิตมิใช่คำสอนของศาสนาพุทธ เพราะไม่ใช่การพันทุกข์อย่างถาวร พลังพระมิต คือ ศักยภาพของวิทยาศาสตร์ทางจิตที่สามารถถ่ายทอดให้ผู้อื่นรู้ และสัมผัสได้จริงในพลังของพระมิต จึงนำมาประกอบเสริมในการปฏิบัติสมาธิเพื่อให้เกิดประโยชน์ และมีประสิทธิภาพสูงสุด จากคุณลักษณะเฉพาะตัวของวัตถุรูปทรงพระมิต และคุณสมบัติที่เกิดตามธรรมชาติของรูปทรง คือ คือ

1. สามารถหักเหเส้นทางการเคลื่อนที่ของเส้นแรงแม่เหล็กได้
2. สามารถจัดระเบียบหรือจัดการเรียงตัวของเส้นแรงแม่เหล็กให้เป็นระเบียบได้
3. สามารถเหนี่ยวนำพลังลมปราณให้มารวมตัวกันภายในรูปทรง และบริเวณใกล้เคียงได้ดี

มาก (เกียรติศักดิ์ แสงสุวรรณ. 2548 : 96-126) เมื่อนำมาจัดเรียงล้อมรอบตัวเราให้ครบทิศทั้ง 8 ทิศ และสร้างแกนพระมิต (ก้อนที่ 9 และ 10) เปรียบเสมือนว่าตัวเราอยู่ใน โคมไฟพระมิต (เหมือนอยู่ภายในพระมิตขนาดใหญ่) พลังพระมิตที่เกิดขึ้นจะทำให้ตัวเราเกิดสมาธิ สมองส่วน Lymbic System จะหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินซึ่งจัดเป็นสารเคมีตระกูลใหม่ของสมองร่างกายผลิตขึ้นตามธรรมชาติเพื่อลดความเจ็บปวด (Pain Killer) หรือทำให้เกิดสุข(Feel-Good) นับตั้งแต่มีการค้นพบดูเหมือนว่าเอ็นดอร์ฟินจะแสดงคุณสมบัติคล้ายกับยาเข้าฝิ่น ดังเช่นมอร์ฟินที่ทำหน้าที่ควบคุมความเจ็บปวดของระบบการทำงานของร่างกาย ในงานวิจัยปัจจุบันนี้หวังว่าจะพัฒนาสารธรรมชาติมาใช้ทดแทนมอร์ฟินและไม่ทำให้เกิดการเสพติด โดยหน้าที่ตามธรรมชาติแล้ว เอ็นดอร์ฟิน จะมีบทบาทอย่าง

กว้างขวางที่สามารถควบคุมทุกสิ่งทุกอย่างในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นสุข บทบาทการช่วยเหลือบรรเทาอาการเจ็บปวด (Role in Evolution) เมื่อความรู้สึกเจ็บปวดเกิดขึ้นทีละน้อยๆ จนมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ร่างกายต้องจัดการกับความเจ็บปวดให้หายไปเพื่อความอยู่รอดสารเอนดอร์ฟินจะถูกหลั่งออกมาเป็นอันดับแรก และต่อจากนั้นระยะพักฟื้นก็จะตามมา ความเจ็บปวดเป็นเรื่องธรรมดาที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไปเพื่อต่อสู้หาหนทางชนะกับความทุกข์ทรมาน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินปัสสาวะ ขณะทำการผ่าตัดได้รับยาสลบ (General Anesthesia) ทุกราย หลังการผ่าตัดผู้ป่วยยังคงต้องใช้เวลาฟื้นจากยาสลบ และเผชิญกับความเจ็บปวด โดยธรรมชาติของมนุษย์แล้วความเจ็บปวดจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตลดลงในทุก ๆ ด้าน ยาระงับปวดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะไม่ได้รับความทุกข์ทรมาน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดแล้วกลับมาอนพักฟื้นอยู่ในโคมพิระมิดที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้วันนั้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีผ่อนคลาย โโล่ง โปร่งสบาย สบายสบายใจได้ลึกและเต็มปอด ร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ปอดขยายตัวเต็มที่ ผู้ป่วยบางรายที่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องสมาธิมาก่อนเคยปฏิบัติมาก่อน จะสามารถรับรู้และสัมผัสพลังพิระมิดได้เป็นอย่างดีทำให้สมาธิเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว

การทำวิจัยในครั้งนี้ ได้จัดให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองนอนบนเตียงที่มีพิระมิด 8 ก้อน วางเรียงตามแนวทิศทั้ง 8 ทิศ และมีแนวแกนพิระมิด ซึ่งเกิดจากพิระมิดก้อนที่ 9 และ 10 ที่วางไว้บนพื้นและยอดเสา การจัดให้นอนในลักษณะนี้เปรียบเสมือนผู้ป่วยนอนอยู่ในกระโจมพิระมิดที่มีพลังพิระมิดปกคลุม ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับมาถึงหอผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะแรกต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึก (Deep Breathing) จึงเป็นการดึงลมปราณเข้าสู่ร่างกายได้อย่างเต็มที่เพียงชั่วครู่ผู้ป่วยจะรู้สึกโล่ง โปร่งสบาย แสดงว่าผู้ป่วยจิตสงบและเข้าถึงสมาธิได้อย่างสมบูรณ์ เมื่อจิตเกิดเป็นสมาธิ การนอนภายใต้พลังพิระมิดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดสมาธิได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องกำหนดจิตด้วยตนเองเพียงอย่างเดียว เหมือนการทำให้เกิดสมาธิในหลาย ๆ วิธี นั่นก็แสดงว่าพิระมิดมีพลัง และพลังเกิดการเหนี่ยวนำทำให้จิตสงบเกิดสมาธิได้เร็ว และเป็นอยู่นานอย่างต่อเนื่องสมาธิจึงดำเนินต่อไปได้นานเท่าที่ต้องการ

มีผู้ที่ทำการศึกษาคำใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ซึ่งสมาธิเป็นหนึ่งในเทคนิคผ่อนคลายที่นำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย สอดคล้องกับผลงานวิจัยของรุ่งทิพย์ จามรมาน (2532) ศึกษาเรื่อง ผลการความเจ็บปวดจากการฝึกผ่อนคลายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง, จุไรพร โสภการีย์ (2536) ศึกษาเรื่อง ผลการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดขณะได้รับการล้างแผลในผู้ป่วยแผลใหม่, ประพิศ เอี่ยมนัม (2540) ศึกษาเรื่อง การลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องโดยวิธีการฝึกสมาธิ, เรณู ทิยะมุข, กาญจนา โภคพิงกิจ, สายฤดี นาค

สนอง และพิชญรัตน์ เชื้อบาง (2540) ศึกษาเรื่อง การลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยวิธีการฝึกสมาธิ , สุพิศ เอลกวัฒน์, อารยา ดาจุมปา และทิพวรรณ คำहांง (2541) ศึกษาเรื่อง การใช้วิธีฝึกสมาธิเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชกรรม โรงพยาบาล แพร์, เก็จทอง เสดะกสิกร (2541) ศึกษาเรื่อง ผลการฝึกสมาธิชนิดอัปมัชฌา 4 ในผู้ป่วยแผลใหม่, ภาณุมาศ พูลเกษร (2542) ศึกษาเรื่อง ผลการฝึกสมาธิเพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยผ่าตัดอวัยวะในช่องท้องทางศัลยกรรม

นอกจากนี้ มีนักวิจัยที่ทำการศึกษาร่วมกันเรื่องการทำสมาธิด้วยพลังพระมิตและการนำสมาธิมาประยุกต์ใช้ในการดูแล และสร้างเสริมสุขภาพทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย:- จิราลักษณ์ จงสถิตมัน และเกียรติศักดิ์ แสงสุวรรณ (2544) ศึกษาเรื่อง การผสมผสานภูมิปัญญาทางพุทธศาสนากับการสร้างทุนทางวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้คน : ศึกษาเฉพาะกรณีพระอาจารย์รัตน์ รตนญาโณ, สิริรัตน์ จันทระโนและคณะ (2546) ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติสมาธิด้วยพลังพระมิตมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันโรคและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์กรณีศึกษา: การปฏิบัติสมาธิแนวพระอาจารย์รัตน์ รตนญาโณ วัดคอยเก็ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน, พระมหาสกุล มหาวิโร (2546) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพทางด้านสุขภาพจิตของการฝึกสมาธิตามแนวทางพระอาจารย์รัตน์ รตนญาโณ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV)

การศึกษาร่วมกันเรื่องสมาธิมีผลต่อสภาพร่างกาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ นที เกื้อกูลกิจการ (2531) ศึกษาเรื่อง ผลของการฝึกสมาธิต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยหอบหืดที่เกิดจากการออกกำลังกาย, อภินันท์ อร่ามรัตน์ และคณะ (2537) ศึกษาเรื่อง การติดตามสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อ HIV ก่อนและหลังเข้ารับการฝึกอบรมสมาธิ จากวัดคอยเก็ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน, จิราลักษณ์ จงสถิตมัน (2538) ศึกษาเรื่อง การรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยการปฏิบัติธรรม : ศึกษาเฉพาะกรณีวัดคอยเก็ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน, วิรัช นีรารุท (2539) ศึกษาเรื่อง วิธีทางพุทธศาสน์ กับ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ กรณีศึกษา : การฝึกสมาธิเพื่อสุขภาพ ณ วัดคอยเก็ง และจากการศึกษาของนายโรเบิร์ต ชไนเคอร์ นักวิจัยชาวอเมริกัน ศูนย์ป้องกันและการแพทย์ธรรมชาติ มหาวิทยาลัยมารีซี สหรัฐอเมริกา ได้เผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมหัวใจอเมริกัน และนำมาเผยแพร่ในหัวข้อข่าวเรื่องสุขภาพ ของหนังสือพิมพ์มติชนรายวันฉบับประจำวันเสาร์ที่ 11 มีนาคม 2543 สรุปว่า การนั่งสมาธิวันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที สามารถลดการสะสมของไขมันที่หลอดเลือดได้ และถ้าลดไขมันในหลอดเลือดได้ 0.1 มิลลิกรัมจะทำให้อัตราการเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายลงถึง ร้อยละ 11 และลดความเสี่ยงต่อการเป็น โรคเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ร้อยละ 7-15 (พระมหาจรรยา สุทธิญาโณ, 2543 : 52)

