MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ผลของการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT เพื่อลดความปวดและความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

The Effects of Nursing Care Program Integrating SKT Meditation on Reducing Pain and Anxiety in Patients with Upper Gastrointestinal Bleeding in the Surgical Intensive Care Unit

ปัณภัทสรณ์ วัดเข้าหลาม[1] , อาริยา สอนบุญ[2*] , ณรงค์ศักดิ์ ภูกงลี[3], สุชัญญ์ญา เดชศิริ[4]
ราตรี จันทะจิต[1], จุฑารัตน์ ไชยสงเมือง[1], นภชนก รักษาเคน[2]
Pannapatsorn Wadkhaolam[1] , Ariya Sornboon[2*], Narongsak Phookonglee[3]
Suchanya Dejsiri[1*], Ratree Jantajit[1] , Jutarat Chaisongmuang[1] , Napachanok Raksaken[2]

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 44150
[3]พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 46120
[4]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000
[1]Professional Nursing, SurgicalIntensive Care Unit, Maha Sarakham Hospital, Maha Sarakham 44000
[2]AssistantProfessor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Maha Sarakham 44150
[3]RegisteredNurse, Intensive Care Unit, YangtaladHospital, Kalasin 46120
[4]Senior Professional Nursing, SurgicalIntensive Care Unit, MahaSarakhamHospital, MahaSarakham 44000
Corresponding author: E-mail: ariya.s@msu.ac.th

Received: 14 October 2026 Revised: 20 March 2026 Accepted: 27 March 2026

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดเพื่อลดความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

รูปแบบวิจัย : เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการทำสมาธิบำบัด แบบประเมินความปวด และแบบประเมินความวิตกกังวล วิเคราะห์ข้อมูล

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed-rank test และ Mann–Whitney U test

ผลการศึกษา : กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความปวดหลังทดลอง (IQR = 0.00) ต่ำกว่าก่อนทดลอง (IQR = 1.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = -3.99, p<0.050) และมีค่ามัธยฐานคะแนนความวิตกกังวลหลังทดลอง (IQR = 3.75) ต่ำกว่าก่อนทดลอง (IQR = 6.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = -3.92, p<0.050) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความปวดหลังทดลอง (IQR = 0.00) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (IQR = 1.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = -3.22, p<0.050) และกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลหลังทดลอง (IQR = 3.75) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (IQR = 7.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = -5.42, p<0.050)

สรุปผลการศึกษา : การใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดมีประสิทธิภาพในการช่วยบรรเทาความปวดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น และสามารถนำไปใช้ในการดูแลแบบไม่ใช้ยาเพื่อเสริมการพยาบาลมาตรฐานในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ โดยช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด และปรับสภาพจิตใจให้สงบ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงและเกิดความสมดุลทางอารมณ์มากขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมสมาธิบำบัด, ความปวด, ความวิตกกังวล, ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ABSTRACT

Objective : This study aimed to examine the effects of a meditation program (SKT) on reducing pain and anxiety among patients with upper gastrointestinal bleeding (UGIB).

Methods : A quasi-experimental research with a two-group pretest–posttest design was conducted. The participants were patients diagnosed with UGIB admitted to the Surgical Intensive Care Unit at Maha Sarakham Hospital between July 2024 and March 2025. A total of 40 participants were selected using purposive sampling and divided into an experimental group receiving the meditation program and a control group receiving routine nursing care. Research instruments included the SKT meditation program, a pain assessment scale, and the Spielberger State Anxiety Inventory. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including Wilcoxon signed-rank test and Mann–Whitney U test.

Results : The experimental group demonstrated a significantly lower median pain score after the intervention (IQR = 0.00) compared with before the intervention (IQR = 1.00) ($z = -3.99$, $p<0.050$). The median anxiety score after the intervention (IQR = 3.75) was also significantly lower than before the intervention (IQR = 6.75) ($z = -3.92$, $p<0.050$). When compared with the control group, the experimental group had significantly lower median pain scores (IQR = 0.00) than the control group (IQR = 1.75) ($z = -3.22$, $p<0.050$). Similarly, the median anxiety score in the experimental group (IQR = 3.75) was significantly lower than that in the control group (IQR = 7.75) ($z = -5.42$, $p<0.050$).