การศึกษาเรื่องสมาธิมีผลต่อสภาพจิตใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของจินตนา วาฤทธิ์ (2538) ศึกษาเรื่องสมาธิเพื่อการบำบัดอาการทางจิตใจของผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS, สุจิตรา กนกวานิชกุล และ สุพรรณิ มหรรณพกุล (2541) ศึกษาเรื่อง การศึกษาผลการฝึกสมาธิโดยใช้พลังจิตรักษาโรคด้วยตนเอง, อัจฉรา สுகนธสรพร, สุภาพ ไบแก้ว และมยุลี สำราญญาติ (2542) ศึกษาเรื่องผลการฝึกวิปัสสนาสมาธิต่อการตอบสนองภาวะเครียด และความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาโดยใช้ไฟฟ้ากระตุ้นหลายส่วนในสมอง เช่น Thalamus, Midbrain, Brainstem และ Spinal Cord ทำให้พบว่ามีสารเคมีที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินหลั่งออกมา ซึ่งมีกลไกควบคุมความเจ็บปวดเช่นเดียวกับมอร์ฟิน โดยเป็นสารพวก Endogenous Opioid Peptides สารที่พบส่วนใหญ่ คือ เอนเคฟาลิน (Enkephalins), เบต้า-เอนเคอร์ฟิน (β -Endorphin) และไดเนอร์ฟิน (Dynorphine) ซึ่งเอนเคฟาลิน ออกฤทธิ์เพียง $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ เท่าของมอร์ฟิน ระยะเวลาในการระงับความเจ็บปวดนานเป็นนาที เบต้าเอนเคอร์ฟิน ออกฤทธิ์มากกว่ามอร์ฟินประมาณ 10 เท่าอยู่ได้นาน 2-3 ชั่วโมง และไดเนอร์ฟิน มีฤทธิ์มากกว่ามอร์ฟินถึง 200 เท่า และมีฤทธิ์มากกว่าเอนเคอร์ฟิน 50 เท่า (สุปาณี เสนาคิสัย และวรรณภา ประไพพานิช, 2543, หน้า 443) เอนเคฟาลินพบในบริเวณเนื้อเทารอบ ๆ ช่องทางผ่านของน้ำไขสันหลังจากช่องสมองที่ 3 ไปช่องสมองที่ 4 ระบบลิมบิก (Lymbic System) เบซอลแกงเกียล (Basal Ganglia) ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) และเนื้อเทาด้านหลังไขสันหลัง ส่วนเบต้าเอนเคอร์ฟิน พบใน อะไมดาลา (Amygdala) ระบบลิมบิก (Lymbic System) ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) และก้านสมอง (Brainstem) นอกจากนี้ยังพบ ไดเนอร์ฟิน (Dynorphin) ซึ่งเป็นเอนเคอร์ฟิน ซึ่งมีฤทธิ์แรงกว่าเบต้าเอนเคอร์ฟินถึง 50 เท่า มีมากที่ต่อมพิทูอิทารี

ยามอร์ฟิน ความเครียด การออกกำลังกาย ความเจ็บปวด การสะกดจิต การทำสมาธิ การฝังเข็ม และการกระตุ้นไฟฟ้า (Acupuncture) หรือการให้ยาเทียม (Placebo) มีผลต่อการหลั่งเอนเคอร์ฟิน, ซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนฟิน แต่มีการกระตุ้นไม่เท่ากันในแต่ละคน พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (Pain Tolerance) สูงจะมีระดับเอนเคอร์ฟินสูงด้วย ขณะนี้ยังไม่ทราบสาเหตุว่าเหตุใดจึงมีการหลั่งสารยับยั้งความเจ็บปวดไม่เท่ากันในแต่ละคน

นอกจากนี้สถาปนิกได้ประยุกต์รูปทรงของพีระมิดมาออกแบบบ้านที่อยู่อาศัยซึ่งได้รับความนิยมของชาวอเมริกันอย่างแพร่หลาย (บรรยงค์ บุญฤทธิ์, 2541 : 238-248 ดูรายละเอียดได้ที่ภาคผนวกข.) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อยู่อาศัยภายในบ้านรู้สึกสุขสบายจากอากาศบริสุทธิ์ภายในซึ่งสอดคล้องกับคำสัมภาษณ์พิเศษของพระอาจารย์รัตน์ รตนญาโณ ดูรายละเอียดได้ที่ภาคผนวก ฉ.) และความเร้นลับของพลังพีระมิดและการทดลองในเรื่องต่าง ๆ กับพลังพีระมิดเพื่อพิสูจน์ความจริงตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งดูรายละเอียดในบทที่ 2.)

ในการศึกษานี้มีกรณีศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวดของการผ่าตัด กล่าวคือ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองรายหนึ่ง แพทย์วินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด R/O CA of Stomach ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก เมื่อผู้วิจัยได้ทำตามขั้นตอนของการเตรียมตัวผู้ป่วยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ในขั้นตอนแรกของการสร้างสัมพันธภาพก่อนข้างดำเนินไปอย่างมีอุปสรรคพอสมควรแต่สุดท้ายผู้ป่วยและญาติก็มีความเข้าใจเป็นอย่างดี และยินดีให้ความร่วมมือ การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด R/O Gastric Lymphoma ได้รับการผ่าตัด Explor lap to gastro-jejunosomy and gastric biopsy หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลับมาพักฟื้น ณ ห้องพักบนหอผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ไปเยี่ยมอาการตามปกติ พบว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดระดับปานกลาง และลดลงตามลำดับถึงระดับไม่ปวด จนครบ 48 ชั่วโมง ส่วนการได้รับยาระงับปวดได้รับยา Pethidine (25mg) ทางหลอดเลือดดำ จำนวน 3 เข็มใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด และใน 24 ชั่วโมงหลังไม่ได้รับยาระงับปวดเลย วันต่อมาผู้ป่วยและญาติเริ่มเข้าใจในการทำสมาธิด้วยพลังพิระมิดมากขึ้น และขอให้ผู้วิจัยสอนวิธีการทำอย่างละเอียด ซึ่งผู้ป่วยและญาติก็สามารถปฏิบัติได้และรับรู้สัมผัสถึงพลังพิระมิด สามารถปฏิบัติสมาธิหมุนได้ ทำให้คลายความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลครบ 7 วันครบตัดไหม ผู้ป่วยมีอาการรับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้อาเจียน ส่งตรวจพิเศษด้วยการส่องกล้อง (Gastroscope) ผลมีการตีบแคบของรอยผ่าตัดเดิมทำให้อาหารไม่สามารถผ่านลงไปได้จึงต้องทำผ่าตัดอีกครั้ง และปรึกษาแพทย์ทางการรักษาด้วยการฉายแสง (Radiotherapy) หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 ผู้ป่วยอธิบายว่าความรู้สึกเจ็บปวดหลังผ่าตัดดีกว่าครั้งแรกมาก การได้รับยาระงับปวดหลังผ่าตัด จำนวน 3 เข็มเท่ากับครั้งแรก และสามารถกำหนดจิตช่วยในการทำสมาธิทำให้มีความรู้สึกตัวเบาหาย สับสนหายใจได้ลึกลงให้หายใจโล่งสบาย ไม่อึดอัด และโดยเฉพาะหลังจากกลับจากการไปฉายแสงซึ่งแพทย์อธิบายว่าจะมีอาการอ่อนเพลียบ้างหลังได้รับการฉายแสง แต่เมื่อช่วยกำหนดจิตช่วยในการทำสมาธิ อาการอ่อนเพลียมีบ้างเล็กน้อยเท่านั้นจึงลดความทุกข์ทรมานหลังได้รับการฉายแสง แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่จัดอยู่ในข้อกำหนดของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงไม่นับรวมเป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้

นอกจากนี้ผู้ป่วยอีกหลายราย เป็นผู้ที่เปิดใจกว้างในการยอมรับรู้ศาสตร์แพทย์ทางเลือก และสร้างความเข้าใจในการทำสมาธิด้วยพลังพิระมิด อธิบายว่ารู้สึกนอนหลับสบาย หายใจโล่ง สบายหายใจได้ลึกลง และที่สำคัญนอนหลับได้ดีสนิท ไม่ตกใจตื่นกลางคืน ผู้ป่วยบางรายมีอายุกว่า 70 ปี หลังผ่าตัด ในวันแรกสามารถนอนคว่ำได้โดยไม่แสดงอาการเจ็บปวดเลย

2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย (X) ของจำนวนครั้งของการได้รับยาระงับปวดน้อยกว่า และกลุ่มควบคุมในช่วง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการได้รับยาระงับปวดกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มในช่วงระยะเวลา 24 และ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 2.66 และ 0.13