Conclusion : The meditation program was effective in reducing pain and anxiety among patients with upper gastrointestinal bleeding. The program can be applied as a non-pharmacological nursing intervention to complement standard care in intensive care units by promoting relaxation, diverting attention from pain, and enhancing emotional balance, thereby reducing anxiety and improving patients' psychological well-being.

Keywords : SKT meditation program, Pain, Anxiety, Upper gastrointestinal bleeding

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

บทนำ

โรคระบบทางเดินอาหารเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การใช้ยาโดยปราศจากคำแนะนำ การดื่มแอลกอฮอล์ และการดำเนินชีวิตภายใต้ความเครียดเรื้อรัง ข้อมูลจาก Centers for Disease Control and Prevention[1] ระบุว่ามีผู้ป่วยแผลหรือเลือดออกในระบบทางเดินอาหารกว่า 14.8 ล้านคน หรือประมาณ 80–150 รายต่อประชากรแสนคน โดยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2–15 สะท้อนถึงความรุนแรงของโรคดังกล่าว

ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal Bleeding: UGIB) เป็นภาวะที่มีเลือดออกตั้งแต่หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร จนถึงลำไส้เล็กส่วนต้นเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคร่วมหรือใช้ยาที่มีผลต่อเยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ ซีด แน่นท้อง และอาจเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด หากไม่ได้รับการรักษาเร่งด่วนอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต[2]

ข้อมูลประเทศไทยจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี 2562–2564 พบผู้ป่วยแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นกว่า 39,000–41,000 รายต่อปี อัตรา 60–64 ต่อประชากรแสนคน โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมากกว่าครึ่งอยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.9–1.2[3] สำหรับโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ พบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นช่วงปี 2564–2566 รวม 714 ราย โดย 202 รายต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 11–20 ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักได้รับหัตถการที่ก่อความเจ็บปวดและความเครียด ส่วนใหญ่ต้องได้รับการใส่สายยางผ่านระหว่างรูจมูกลงไปยังกระเพาะอาหาร (Nasogastric Tube) การสวนล้างกระเพาะอาหาร และบางรายจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้เกิดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายการใส่ท่อช่วยหายใจ นอกจากนี้ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นภาวะการณ์เจ็บป่วยวิกฤต และคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยจึงมีความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะความกลัวต่อการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นชิน เครื่องมือที่มีความเฉพาะและการดูแลที่เข้มงวด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดยิ่งรุนแรงขึ้น[5] จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลมหาสารคาม พบการใช้ยา opioids และยากลุ่ม sedative บ่อยครั้ง แม้ว่าการใช้ยาแก้ปวดจะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตได้ แต่การใช้ต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะกดการหายใจ การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง และการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ยากขึ้น[4] อีกทั้งในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น การใช้ยาบางชนิดอาจเพิ่มการระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ ความเครียดและความวิตกกังวลยังกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติก (Sympathetic Nervous System) ส่งผลให้การหลั่งกรด

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นและอาจทำให้การระคายเคืองของเยื่อบุกระเพาะอาหารรุนแรงขึ้น[6] ดังนั้น แนวทางการบำบัดแบบไม่ใช้ยา จึงช่วยลดความปวดและความวิตกกังวลและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นควรมุ่งเน้นแนวทางแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แนวทางที่ได้รับความสนใจคือ การบรรเทาความปวดและความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา เช่น การเปิดเพลงบำบัด การสร้างสิ่งแวดล้อมสงบผ่อนคลาย รวมถึง “สมาธิบำบัด SKT” ซึ่งเป็นเทคนิคการผ่อนคลายที่เน้นการควบคุมลมหายใจและการจดจ่อเพื่อลดความตึงเครียด โดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤติที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ การทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 1 เป็นการทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจ ช่วยให้ร่างกายผ่อนคลาย กระตุ้นการหลั่งเอนดอร์ฟิน (Endorphin) ซึ่งช่วยบรรเทาความเจ็บปวด[12] และสามารถลดการส่งผ่านสัญญาณความปวดที่ระดับไขสันหลังได้ นอกจากนี้ การทำสมาธิบำบัดจะช่วยลดการทำงานของ Sympathetic Nervous System ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนความเครียด เช่น Cortisol และ Adrenaline ลดลง ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง[14] ซึ่งการลดความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นจะลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารและลดการระคายเคืองของเยื่อบุกระเพาะอาหาร ส่งเสริมกระบวนการห้ามเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ดีขึ้น[7]