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 และ 0.6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการได้รับยาระงับปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวนครั้งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในช่วงระยะเวลา 24 และ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด แต่เมื่อนำมาคำนวณค่าความแตกต่างของจำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติอนพาราเมตริก χ^2 พบว่ามีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในการศึกษาครั้งนี้นับจำนวนครั้ง (เข็ม) ของยาระงับปวดที่ได้รับ โดยไม่ได้คำนึงถึงกลุ่มของยา ชนิดของยา และปริมาณของยาระงับปวดที่ให้หลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับธนิต วัชรพุกข์ (2542) ที่กล่าวว่า ยาแก้ปวดที่ใช้หลังผ่าตัดใหญ่ได้แก่กลุ่ม Opiate ควรให้ในขนาดที่ไม่สูงนักแต่ให้ถี่ เพราะจะช่วยบรรเทาอาการปวดโดยไม่กดศูนย์ควบคุมการหายใจในสมอง ผู้ป่วยควรได้รับยาแก้ปวดอย่างเพียงพอ เมื่อผู้ป่วยหายปวดสามารถช่วยตัวเองได้ดีขึ้น หายใจได้ดี เป็นการช่วยลดปัญหาทางปอด และปัญหาปัสสาวะไม่ออกด้วย อาการปวดจะลดลงเป็นลำดับเมื่อเลย 48 ชั่วโมงไปแล้ว ถ้ายังปวดมากแสดงว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น และจากการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึก (Deep Breathing) และการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อป้องกันภาวะถุงลมปอดแฟบ (Lung Atelectasis) และภาวะปอดบวมเฉพาะที่ (Hypostatic pneumonia) และกระตุ้นให้ทำการออกกำลังกาย (Leg Exercise) เพื่อป้องกันภาวะการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา (Deep Vein Thrombosis) การผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายจึงปล่อยสารเคมีต่าง ๆ เช่น โพรสตาแกลนดิน (Prostaglandin) ฮิสตามีน (Histamine) แบริคตินิน (Bradykinin) และ Serotonin ออกมา ทำให้หลอดเลือดบริเวณที่เนื้อเยื่อได้รับอันตรายขยายตัวและมีผลให้เกิดเลือดคั่งบริเวณดังกล่าว และเพิ่มความสามารถในการซึมผ่านออกของสารในหลอดเลือดฝอย ส่งผลให้เกิดอาการบวม แดง และอุ่น การบวมของบาดแผลที่เกิดขึ้นนี้จะไปกดปลายประสาทรับความรู้สึกปวดทำให้มีการส่งกระแสประสาทไปดาปลายประสาทขนาดเล็ก คือใยประสาทเอเดลตา (Data Type A Fibers: A δ) ส่งกระแสประสาทด้วยความเร็ว 5-30 เมตร/วินาที เป็นกระแสประสาทที่รับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดแหลม (Sharp Pain) แบบจี้ดเหมือนเข็มแทง (Pin Prick) และทราบตำแหน่งที่แน่นอน และใยประสาทซี (Type C Fibers) เป็นใยประสาทเปลือยที่ไม่มีปลอกไมอีลินหุ้ม ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1-2 ไมโครเมตร ส่งกระแสประสาทด้วยความเร็ว 0.5-2 เมตร/วินาที เป็นกระแสประสาทที่รับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดแสบปวดร้อน (Burning Pain) หรือเจ็บปวดรวดร้าว (Aching Pain) ปวดตื้อ ๆ (Dull Pain) ตำแหน่งของความเจ็บปวดไม่แน่นอน ปวดอยู่นานจึงเรียกว่า Slow Pain กระแสประสาทเข้าส่วนเนื้อเยื่อด้านหลังของไขสันหลัง สิ้นสุดที่ Laminae I และ Substantia gelatinosa (Laminae II, III) ความเจ็บปวดที่ผ่านใยประสาททั้งสองชนิดจะเริ่มรู้สึกปวดโดยใยประสาทชนิดเอ-เดลต้า ก่อนตามด้วยใยประสาทชนิดซี สำหรับอวัยวะภายในมีแต่ใย

ประสาทซีเท่านั้น ดังนั้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดความเจ็บปวดจะเป็นความรู้สึกที่เจ็บปวดซ้อนกัน คือ เกิด Fast Pricking Pain Sensation ขึ้นก่อนประมาณ 1 นาที ต่อจากนั้นตามด้วย Slow Burning Pain Sensation ซึ่งคนเราจะตอบสนอง Pricking Pain โดยการหลีกเลี่ยงอย่างฉับพลัน Burning Pain Sensation จะค่อย ๆ เพิ่มปริมาณความเจ็บปวดขึ้นตามระยะเวลาโดยลำดับจนกระทั่งรุนแรงมาก พบว่าความเจ็บปวดนี้ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด เมื่อมีการกระตุ้นต่อไปเรื่อย ๆ จะทำให้ระดับขีดจำกัดการรับรู้ความปวด (Pain Threshold) จะลดต่ำลงเรื่อย ๆ และความเจ็บปวดนั้นยังคงปรากฏทราบเท่าที่ยังมีสิ่งกระตุ้นตลอดเวลา กระแสประสาทส่งผ่านเข้าสู่ไขสันหลังบริเวณ Dorsal horn ซึ่งบริเวณนั้นจะมีการเชื่อม (Synapse) กับเซลล์ประสาทที่เรียกว่า ซับสแตนเทีย เจลิตีโนซา (Substantia Gelatinosa) และกระตุ้นให้มีการปล่อยสารซับสแตน ที (Substance P) ออกมา สารนี้จะกระตุ้นให้ซับสแตนเทีย เจลิตีโนซา ให้เกิดเกิดกระแสประสาทนำสู่ทอดข้ามไปอีกด้านหนึ่งของไขสันหลังทาง Ventral Horn และนำขึ้นไปยังสมองโดยผ่านทาง Lateral Spinothalamic ซึ่งประกอบด้วยใยประสาทสองกลุ่ม คือ Neospinothalamic tract นำกระแสประสาทไปยัง Dorsal thalamus ซึ่งเป็นส่วนรับรู้ความเจ็บปวด และส่งต่อไปยัง Sensory cortex ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงความรุนแรง ลักษณะของความเจ็บปวด และตำแหน่งของความเจ็บปวด ส่วนใยประสาทอีกกลุ่มหนึ่ง คือ Paleospinothalamic Tract นำกระแสประสาทไปยัง Reticular Formation, Thalamus, Hypothalamus, Lymbic System และ Frontal Cortex ซึ่งสมองส่วนนี้จะกระตุ้นและเร้าอารมณ์ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวด ดังรูปที่ 12 แสดงวงจรความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในบทที่ 2 หน้า 27

การระงับปวดหลังผ่าตัด ปิ่น ศรีประจิดดิชัย (2544) กล่าวว่า “ในแต่ละปีมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่เข้ารับการผ่าตัดและต้องทนทุกข์ทรมานจากการปวดที่ตามมาหลังการผ่าตัดทั้ง ๆ ที่ในปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกายวิภาค สรีรวิทยา และพยาธิกำเนิดของความปวดมีมากขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังได้รับการระงับปวดหลังการผ่าตัดที่ไม่เพียงพอ มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่ำ เนื่องมาจากหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น ผู้ให้ยาระงับปวดยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเภสัชวิทยาของยาแก้ปวด ผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลมีทัศนคติที่ว่า การปวดหลังผ่าตัดเป็นเรื่องปกติที่จะต้องเกิดขึ้นและจะค่อย ๆ ทุเลาดีขึ้นเอง ความกลัว อากาเรข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อน และการติดยาแก้ปวดมากเกินไปขาดการประเมินความเจ็บปวดที่เหมาะสมสม่ำเสมอ ความปวดก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายมากมาย ผลเสียบางประการอาจเป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยบางกลุ่มมีอาการทรุดหนักจนถึงแก่ชีวิตได้” จากรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง ซึ่งต้องดูแลอย่างใกล้ชิดพยาบาลต้องประเมินอาการผู้ป่วยด้วยการวัดสัญญาณชีพ ดังนี้ วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง, ทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง หรือจนกว่าจะคงที่ (Stable) และทุก ๆ 4 ชั่วโมง แต่เดิมที่เคยปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะประเมินอาการ

ผู้ป่วยด้วยการวัดสัญญาณชีพตามรูปแบบฯ แต่การประเมินความเจ็บปวดไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อาจเป็นเพราะผู้ประเมินยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องความเจ็บปวด หรือทัศนคติต่อความเจ็บปวดดังเหตุผลข้างต้น หรือการนำและการเลือกมาตรวัดความเจ็บปวดมาใช้ยังไม่ได้รับความนิยมและยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ผลจากการวิจัยพบว่า มาตรวัดความเจ็บปวดที่แสดงออกทางสีหน้า และมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยภาพแสดงออกทางสีหน้า และมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา 24 และ 48 ชั่วโมง เท่ากับ 0.877 และ 0.891 แสดงว่ามาตรวัดความเจ็บปวดด้วยภาพแสดงออกทางสีหน้า และมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01 แต่สำหรับผู้ป่วยเด็กอาจประยุกต์ใช้มาตรวัดความเจ็บปวดที่แสดงออกทางสีหน้าแต่ปรับเปลี่ยนสีหน้าเป็นรูปภาพ การ์ตูน หรือแถบสีแสดงความเจ็บปวด ส่วนมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจาอาจได้ผลการประเมินความเจ็บปวดคลาดเคลื่อนความจริง เพราะความไม่สมบูรณ์ของวุฒิภาวะและการสื่อสารสร้างความเข้าใจในความหมายที่ตรงกัน