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดเพื่อลดความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความปวดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบความปวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัด
4. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัด มีคะแนนความปวดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัด
2. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

3. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัด

4. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบและวิธีวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – posttest two group design) ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 - เดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) เพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น และเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 3) ระดับความรู้สึกตัวดี ตอบคำถามเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้อย่างถูกต้อง 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ 2) ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อหรือย้ายสถานพยาบาล 3) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการศึกษา

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี Power analysis กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ 0.05 คำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของ มาลีจิตร์ ชัยเนตร[8] เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 ราย ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15[9] ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลจากการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และยาแก้ปวดที่ได้รับ

2. แบบประเมินความพร้อมก่อนเริ่มการทดลอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการทดลอง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี RASS score = 0 คะแนน 2) อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 10-30 ครั้ง/นาที 3) อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60-120 ครั้ง/นาที และ 4 ค่าความดันโลหิตตัวบนอยู่ระหว่าง 90-160 มิลลิเมตรปรอท

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

3. แบบประเมินความปวด ใช้มาตรวัดความปวดแบบเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual Analogue Scales) ของ Huskisson[10] มีลักษณะเป็นเส้นตรง ความยาว 10 เซนติเมตร ซึ่งระดับความปวดจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากทางซ้ายมือ คือ ไม่ปวดเลย ไปขวามือ คือ ปวดมากที่สุด คะแนน 0 คะแนน = ไม่ปวด 1-3 คะแนน = ปวดเล็กน้อย (mild) 4-6 คะแนน = ปวดปานกลาง (moderate) 7-9 คะแนน = ปวดมาก (severe) และ 10 คะแนน = ปวดมากที่สุด (very severe)

4. แบบประเมินความวิตกกังวล ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี และคณะ[11] ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบ Rating scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบ้าง มีค่อนข้างมาก และมีมากที่สุด

ข้อความแสดงถึงความวิตกกังวลในทางบวก 10 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20

ข้อความแสดงถึงความวิตกกังวลในทางลบ 10 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 คะแนนของความวิตกกังวลเป็นผลรวมจากแบบวัดทั้งหมด มีค่าสูงสุด 80 คะแนน ค่าต่ำสุด 20 คะแนน แบ่งระดับความวิตกกังวล ดังนี้

คะแนน 20-40 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลระดับต่ำ
คะแนน 41-60 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
คะแนน 61-70 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลระดับมาก
คะแนน 71-80 คะแนน แสดงว่า มีความวิตกกังวลระดับมากที่สุด

5. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะรู้สติผู้ป่วยและการประเมินความพร้อมของร่างกาย 2) การจัดท่านอนศีรษะสูง 30-60 องศา ในท่าที่ผู้ป่วยสุขสบาย 3) การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค ขั้นตอนและแนวทางการรักษา และ 4) การทำสมาธิบำบัด ประยุกต์ใช้แนวคิดของ สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี[7] เทคนิคที่ 1 มีวิธีการปฏิบัติโดยให้นอนในท่าที่สุขสบาย วางแขวนหงายมือไว้ข้างลำตัว หรือคว่ำฝ่ามือไว้ที่หน้าท้อง ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางปากลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 เป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ โดยผ่านท่อช่วยหายใจ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้ง ถือว่าครบ 1 รอบลมหายใจ ทำซ้ำทั้งหมด 30 รอบลมหายใจ แล้วจึงค่อย ๆ ลืมตาขึ้นช้า ๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คู่มือโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT แบบประเมินความปวด และแบบประเมินความวิตกกังวล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการใช้ภาษาที่เหมาะสม หลังจากได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึง

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 รายพบว่า ขั้นตอนการทำสมาธิบำบัดและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจนเข้าใจง่าย กลุ่มตัวอย่างสามารถทำสมาธิบำบัด SKT ได้ครบทุกขั้นตอน มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการหลังได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยในคนของโรงพยาบาลมหาสารคามเลขที่ (MSKH_REC 67-01-90) ที่มีการดำเนินการโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย รวมถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับอย่างละเอียดก่อนเข้าร่วม กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธ โดยการปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในลักษณะภาพรวมเพื่อป้องกันการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ

2. ภายหลังกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ลงนามในเอกสารยินยอมและดำเนินกิจกรรมของโปรแกรม โดยผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ช่วงเวลา 07:00 น. ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยเสร็จสิ้นกิจวัตรประจำวันเบื้องต้นและยังไม่มีการดำเนินหัตถการ เพื่อช่วยลดปัจจัยรบกวนที่อาจมีผลต่อผลการวิจัย หลังจากนั้นจะดำเนินกิจกรรมของโปรแกรม ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม : ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยประเมินระดับความปวดและความวิตกกังวลและให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังจากนั้นประเมินระดับความปวดและความวิตกกังวลหลังการทดลอง

2.2 กลุ่มทดลอง : ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มโปรแกรมสมาธิบำบัด ประเมินระดับความปวดและความวิตกกังวล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา หลังจากนั้นจัดท่านอนศีรษะสูง 30-60 องศา ในท่าที่ผู้ป่วยสุขสบาย และให้กลุ่มทดลองทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 1 ทำทั้งหมด 30 รอบลมหายใจ ระหว่างการดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยอยู่ข้างผู้ป่วยเพื่อสังเกตอาการ สีหน้าท่าทาง และความกระสับกระส่าย พร้อมทั้งติดตามและบันทึกสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และระดับออกซิเจนในเลือด หากพบการเปลี่ยนแปลงของอาการหรือสัญญาณชีพที่ผิดปกติ จะหยุดการดำเนินโปรแกรมทันที

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และ Interquartile range (IQR) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การใช้ยาแก้ปวด และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Chi-square และสถิติ Fisher's exact test ตามข้อตกลงเบื้องต้น

2. เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความปวดและความวิตกกังวลก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Mann–Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test (n=40)

ลักษณะของข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	11	55.00	16	80.00	2.849[C]	0.880
หญิง	9	45.00	4	20.00		
อายุ						
18-40 ปี	2	10.00	2	10.00	0.642[F]	0.891
41-60 ปี	7	35.00	5	25.00		
มากกว่า 60 ปี	11	55.00	13	65.00		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	6	30.00	8	40.00	1.418[F]	0.895
มัธยมศึกษา	11	55.00	10	50.00		
อนุปริญญา	1	5.00	0	0.00		
ปริญญาตรี	2	10.00	2	10.00		

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ลักษณะของข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพสมรส						
คู่	15	75.00	15	75.00	2.382[F]	0.695
หม้าย	5	25.00	3	15.00		
หย่า	0	0.00	1	5.00		
โสด	0	0.00	1	5.00		
การใช้ยาแก้ปวด						
เคย	16	80.00	19	95.00	0.914[F]	0.171
ไม่เคย	4	20.00	1	5.00		

หมายเหตุ. [C] = Chi-square test, [F] = Fisher exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.00 (IQR=16.00) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.00 สถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 75.00 และเคยได้รับยาแก้ปวด คิดเป็นร้อยละ 80.00 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80.00 (IQR=18.50) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 75.00 และเคยได้รับยาแก้ปวด คิดเป็นร้อยละ 95.00 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และยาแก้ปวดที่ได้รับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 2 ความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความปวดก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test (n=40)

คะแนนความปวด, Median (IQR)	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	z	p-value
กลุ่มทดลอง (n=20)	9.00 (3.00)	6.00 (2.00)	-3.99[b]	<0.001*
กลุ่มควบคุม (n=20)	8.00 (2.00)	7.00 (3.00)	-3.70[b]	<0.001*

หมายเหตุ * = p<0.050, b. Based on positive ranks

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนนความปวดอยู่ในระดับปานกลาง และค่ามัธยฐานของคะแนนความปวดหลังทดลอง ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.99$, $p<0.050$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานของคะแนนความปวดก่อนทดลองอยู่ในระดับปวดมาก หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และค่ามัธยฐานของคะแนนความปวดหลังทดลอง ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.70$, $p<0.050$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความปวดก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann–Whitney U test (n=40)

คะแนนความปวด, Median (IQR)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	z	p-value
ก่อนทดลอง (n=20)	9.00 (1.00)	8.00 (1.75)	-1.94	0.052
หลังทดลอง (n=20)	6.00 (0.00)	7.00 (1.75)	-3.22	0.001*

หมายเหตุ *p<0.050

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนความปวดก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนค่ามัธยฐานของคะแนนความปวดหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง (IQR = 0.00) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (IQR = 1.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.22$, $p<0.050$)

ส่วนที่ 3 ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test (n=40)

คะแนนความวิตกกังวล, Median (IQR)	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	z	p-value
กลุ่มทดลอง (n=20)	61.50 (8.00)	34.50 (9.00)	-3.92[b]	<0.001*
กลุ่มควบคุม (n=20)	64.00 (17.00)	60.00 (22.00)	-2.76[b]	0.006*

หมายเหตุ *p<0.050, b. Based on positive ranks

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองอยู่ในระดับน้อย และค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลหลังทดลอง ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.92$, $p<0.050$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนทดลองอยู่ในระดับมาก หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และค่ามัธยฐาน

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ของคะแนนความวิตกกังวลหลังทดลอง ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (z = -2.76, p<0.050)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann–Whitney U test (n=40)

คะแนนความวิตกกังวล, Median (IQR)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	z	p-value
ก่อนทดลอง (n=20)	61.50 (6.75)	64.00 (4.75)	-1.59	0.112
หลังทดลอง (n=20)	34.50 (3.75)	60.00 (7.75)	-5.42	<0.001*

หมายเหตุ *p<0.050

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง (IQR = 3.75) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (IQR = 7.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (z = -5.42, p<0.050)

อภิปรายผล

ผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐาน ได้ดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัด มีคะแนนความปวดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.050)

สมมติฐานที่ 2 กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.050)

จากผลการศึกษา พบว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดลดลงจากระดับปวดมาก เหลือระดับปวดปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และค่ามัธยฐานของคะแนนความปวดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) แม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะมีระดับความปวดลดลงหลังการทดลอง แต่กลุ่มทดลองมีระดับการปวดลดลงมากกว่า แสดงให้เห็นว่า การใช้สมาธิบำบัดเป็นวิธีการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นจากการพยาบาลตามปกติซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการทำสมาธิบำบัดจะส่งผลให้ร่างกายเกิดความสงบ ผ่อนคลาย กระตุ้นต่อมใต้สมองและไฮโปทาลามัสหลั่งเอนดอร์ฟิน ไปทำปฏิกิริยากับ โอปิออยด์ รีเซพเตอร์ บริเวณไขสันหลัง เกิดการปิดกั้นการปล่อยสารพี ยับยั้งการส่งสัญญาณความปวดขึ้นไปที่สมอง ทำให้ความปวดลดลง[12] สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ พงษ์สูน และคณะ[13] ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression กับการจัดการความปวดแบบเดิม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม โดยประยุกต์ใช้การทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 1 ซึ่งเป็นการทำสมาธิด้วยการกำหนด

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ลมหายใจเพื่อบรรเทาความปวด พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนนความปวดในระยะ 2 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.050$) แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและบรรเทาความปวด ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารหรือหาวิธีผ่อนคลายอื่น ๆ ได้

สมมติฐานที่ 3 กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.050$)

สมมติฐานที่ 4 กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.050$)

จากผลการศึกษา พบว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลงจากระดับปานกลาง เหลือระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสมาธิบำบัดและการตอบสนองแบบผ่อนคลาย (Relaxation response) ของ Benson[14] ที่กล่าวว่า การฝึกสมาธิช่วยลดการทำงานของ Sympathetic Nervous System และเพิ่มการทำงานของระบบพาราซิมพาเธติก (Parasympathetic Nervous System) ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และระดับฮอร์โมนความเครียดลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบและความวิตกกังวลลดลง ซึ่งการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT สามารถช่วยปรับสภาพจิตใจให้สงบ เกิดความสมดุลทางอารมณ์ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงและผ่อนคลาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ong et al.[15] ที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเสมือนจริง (Virtual reality) ร่วมกับการทำสมาธิบำบัดในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย VR แบบมีองค์ประกอบด้านสมาธิและการผ่อนคลาย มีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบก่อนและหลังการทดลอง แสดงให้เห็นว่าการใช้เทคนิคสมาธิและการผ่อนคลาย ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบสมาธิบำบัด SKT หรือการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ต่างมีศักยภาพในการลดความทุกข์ทางจิตใจในผู้ป่วยวิกฤตได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างและดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว จึงอาจจำกัดการนำผลไปใช้ในบริบทอื่น นอกจากนี้ การประเมินผลใช้เครื่องมือแบบอัตวิสัยและวัดผลเฉพาะระยะสั้น รวมทั้งอาจมีปัจจัยแทรกซ้อน เช่น ระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ชนิดของยาแก้ปวดและการรักษาที่ได้รับแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อผลการศึกษาได้

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT สามารถลดระดับความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมดังกล่าวเป็นวิธีการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิผล สามารถนำมาใช้เป็นการบำบัดแบบไม่ใช้ยา

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

(non-pharmacological intervention) ร่วมกับการพยาบาลตามมาตรฐานในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อช่วยลดการพึ่งพายาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถนำโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ไปใช้เป็นแนวทางเสริมในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological intervention) ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ โดยควรบูรณาการในแผนการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และส่งเสริมการฝึกอบรมบุคลากรให้มีทักษะในการใช้สมาธิบำบัด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรศึกษาด้วยการออกแบบการวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (RCT) ที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น และศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว ขยายการศึกษาไปยังผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มอื่น และประเมินความคุ้มค่าของการนำโปรแกรมไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. National Center for Health Statistics. National Hospital Discharge Survey (NHDS). [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2024. Available from: https://www.cdc.gov/rdc/restricted-nchs-variables/nhds.html
2. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2021;53(3):300–332. doi:10.1055/a-1369-5274
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคทางเดินอาหาร พ.ศ. 2562–2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/
4. Zhao Y, Encinosa W, Owens P. Opioid use and complications in hospitalized patients with gastrointestinal bleeding. J Pain Res. 2020;13:765–73. doi:10.2147/JPR.S241918
5. Pasanen M, Ukkola A, Arola J, Kylänpää L, Rantanen T. Anxiety and health-related quality of life in patients with upper gastrointestinal bleeding. Scand J Gastroenterol. 2022;57(2):196–203. doi:10.1080/00365521.2021.2012990
6. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด (ฉบับที่ 2) [อินเทอร์เน็ต]. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2562. เข้าถึงได้จาก: https://www.tasp.or.th.

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

7. สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. สร้างเสริมสุขภาพด้วยสมาธิบำบัดแบบเอสเคที 1–8 สำหรับผู้บกพร่องทางการได้ยิน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2567.
8. มาลีจิตร์ ชัยเนตร. ผลของโปรแกรมการฝึกสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบเอสเคทีต่อความเครียดและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2022;2(1):15–27.
9. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2022.
10. Myles PS, Myles DB, Galagher W, Boyd D, Chew C, MacDonald N, Dennis A. Measuring acute postoperative pain using the visual analog scale: the minimal clinically important difference and patient acceptable symptom state. British Journal of Anaesthesia. 2017;118(3):424–429. https://doi.org/10.1093/bja/aew466
11. พราวพิมล กิตติวงศ์วิชัย. ผลของการทำสมาธิบำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566; 20(1): 216 – 226.
12. Kaiser HC, Behrens BJ. Tissue Response to Injury. In: Behrens BJ, editor. Biophysical Agents: Theory and Practice. Philadelphia: F.A. Davis; 2021.
13. จิราภรณ์ พงษ์สูน, ทัศนีย์ เดชเสน, พชรวลี ประชุมรักษ์, มานะ สมบัติดี, วาริณี นครเขต, สิริลักษณ์ ทองสิงห์, จณิสตา สายสุด, ศิริรัตน์ อินทรเกษม. ประสิทธิผลของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression กับการจัดการความปวดแบบเดิม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม. วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2017;1(2):14–27.
14. Reaves C, Angosta AD. The relaxation response: Influence on psychological and physiological responses in patients with COPD. Applied Nursing Research. 2021;57:151351. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151351
15. Ong T, Ruppert M, Rashidi P, Ozrazgat-Baslanti T, Bihorac A, Suvajdzic M. Improving the Intensive Care Patient Experience with Virtual Reality. arXiv. 2019. Available from: https://arxiv.org/abs/1906.11706