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยผู้วิจัยได้กำหนด และจัดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดให้กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเหมือนกัน (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ง.) จึงนับเป็นการจัดการพยาบาลแบบอิสระในบทบาทพยาบาลวิชาชีพอย่างมีแบบแผน ซึ่งส่งผลให้ลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดด้วย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัชฎาพร ประเสริฐปั้น (2537) ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความเจ็บปวดก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความทุกข์ทรมานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 16-19 ศึกษาความสัมพันธ์ของการได้รับยาชาเฉพาะที่และระดับความเจ็บปวดแสดงออกทางสีหน้าและมาตรวัดความปวดด้วยวาจาของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด เป็นข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมจากวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แต่มีความน่าสนใจ กล่าวคือ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากใบบันทึกการดมยาสลบของวิสัญญีแพทย์ พบว่าศัลยแพทย์ได้ทำการฉีดยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) ก่อนทำการเย็บแผลผิวหนังปิด ผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลการได้รับยาชาเฉพาะที่มาศึกษาหาความสัมพันธ์ของการได้รับยาชาเฉพาะที่ผลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดหรือไม่? พบว่าการได้รับยาชาเฉพาะที่และระดับความเจ็บปวดแสดงออกทางสีหน้า และการแสดงออกด้วยวาจาของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และจากการหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้สถิติหาค่าสหสัมพันธ์แบบ Pearson's Product Moment Coefficient of Correlation พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยภาพแสดงออกทางสีหน้า และมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา 24 และ 48 ชั่วโมง เท่ากับ 0.877 และ 0.891 แสดงว่ามาตรวัดความเจ็บปวดด้วยภาพแสดงออกทางสีหน้า และมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01 เมื่อนำเครื่องมือมาเก็บข้อมูลพบว่า มาตรวัดความเจ็บปวดที่แสดงออกทางสีหน้า ในภาพสุดท้ายที่แปรผลมีคะแนนความเจ็บปวด อยู่ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 คะแนน ซึ่งหมายถึงความเจ็บปวดบาดแผลมากจนทนไม่ได้สีหน้าที่แสดงออกด้วยใบหน้าร้องไห้ เป็นภาพที่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่เลือกเลย อาจเป็นเพราะกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย ความเจ็บปวดแม้จะเจ็บปวดมากมายแสนสาหัสถูกผู้ชายคงไม่ให้ใครเห็นน้ำตาเป็นแน่นอน จากเหตุผลนี้ผู้วิจัยขอเสนอแนะว่า การใช้มาตรวัดความเจ็บปวดที่แสดงออกทางสีหน้า ในภาพสุดท้าย อาจปรับเป็นสีหน้าแสดงความเจ็บปวดที่ทุกข์ทรมานแต่ไม่แสดงถึงการร้องไห้ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึงความอ่อนแอที่มีผลต่อเพศชายได้

“ยาและวิธีการระงับปวด ยากลุ่ม Opioids ยากลุ่มนี้เป็นยาที่ได้รับความนิยมมากในการระงับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เนื่องจากระงับปวดระดับปานกลางถึงปวดมากได้ดี ยากลุ่ม NSAID'S (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs) ยากลุ่มนี้ระงับปวดเล็กน้อยถึงปวดปานกลางได้ดี เช่นการทำผ่าตัดเล็ก การผ่าตัดที่สามารถกลับบ้านได้ภายในวันเดียว ยาชาเฉพาะที่ การระงับความรู้สึกลเฉพาะที่สำหรับการผ่าตัดมีผลดีหลายประการต่อระบบการหายใจ หัวใจ และหลอดเลือด และระบบต่อมไร้ท่อในการลด stress response ช่วยป้องกันการเกิด central sensitization นอกจากนี้ยังลดการเกิดลิ่มเลือดและหลุดลอบไปอุดตันที่ปอด ลดการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด และยังมีผลระงับปวดหลังผ่าตัดได้อีกด้วย เช่นการฉีดยาชาเฉพาะที่ที่ออกฤทธิ์นานบริเวณแผลผ่าตัด ฉีดบริเวณใกล้เคียง ๆ เส้นประสาทส่วนปลายต่าง ๆ ให้ทางช่องเยื่อหุ้มปอด (Interpleural) หรือให้ยาอย่างต่อเนื่องทางช่อง epidural ในทำนองเดียวกันกับ NSAID'S ยาชาเฉพาะที่ช่วยเสริมฤทธิ์แก้ปวดของ Opioids ได้ อันจะทำให้ลดปริมาณ Opioids ลงได้ และลดอาการข้างเคียงจาก Opioids ลง อย่างไรก็ตามอาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายจากการใช้ยาชาเฉพาะที่ คือ ความดันโลหิตต่ำในกรณีที่ใช้ยาทางช่อง epidural ขาอ่อนแรงทำให้ลุกเดินหลังผ่าตัดได้ช้า และอันตรายต่อเส้นประสาท แม้ว่าจะมีอุบัติการณ์ต่ำ แต่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าการปวดแผลหลังผ่าตัดจะเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้น แต่การให้ความสนใจอย่างจริงจังร่วมกับการให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมสามารถป้องกันหรือลดระดับความปวดให้ผู้ป่วยได้ จากการศึกษาพบว่าเพียงแค่ว่าความปวดระยะสั้น ๆ สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทในไขสันหลังได้เป็นเวลานาน และในทางปฏิบัติ การทำให้หายปวดง่ายกว่าการระงับปวดมาก ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความปวด

จากแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ และควรให้คำแนะนำผู้ป่วยให้ขอยาแก้ปวดตั้งแต่มีอาการน้อย ๆ หากรอให้การปวดรุนแรงนอกจากตัวผู้ป่วยจะได้รับความทรมานแล้ว การระงับปวดที่รุนแรงยังกระทำได้อีกด้วย นอกจากนี้การวางแผนป้องกันและควบคุมอาการปวดตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด อันเป็นประโยชน์ในระยะสั้น และระยะยาว ในระยะสั้นนั้นสามารถเห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ส่วนในระยะยาวจะช่วยลดการเกิดอาการปวดเรื้อรังซึ่งเป็นภาวะที่ทรมานและรักษายาก เช่น chronic regional pain syndrome (CRPS), phantom limb pain, post thoracotomy pain syndrome เป็นต้น” (ปิ่น ศรีประจิดดิษฐ์, 2544 : 190-193)

สรุปว่า การทำสมาธิด้วยพลังพิระมิดมีผลช่วยลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรมทั่วไป แต่จำนวนครั้งของการได้รับยาระงับปวดหลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในการศึกษารั้งนี้ จำนวนครั้งของการได้รับยาระงับปวดในกลุ่มตัวอย่างน่าจะมี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจาก

โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่มีชื่อเสียงมายาวนาน จำเป็นต้องจัดการบริการอย่างมีคุณภาพ (Quality of Service) โดยยึดผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Patient Care Center) และลูกค้าคือพระเจ้า (Customer is The King) ดังนั้นการบำบัดรักษาโดยแพทย์และการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ จึงมีความสอดคล้องกัน ซึ่งแพทย์มีคำสั่งให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดเมื่อจำเป็นทุก 4-6 ชั่วโมง พยาบาลวิชาชีพจึงต้องประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ในการจัดกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มจากการประเมินสภาพผู้ป่วย และการประเมินความเจ็บปวด (Assessing) ตามตารางการวัดสัญญาณชีพที่กำหนดไว้ การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Diagnosing) การวางแผนในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (Planning) การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์หลังผ่าตัดอย่างเคร่งครัดด้วยการให้ยาระงับปวดโดยปฏิบัติตามหลักการบริหารยา (Drug Administration 6 Right's) และการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ เวรปฏิบัติงาน (Evaluating) จึงมีความต่อเนื่องอย่างเป็นระบบในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบองค์รวม จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพสูงสุด

ประโยชน์ในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์สามารถพิจารณาตัดสินใจนำการทำสมาธิด้วยพลังพิระมิดมาประยุกต์ใช้เป็นการพยาบาลทางเลือก (Alternative Nursing) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคด้วยการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ และการผ่าตัดชนิดอื่นๆ ได้ เช่นการผ่าตัดคลอดลูกทางหน้าท้อง (Caesarean Section) การผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูก (Orthopedic Surgery) หรือการผ่าตัดระบบประสาท (Neuro Surgery) เป็นต้น
2. การใช้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดมีจำนวนครั้งน้อยกว่า ทำให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงจากอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยาระงับปวดได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม
3. นำวิธีการทำสมาธิด้วยพลังพิระมิดไปใช้กับโรคที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวดอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคที่คุกคาม เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย เพราะการทำสมาธิด้วยพลังพิระมิดไม่ต้องกำหนดจิตให้แน่วแน่ด้วยตนเอง จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายและจิตใจไม่พร้อมหรือไม่สามารถกำหนดจิตได้ด้วยตนเอง หรือควบคุมจิตตนเองไม่ได้
4. เป็นการประยุกต์และพัฒนาการใช้ภูมิปัญญาไทย ซึ่งอธิบายโดยใช้หลักวิทยาศาสตร์อย่างมีเหตุมีผลเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน
5. เป็นข้อมูลพื้นฐานประยุกต์ใช้สำหรับการทำวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. ทำการศึกษาในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษาโรคด้วยการผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรมทั่วไป และนำผลการวิจัยมาเปรียบเทียบความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการได้รับยาระงับปวดหลังผ่าตัด
2. ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชนิดอื่น ๆ เช่นการผ่าตัดคลอดลูกทางหน้าท้อง การผ่าตัดทางสูตินรีเวช การผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูก และการผ่าตัดระบบประสาท
3. ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน
4. ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาชาเฉพาะที่ต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด