



ผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้า  
ท้อง

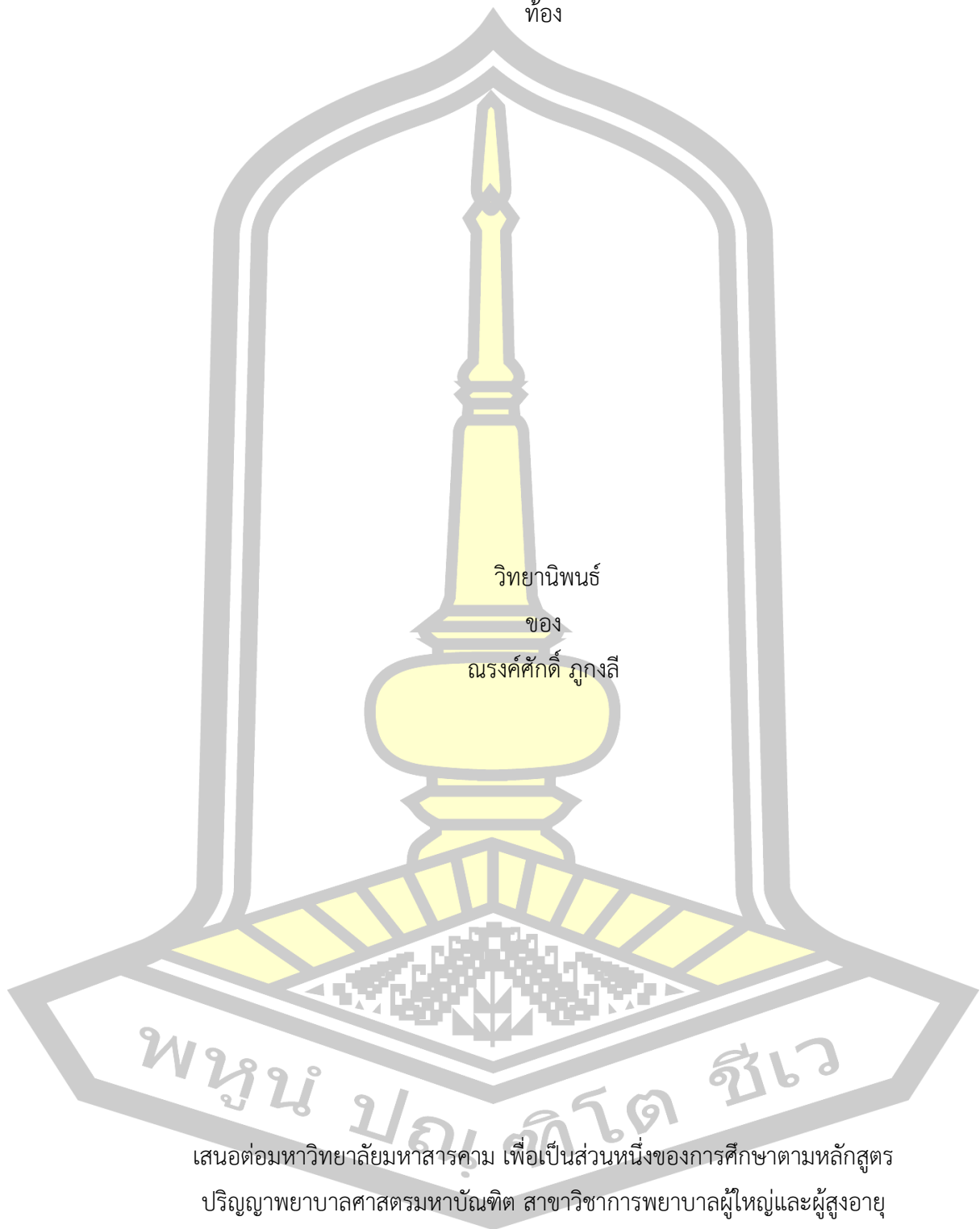
วิทยานิพนธ์  
ของ  
ณรงค์ศักดิ์ ภูงงลี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  
มกราคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้า

ท้อง



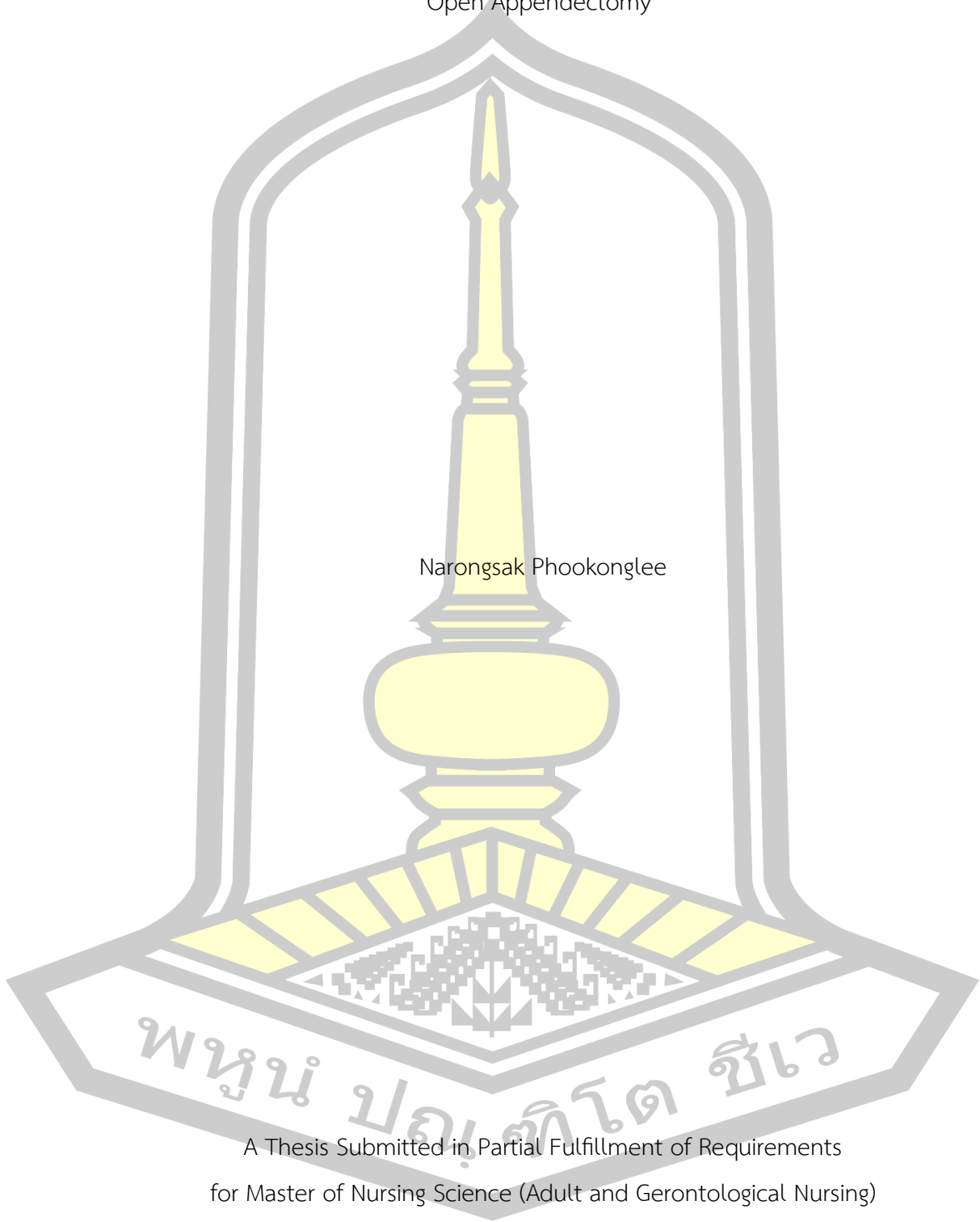
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

มกราคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Effects of SKT Meditation on Pain and Abdominal Distention on Patients receiving  
Open Appendectomy

Narongsak Phookonglee



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements  
for Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)

January 2025

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายณรงค์ศักดิ์ ภูงงลี แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. อภิญญา วงศ์พิริโยธา )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. อาริยา สอนบุญ )

กรรมการ

(อ. ดร. สุรชาติ สิทธิปกรณ์ )

กรรมการ

(ผศ. ดร. อาริยา สอนบุญ )

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ )

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล )

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

|                  |  |            |                               |
|------------------|--|------------|-------------------------------|
| ชื่อเรื่อง       | ผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง |            |                               |
| ผู้วิจัย         | ณรงค์ศักดิ์ ภูงกลี   |            |                               |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาริยา สอนบุญ   |            |                               |
| ปริญญา           | พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต   | สาขาวิชา   | การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ |
| มหาวิทยาลัย      | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม   | ปีที่พิมพ์ | 2568                          |

### บทคัดย่อ

ความปวดและอาการท้องอืดมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ การทำสมาธิบำบัดเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาอาการเหล่านี้ให้กับผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง ศึกษาในผู้ป่วย 34 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT หลังผ่าตัด 3 วัน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกคะแนนความปวดและแบบประเมินอาการท้องอืด ทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีทดสอบซ้ำได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Fisher exact test, chi-square, Independent t-test, Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา พบว่า

- 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -3.69, p < .05$ )
- 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -4.85, p < .05$ )
- 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -3.64, p < .05$ )
- 4) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -2.28, p < .05$ )

จากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การทำสมาธิบำบัด SKT สามารถบรรเทาความปวดและลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องได้ ดังนั้น พยาบาลจึงควรสอนและฝึกผู้ป่วยทำสมาธิบำบัด SKT เป็นเวลา 3 วันหลังผ่าตัด เพื่อช่วยบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดต่อไป

คำสำคัญ : สมาธิบำบัด, ความปวดหลังผ่าตัด, อาการท้องอืด, ผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง



|                   |  |              |                                     |
|-------------------|--|--------------|-------------------------------------|
| <b>TITLE</b>      | The Effects of SKT Meditation on Pain and Abdominal Distention on Patients receiving Open Appendectomy |              |                                     |
| <b>AUTHOR</b>     | Narongsak Phookonglee  |              |                                     |
| <b>ADVISORS</b>   | Assistant Professor Ariya Sonbun , Ph.D.   |              |                                     |
| <b>DEGREE</b>     | Master of Nursing<br>Science   | <b>MAJOR</b> | Adult and Gerontological<br>Nursing |
| <b>UNIVERSITY</b> | Maharakham<br>University   | <b>YEAR</b>  | 2025                                |

### ABSTRACT

Postoperative pain and abdominal distension often result in patients following an appendectomy. One technique to reduce these symptoms is SKT Meditation Therapy. This quasi-experimental research aimed to study the effects of SKT meditation on pain and abdominal distention in patients receiving open appendectomy. Thirty-four patients admitted to the Yangtalad Hospital, Kalasin Province, were randomly assigned to an experimental or control group. The experimental group received SKT meditation therapy for three days after surgery, and the control group received routine nursing care. The research instruments comprised the pain scale and the abdominal distention scale. Test-retest reliability for these scales was .89 and .87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, chi-square test, independent t-test, Wilcoxon signed rank test, and Mann-Whitney U test.

The study's findings demonstrated the following:

1) After the intervention, the experimental group had a statistically significantly lower pain score than before the intervention ( $z = -3.69, p < .05$ ).

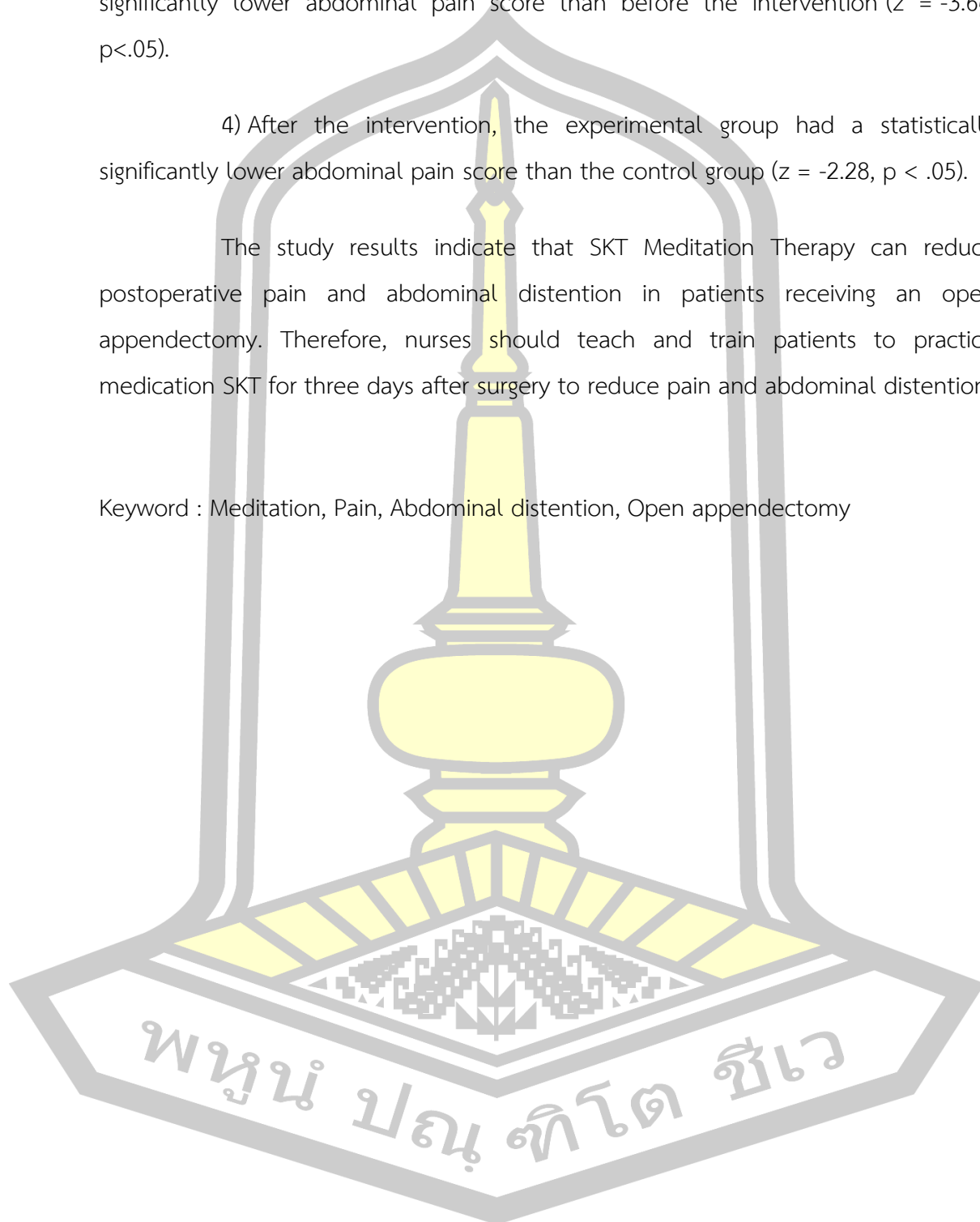
2) After intervention, the experimental group had a statistically significantly lower pain score than the control group ( $z = -4.85, p < .05$ ).

3) After the intervention, the experimental group had a statistically significantly lower abdominal pain score than before the intervention ( $z = -3.64$ ,  $p < .05$ ).

4) After the intervention, the experimental group had a statistically significantly lower abdominal pain score than the control group ( $z = -2.28$ ,  $p < .05$ ).

The study results indicate that SKT Meditation Therapy can reduce postoperative pain and abdominal distention in patients receiving an open appendectomy. Therefore, nurses should teach and train patients to practice medication SKT for three days after surgery to reduce pain and abdominal distention.

Keyword : Meditation, Pain, Abdominal distention, Open appendectomy



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาริยา สอนบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ด้วยความเอาใจใส่ และห่วงใยเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น ชี้แนวทางแก้ไข ปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในโอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี ที่อนุญาตให้ใช้เทคนิคสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวัดอาการท้องอืด ที่พัฒนาโดย นางหนูเพียร ชาทองยศ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์เฉลิมพล บุญพรหมธีรกุล นางชัชดา เขาว์สันเทียะ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิตยา สุทธยากร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร จำปาวดี และอาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ ที่สละเวลาช่วยตรวจสอบเครื่องมือ ตลอดจนให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่าอย่างยิ่งในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยใน และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้กำลังใจตลอดมา และขอขอบพระคุณโรงพยาบาลยางตลาดที่อนุเคราะห์เวลาในการศึกษาต่อ

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุพการี และสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่ให้ความรักและห่วงใยตลอดมา ขอขอบคุณมิตรภาพและกำลังใจจากเพื่อนนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ จนลุล่วงไปได้ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บูรพาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

พูนัน ปณฺ ทิโต ชิว

ณรงค์ศักดิ์ ภูงลี

## สารบัญ

|   | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย.....                          | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....                       | ฉ    |
| กิตติกรรมประกาศ.....                          | ช    |
| สารบัญ.....                                   | ฌ    |
| สารบัญตาราง.....                              | ฎ    |
| สารบัญรูปภาพ.....                             | ฏ    |
| บทที่ 1 บทนำ.....                             | 1    |
| 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....       | 1    |
| 1.2 คำถามการวิจัย.....                        | 6    |
| 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....              | 6    |
| 1.4 สมมุติฐานงานวิจัย.....                    | 7    |
| 1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย.....                   | 7    |
| 1.6 ขอบเขตการวิจัย.....                       | 9    |
| 1.7 นิยามตัวแปร.....                          | 9    |
| 1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....            | 10   |
| บทที่ 2 บรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 11   |
| 2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง.....    | 12   |
| 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความปวด.....               | 16   |
| 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอาการท้องอืด.....          | 24   |
| 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิบำบัด.....            | 31   |
| บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....            | 39   |

|  |     |
|--|-----|
| 3.1 รูปแบบการวิจัย .....   | 39  |
| 3.2 ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....                              | 39  |
| 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....   | 40  |
| 3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....                                      | 43  |
| 3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล .....  | 44  |
| 3.6 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง .....                                   | 46  |
| 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล .....   | 47  |
| บทที่ 4 ผลการวิจัย และการอภิปรายผลการวิจัย .....                             | 49  |
| 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา .....            | 49  |
| 4.2 ข้อมูลความปวดของกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง .....      | 53  |
| 4.3 ข้อมูลอาการท้องอืดของกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง ..... | 54  |
| 4.4 อภิปรายผล .....  | 55  |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ .....                                    | 59  |
| 5.1 สรุปผลการวิจัย .....   | 59  |
| 5.2 ข้อเสนอแนะ .....   | 59  |
| บรรณานุกรม .....   | 61  |
| ภาคผนวก .....  | 73  |
| ประวัติผู้เขียน .....  | 113 |



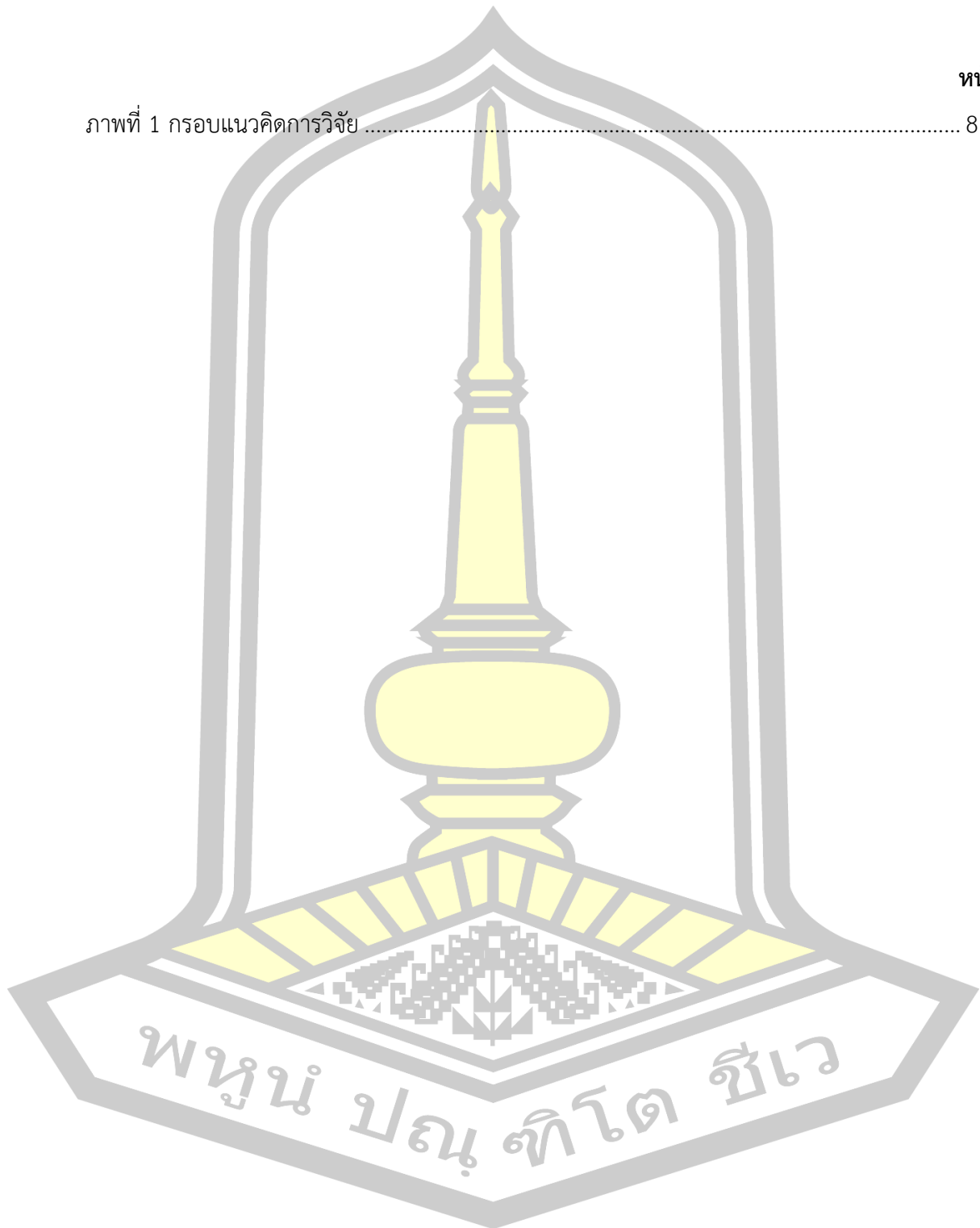
## สารบัญตาราง

|  | หน้า |
|--|------|
| ตารางที่ 1 สรุปขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....   | 48   |
| ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ประสบการณ์การผ่าตัด ยาบรรเทาปวด ที่ได้รับก่อนผ่าตัด และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher exact test) ..... | 49   |
| ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด และขนาดของแผลผ่าตัด เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติที (Independent t-test) .....  | 51   |
| ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามชนิดและจำนวนครั้งในการใช้ยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัด เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติที (Independent t-test).....  | 52   |
| ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank test .....  | 53   |
| ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test.....   | 53   |
| ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank test .....   | 54   |
| ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test.....  | 55   |

# สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ..... 8



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) เป็นโรคที่มีภาวะเร่งด่วนทางศัลยกรรมช่องท้อง เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกเพศทุกวัย และจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ปัจจุบันมีการผ่าตัด 2 วิธี คือ การผ่าตัดเปิดหน้าท้องและการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Guttadauro, A., 2022) การผ่าตัดแบบส่องกล้องจะช่วยลดอาการปวดแผลผ่าตัด การเสียเลือดในการผ่าตัดน้อยกว่า ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง แต่ใช้เวลาการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องมากถึง 20 นาที และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องมากถึง 10 เท่า (สุภกิจ ฉัตรไชยาฤกษ์, 2563) ดังนั้นการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องจึงเป็นวิธีที่ศัลยแพทย์ใช้ในการรักษามากที่สุด

สถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องในประเทศไทย พ.ศ. 2564-2566 พบจำนวน 69,969 ราย, 68,781 ราย และ 75,826 ราย ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) สำหรับโรงพยาบาลยางตลาด เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ มีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วย 140 เตียง จากสถิติผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดทางช่องท้อง พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 115 ราย, 151 ราย และ 184 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร อันดับหนึ่ง คือ ผู้ป่วยมารับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง พบจำนวน 84 ราย, 102 ราย และ 131 ราย ตามลำดับ รองลงมา คือ การผ่าตัดเปิดช่องท้อง และการผ่าตัดถุงน้ำดีตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลยางตลาด, 2567) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

การผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง มีขั้นตอนในการผ่าตัดที่ต้องใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หลังจากนั้นจะมีการลงมิดผ่านผนังหน้าท้อง เข้าไปบริเวณของลำไส้ส่วนซีกัมและใช้เครื่องมือถ่างขยายช่องท้องเพื่อหาไส้ติ่งและสำรวจพยาธิสภาพในช่องท้อง (Perrakis, A., 2021) เมื่อเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจะกระตุ้นปลายประสาทสำหรับความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยมีความปวด ซึ่งเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน (Horn et al., 2024) ผู้ป่วยจะมีความปวดมากขึ้นเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย (Cachemaille et al, 2020) อีกทั้งเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ มีโอกาสสูญเสียเลือด และมีความเสี่ยงในการรับเชื้อโรคเข้ามาในร่างกาย เกิดการติดเชื้อได้ นอกจากนี้ขั้นตอนการผ่าตัดจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการถ่างขยายช่องท้อง ทำให้ลำไส้ได้รับความกระทบกระเทือน รวมถึงยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) มีผลทำให้ระบบทางเดินอาหารเคลื่อนไหวลดลง (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และ สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2562) ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องอืด และเสี่ยงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง (Adiamah & Lobo, 2020)

จากการศึกษานำร่องผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชาย 6 ราย และเพศหญิง 4 ราย มีอายุเฉลี่ย 26.4 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการผ่าตัดเท่ากับ 28.5 นาที ประเมินความปวดโดยใช้มาตรา

วัดระดับความปวดแบบตัวเลข และประเมินอาการท้องอืดโดยใช้แบบประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดของ หนูเพียร ชาทองยศ (2550) พบว่า ในวันที่ 1 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.9 คะแนน ได้รับยาบรรเทาปวดมอร์ฟีนชนิดฉีด 10 ราย มีอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังฉีดยามอร์ฟีน 1 ราย ได้รับการแก้ไขด้วยการฉีดยาเมโทโคลพราไมด์ (metoclopramide) 10 มิลลิกรัม เข้าทางเส้นเลือดดำ คะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดเท่ากับ 11.25 คะแนน (ท้องอืดปานกลาง) วันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.9 คะแนน ได้รับยาบรรเทาปวดมอร์ฟีนชนิดฉีด 5 ราย, ได้รับยาบรรเทาปวดพาราเซตามอลชนิดกิน 5 ราย คะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดเท่ากับ 9.8 คะแนน (ท้องอืดเล็กน้อย) และวันที่ 3 ของการผ่าตัด ผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.8 คะแนน ไม่ได้ใช้ยาบรรเทาปวด 10 ราย คะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดเท่ากับ 8.5 คะแนน (ท้องอืดเล็กน้อย) มีผู้ป่วยท้องอืดระดับมาก 1 ราย มีอาการแน่นอึดอัดท้อง ไม่เรอและไม่ผายลม ได้รับการแก้ไขด้วยการกระตุ้นให้ลุกเดินบ่อย ๆ และการฉีดยาเมโทโคลพราไมด์ 10 มิลลิกรัม เข้าทางเส้นเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง จากการสอบถามเพิ่มเติม พบว่า ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียหลังผ่าตัด 6 ราย, มีอาการเวียนศีรษะ 1 ราย และมีความปวดแผลผ่าตัด 10 รายซึ่งจะปวดมากขึ้นเมื่อขยับร่างกาย ผู้ป่วยจึงลดการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการนอนพักบนเตียง อีกทั้งผู้ป่วยหลังได้รับยาบรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์จะมีอาการง่วงซึม ทำให้เป็นข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย และผู้ป่วย 1 รายที่มีอาการท้องอืดระดับมาก ส่วนใหญ่จะนอนพักบนเตียงโดยให้เหตุผลว่ามีอาการปวดแผลจึงไม่ลุกเดินและจะลุกเดินเฉพาะเวลาเข้าห้องน้ำเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 3 วัน ส่วนผู้ป่วย 1 รายที่มีอาการท้องอืด มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 5 วัน ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง การศึกษาของ Cachemaille et al. (2020) ศึกษาความรุนแรงของความปวดใน 96 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความปวดน้อยกว่า 4 คะแนนในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และลดระดับความปวดลงในระยะ 48, 72 และ 96 ชั่วโมงหลังผ่าตัด การศึกษาของ จุฑารัตน์ สว่างชัย และ ศรีสุตา งามขำ (2560) ศึกษาความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง สิ่งที่ทำให้ปวดเพิ่มขึ้น คือ เวลาขยับตัวลุกนั่ง หรือพลิกตะแคงตัว สิ่งที่ทำให้ความปวดลดลง คือ การนอนหายใจลึก วิธีการจัดการกับความปวดที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุด คือ การนอนพัก ขอยาแก้ปวด และขยับตัวหาท่าที่สบาย ตามลำดับ การศึกษาของ จิราพร คำแก้ว และคณะ (2558) ศึกษาการจัดการความปวดของผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งมากที่สุดได้รับยาบรรเทาปวดมอร์ฟีน 3 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง เฉพาะเวลาปวด เป็นแบบแผนที่มีการสั่งใช้มากที่สุด ผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวดพบร้อยละ 6 ซึ่งผลข้างเคียงจากยาที่พบบ่อย คือ อาการง่วงซึม คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก และอาการคัน ตามลำดับ ระยะวันนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดเฉลี่ยนาน 5.4 วัน และการศึกษาของ สัญญา โพธิ์งาม และ มนพร ชาติขำนิ (2563) ศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ภาวะแทรกซ้อนในระบบ

ทางเดินอาหารมักพบในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ระบบไหลเวียนโลหิตพบในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อพบในวันที่ 5 หลังผ่าตัด และระบบทางเดินหายใจพบได้ในวันที่ 5 หลังผ่าตัด

ความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Brewer, 2019; Gustafsson et al., 2019) ความปวดจะส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจสั้น ๆ ลดความสามารถในการไอ ส่งผลให้เสมหะคั่งค้างในหลอดลมและหลอดลม เกิดภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ หรือปอดติดเชื้อ ตามมา (นุช ตันติศิริรินทร์, 2565) ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง (Swift, 2018) และความปวดจะกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด การลำเลียงออกซิเจนไปยังแผลลดลง ส่งผลให้แผลหายช้า (ปิยะมิตร สุมนศรีวรกุล และ อภิชัย อังสพัทธ์, 2563) นอกจากนี้ความปวดยังรบกวนการเคลื่อนไหวและกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด (Rivas et al., 2022) อาการท้องอืดจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง คลื่นไส้ และอาเจียน การเคลื่อนไหวลำไส้ลดลง หากไม่ได้รับการแก้ไข อาจนำไปสู่การอุดตันของลำไส้ เกิดฝีในช่องท้องได้ (Sommer et al., 2021) อีกทั้งอาการท้องอืดจะส่งผลให้มีการยืดขยายของแผลผ่าตัด ส่งผลให้แผลหายช้าลงและเสี่ยงต่อแผลแยกได้ (Kalemci et al., 2022) ทำให้ร่างกายฟื้นฟูสภาพล่าช้า ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและครอบครัว ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Gustafsson et al., 2019) ดังนั้นหากสามารถจัดการความปวดและอาการท้องอืดได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยกิจกรรมที่สามารถทำได้ ในระยะเวลาอันรวดเร็วหลังผ่าตัด จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดและสามารถเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น (Adiamah & Lobo, 2020) ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (Rivas et al., 2022) ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและระยะวันนอนโรงพยาบาลได้

จากประสบการณ์ผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยางตลาด พบว่า การจัดการความปวดหลังผ่าตัดนั้นจะเน้นวิธีการควบคุมความปวดด้วยการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์เป็นหลักเพื่อบรรเทาความปวด ส่วนการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยานั้นมีการจัดการความปวดเสริมจากการใช้ยา เช่น การจัดทำ การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะได้รับการกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด และจะมีการใช้ยาบรรเทาอาการท้องอืดร่วมเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการท้องอืด ซึ่งการบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัดยังไม่มีรูปแบบกำหนดที่ใช้อย่างชัดเจน แต่เป็นการให้การพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละอาการ ซึ่งจากการศึกษานำร่องพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังมีความปวดในระดับปานกลางถึงมาก และยังพบผู้ป่วยมีอาการท้องอืดในระดับมาก ดังนั้นควรมีการศึกษาการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยาและการจัดการอาการท้องอืดหลังผ่าตัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด พบว่า มีการบรรเทาความปวดแบบใช้ยา การบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา และการใช้หลายวิธีร่วมกัน ซึ่งการใช้ยาบรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์ในปริมาณมากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงของยา (Altman et al., 2019) การบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยาจึงเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา และเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ เช่น การจัดทำนอนศีรษะสูง การเบี่ยงเบนความสนใจ การทำสมาธิบำบัด การบริหารกายจิตแบบชี่กง และดนตรีบำบัด เป็นต้น จากการศึกษาของ ศิริรินทร์ พัฒนวิบูลย์ และ กาญจนา บุญชาย (2563) ศึกษาผลของการจัดทำเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดไส้

ตั้งอีกเสบ โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลัง จัดท่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ สรวาภูมิ สีถาน (2560) ศึกษาผลของโปรแกรม การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับการกำหนดลมหายใจต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการนวด กดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับการกำหนดลมหายใจเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดและ กระตุ้นการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphine) ส่งผลให้ความปวดลดลง (Kaiser & Behrens, 2021; Grant & Freeling, 2023) และการศึกษาของ เยาวลักษณ์ หอมวิเศษวงศา และ จิราภรณ์ ชวนรัมย์ (2562) ศึกษาความปวดหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการฝึกเทคนิคผ่อนคลายที่ใช้การ ฝึกหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดตมดลูกออกทางหน้าท้อง พบว่า กลุ่มทดลองมีความปวดเฉลี่ยหลังผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการทำสมาธิบำบัดด้วยการ กำหนดลมหายใจเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ทำให้ร่างกายสงบ ผ่อนคลาย และกระตุ้นการหลั่งสารเอนดอร์ฟินมา ยับยั้งความปวดหลังผ่าตัดได้ (Kaiser & Behrens, 2021)

สำหรับวิธีการลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า การลดอาการ ท้องอืดมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การฝังเข็ม การเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่ง การให้ อาหารโดยเร็วหลังผ่าตัด เป็นต้น เช่น การศึกษาของ ชลภัสสรณ์ วิวรรณพงษ์ (2565) พัฒนารูปแบบ การพยาบาลเพื่อป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง ประกอบด้วย การ ประเมินความพร้อมในการลุกเดิน การลุกเดินโดยเร็ว การให้อาหารเร็วหลังผ่าตัด และการเคี้ยวหมาก ฝรั่ง พบว่า สามารถป้องกันความรุนแรงของอาการท้องอืด ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวเร็วขึ้น และวันนอน เฉลี่ยลดลงได้ และการศึกษาของ สุนิสา เกยสันเทียะ และคณะ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการ เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด การเคลื่อนไหวแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ 1 ให้บริหารร่างกาย บนเตียง ระดับ 2 นั่งห้อยขาข้างเตียง และระดับ 3 ให้ยืนและเดิน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้วันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดยังเป็นอีกปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัว หลังผ่าตัดได้ดีขึ้น (Willner et al., 2023) การศึกษาของ สโรชา สุภาราดา และคณะ (2565) ศึกษา ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การ ควบคุมความปวด การเคี้ยวหมากฝรั่ง และการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด พบว่า คะแนนการฟื้นตัวหลัง ผ่าตัดทั้งในวันที่ 1 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ สรวัจน์ เจนวนิชสถาพร และ จิระพงศ์ อินทรสมพันธ์ (2020) ศึกษาการดูแล ผู้ป่วยด้วยโปรแกรม ERAS อย่างง่ายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่แบบไม่ฉุกเฉิน โดยส่งเสริมให้ผู้ปวยนั่งหรือ ยืนภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และให้ผู้ปวยเดินภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร่วมกับการบรรเทา ความปวด พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา มีการศึกษาวิธีการบรรเทาความปวดและอาการ ท้องอืดหลายวิธีด้วยกัน ส่วนมากศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายและการเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด และการกระตุ้นให้ผู้ปวยเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด ซึ่งงานวิจัย

ที่ผ่านมาจะเน้นการจัดการอาการหลังผ่าตัดเพียงอาการใดอาการหนึ่งเท่านั้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษานำร่องผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนอกจากมีความปวดแผลผ่าตัดแล้ว ยังมีความไม่สบายจากอาการท้องอืด ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลซึ่งกันและกัน และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความปวดจะเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง เกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดได้ ดังนั้นหากสามารถมีวิธีการบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัดได้ ผู้ป่วยจะมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาวิธีการที่จะสามารถบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเทคนิคการทำสมาธิบำบัด เป็นอีกหนึ่งวิธีที่สามารถบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดได้ เป็นวิธีบรรเทาความปวดร่วมกับการใช้ยา เพื่อลดปริมาณยาบรรเทาปวดในช่วงหลังการผ่าตัด (Reynolds & Jahromi, 2022) ผู้ป่วยสามารถฝึกฝนได้ตั้งแต่วินาทีก่อนเข้าห้องผ่าตัด ปฏิบัติได้ง่ายโดยไม่ใช้อุปกรณ์สามารถทำได้ทันทีเมื่อฟื้นและรู้สึกตัวดีหลังกลับจากห้องผ่าตัด ซึ่งการทำสมาธิมีหลายรูปแบบ การทำสมาธิด้วยการเคลื่อนไหวเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่จะเพิ่มสมาธิโดยใช้เคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ เช่น รำไทเก๊ก โยคะ และซิงก เป็นต้น สำหรับในประเทศไทยมีการทำสมาธิบำบัด SKT เป็นการผสมผสานสมาธิ โยคะ ซิงก และการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด มีทั้งหมด 8 เทคนิค การทำสมาธิบำบัด SKT เป็นการทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจ ซึ่งการนำความสนใจมาอยู่ที่ลมหายใจจะทำให้การรับรู้ความปวดของผู้ป่วยลดลง (Dinis & Sousa, 2023) และเมื่อร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ส่งผลให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินออกมา ซึ่งสามารถบรรเทาความปวดได้ (Kaiser & Behrens, 2021) อีกทั้งการทำสมาธิด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายจะกระตุ้นตัวรับรู้ทางกลในระบบประสาททางเดินอาหาร กระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติกส่งสัญญาณไปยังเส้นประสาทเวกัสและเส้นประสาทเพลวิก กระตุ้นการเคลื่อนไหวระบบทางเดินอาหาร (Tobias & Sadiq, 2022; Willner et al., 2023)

การทำสมาธิบำบัด SKT มีหลักฐานที่เชื่อถือได้ในด้านการลดความปวดหลังผ่าตัด เช่น การศึกษาของ จิราภรณ์ พงษ์สุน และคณะ (2560) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN Pain Expression ประยุกต์ใช้การทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 1 ด้วยการกำหนดลมหายใจ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความปวดในระยะ 2 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ จำเนียร คงประพันธ์ และคณะ (2566) ศึกษาผลของสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 1, 8 ต่อระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมดลูก/รังไข่ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความปวดลดลงแตกต่างกับกลุ่มควบคุมเมื่อออกจากห้องผ่าตัด, 18 และ 24 ชั่วโมงหลังออกจากห้องผ่าตัด และการศึกษาของ ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย และคณะ (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ประยุกต์ใช้การทำสมาธิบำบัดด้วยการกำหนดลมหายใจ ซึ่งเป็นการทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจเช่นเดียวกับการทำสมาธิบำบัด SKT พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการทำสมาธิบำบัดในการลดอาการท้องอืด พบว่า งานวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีการประยุกต์ใช้การทำสมาธิด้วยการเคลื่อนไหวในการลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด แต่มีการศึกษาการ

เคลื่อนไหวร่างกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับวิธีการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 เช่น การศึกษาของ Reynolds and Jahromi (2020) ได้พบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้สมาธิบำบัดที่มุ่งเน้นการเจริญสติและการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริกหลังการผ่าตัด พบว่า การทำสมาธิบำบัดสามารถบรรเทาความปวดได้ และการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริกส่งผลเชิงบวกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและลดการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์หลังผ่าตัด และการศึกษาของ Willner et al. (2023) ได้พบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร พบว่า การออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารได้ เป็นต้น

จากข้อมูลสนับสนุนข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การทำสมาธิบำบัด SKT ด้วยการกำหนดลมหายใจสามารถบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องได้ และการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการยืดเหยียดของกล้ามเนื้อสามารถส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารได้ ทำให้ผู้วิจัยตระหนักและสนใจที่จะศึกษาผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดสมาธิบำบัด SKT ของ สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี (2567) เลือกการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 ซึ่งเป็นการทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจร่วมกับการยืดเหยียดของกล้ามเนื้อ โดยให้ผู้ป่วยทำสมาธิบำบัด SKT ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนากิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องและผ่าตัดชนิดอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

## 1.2 คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT มีความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

## 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### 1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง

### 1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องก่อนและหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- 3) เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องก่อนและหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT
- 4) เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### 1.4 สมมุติฐานงานวิจัย

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT มีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่าก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT มีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT มีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดต่ำกว่าก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT
- 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT มีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### 1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (Endogenous Opiates Pain Theory) กรอบแนวคิดพยาธิวิทยาการเกิดท้องอืด และแนวคิดสมาธิบำบัด SKT โดยแนวคิดทฤษฎีควบคุมความปวดภายในอธิบายกลไกการเกิดความปวดหลังผ่าตัด เมื่อเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ จะกระตุ้นการหลั่งสารพรอสตาแกลนดิน, แบริดดีไคนิน และสารพีเข้าสู่เนื้อเยื่อเพื่อตอบสนองต่อการอักเสบ กระตุ้นปลายประสาทรับรู้สีกปวดและไวต่อการกระตุ้นมากขึ้น (McCuistion et al., 2023) ร่างกายมนุษย์มีระบบควบคุมความปวดภายในโดยวิถีประสาทนำลง (Descending inhibitory pathway) โดยต่อมใต้สมองและไฮโปทาลามัสจะหลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน (Endogenous morphine like peptide) ได้แก่ เอนเคอร์ฟิน, เอนเคฟาลิน และไดโนอร์ฟิน เป็นต้น (Kaiser & Behrens, 2021) ไปทำปฏิกิริยากับ โอปิออยด์ รีเซพเตอร์ บริเวณไขสันหลัง เกิดการปิดกั้นการปล่อยสารพี ทำให้ไม่มีการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง ส่งผลให้ความปวดลดลง (Grant & Freeling, 2023)

อาการท้องอืดหลังผ่าตัด อธิบายกลไกโดยใช้แนวคิดพยาธิวิทยาการเกิดท้องอืดหลังผ่าตัด โดยขณะผ่าตัดจำเป็นต้องมีการจับต้องลำไส้โดยตรง ลำไส้ได้รับการกระทบกระเทือน ทำให้เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบเฉพาะที่ กระตุ้นให้แมโครฟาจ (Macrophages) เซลล์เม็ดเลือดขาว ทังโมโนไซต์ (Monocyte) นิวโทรฟิล (Neutrophil) และมาสต์เซลล์ (Mast cell) เข้ามาในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ ชัดขวางการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบลำไส้ (Peters et al., 2015; Mazzotta et al., 2020) การผ่าตัดส่งผลให้ระบบประสาทภายในทางเดินอาหารและการหลั่งฮอร์โมนถูกรบกวน การบีบตัวของทางเดินอาหารลดลง (Venara et al., 2016) อีกทั้งการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายมีผลทำให้การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง และผลของยาบรรเทาปวดมีผลทำให้การบีบตัวของลำไส้ใหญ่ลดลง (Mazzotta et al., 2020)

การทำสมาธิ เป็นการเพ่งความสนใจหรือการรับรู้ไปยังสิ่งใดสิ่งหนึ่งทั้งภายในหรือภายนอก ร่างกาย ทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย ในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดสมาธิบำบัด SKT ของ สมพร กันทรคุชฎี-เตรียมชัยศรี (2567) เลือกรูปการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 เป็นการทำสมาธิด้วยการยืนกำหนดลมหายใจร่วมกับการยืดเหยียดของกล้ามเนื้อ การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการกำหนดสมาธิให้อยู่ที่ลมหายใจจะลดการรับรู้ต่อความปวด (Grant & Freeling, 2023) และเมื่อ

ร่างกายเกิดการผ่อนคลายจะกระตุ้นให้ระบบลิมบิก หลั่งสารเอนดอร์ฟินซึ่งเป็นสารยับยั้งความปวดผ่านทางวิถีประสาทนำลง หยุดการส่งสัญญาณความปวดขึ้นไปที่สมองได้ (Kaiser & Behrens, 2021) อีกทั้งเทคนิคการหายใจในการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT เป็นวิธีการหายใจแบบเป่าปาก (Pursed-lips breathing) ทำให้มีการหายใจช้าและลึก เพิ่มการระบายอากาศและเกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมได้ดีขึ้น ส่งผลให้ออกซิเจนในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นและส่งไปยังเซลล์บริเวณแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น เซลล์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ลดการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้ไม่มีกรดแลคติกมากระตุ้นตัวรับความรู้สึกรวด ทำให้ความปวดลดลง (Kim et al., 2007; สุพรรณษา จิตรสม และคณะ, 2565) และ การทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 มีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้อง จะกระตุ้นตัวรับรูทางกลในระบบประสาททางเดินอาหาร กระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ส่งสัญญาณไปยังเส้นประสาทเวกัส เพิ่มการทำหน้าที่ของกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ส่วนบน และส่งสัญญาณไปยังเส้นประสาทเพลวิก เพิ่มการกระตุ้นลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง ไส้ตรง และทวารหนัก ช่วยให้ระบบทางเดินอาหารฟื้นตัวกลับมาทำหน้าที่หลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น (Tobias & Sadiq, 2022; Willner et al., 2023; สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2567) แสดงกรอบแนวคิดดังภาพต่อไปนี้

### การทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2

#### ก่อนผ่าตัด

- สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด สอนและฝึกกลุ่มตัวอย่างทำสมาธิบำบัด SKT 2 ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 หลังผ่าตัด)
- เวลา 06.00 น. ทำสมาธิบำบัด SKT 10 นาที
- ครั้งที่ 2 (วันที่ 1 หลังผ่าตัด)
- เวลา 17.00 น. ทำสมาธิบำบัด SKT 10 นาที
- ครั้งที่ 3 (วันที่ 2 หลังผ่าตัด)
- เวลา 06.00 น. ทำสมาธิบำบัด SKT 10 นาที
- ครั้งที่ 4 (วันที่ 2 หลังผ่าตัด)
- เวลา 17.00 น. ทำสมาธิบำบัด SKT 10 นาที
- ครั้งที่ 5 (วันที่ 3 หลังผ่าตัด)
- เวลา 06.00 น. ทำสมาธิบำบัด SKT 10 นาที

ความปวดและอาการท้องอืด  
หลังผ่าตัดใส่ดั่งแบบเปิดหน้าท้อง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง โดยศึกษาในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องร่วมกับได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และนอนรักษาตัวที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2567

## 1.7 นิยามตัวแปร

### ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง (Open appendectomy)

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ได้รับการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง ชั้นกล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อช่องท้อง เข้าไปบริเวณของลำไส้ส่วนซีกัม จากนั้นใช้เครื่องมือในการถ่างขยายช่องท้องเพื่อหาไส้ติ่งและสำรวจพยาธิสภาพในช่องท้อง (Perrakis, 2021)

นิยามเชิงปฏิบัติ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องร่วมกับได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยางตลาด

### ความปวดหลังผ่าตัด (Postoperative pain)

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีอยู่ด้วยกันหรือคล้ายว่ามีอยู่ด้วยกันกับความเสียหายทางเนื้อเยื่อที่มีอยู่หรือที่อาจมีอยู่ (International association for the study of pain, 2020)

นิยามเชิงปฏิบัติ หมายถึง ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยบอกว่ามีความปวดแผลผ่าตัดในระยะ 3 วันหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง ใช้เครื่องมือมาตรวัดระดับความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale) ของ McCaffery and Beebe (1993) กำหนดตัวเลข 0-10 แทนระดับความปวด โดย 0 คะแนน หมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้

### อาการท้องอืดหลังผ่าตัด (Abdominal distention)

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ภาวะที่ระบบทางเดินอาหารถูกยับยั้งการเคลื่อนไหวภายหลังผ่าตัด จากการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อการผ่าตัดเปิดช่องท้อง และจากการยับยั้งการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารจากสาเหตุอื่น (Sugand et al., 2019)

นิยามเชิงปฏิบัติ หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยรู้สึกแน่นอึดอัดท้องไม่สุขสบาย ไม่เรอ ไม่ผายลม ในระยะ 3 วันหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง ใช้เครื่องมือการประเมินอาการท้องอืดของ หนูเพียรชาทองยศ (2550) ประกอบด้วย การประเมินความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง การเรอ การผายลม เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ และขนาดเส้นรอบวงของรอบท้องระดับสะดือ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-20 คะแนน คะแนนต่ำสุดหมายถึง ไม่มีอาการท้องอืด คะแนนสูงสุดหมายถึง มีอาการท้องอืดมาก

### สมาธิบำบัด (Meditation)

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง การปฏิบัติต่าง ๆ ที่มุ่งเน้นการผสมผสานระหว่างร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เกิดความสงบ เกี่ยวข้องกับการที่จิตมุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การหายใจ เสียง ภาพ หรือการสวดมนต์ซึ่งเป็นคำหรือวลีซ้ำ ๆ หรือการมุ่งความสนใจหรือการรับรู้ในช่วงเวลาปัจจุบัน โดยไม่ต้องตัดสิน (National center for complementary and integrative health, 2022)

นิยามเชิงปฏิบัติ หมายถึง การทำสมาธิบำบัดที่ผู้วิจัยจัดให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง ประยุกต์ใช้แนวคิดของ สมพร กันทรดุขฎี เตรียมชัยศรี (2567) โดยใช้การทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 เป็นการทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจร่วมกับการยืดเหยียดของกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยทำสมาธิบำบัด SKT ในระยะ 1-3 วันหลังผ่าตัด รวมทั้งหมด 5 ครั้ง เป้าหมาย คือ เพื่อบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดหน้าท้อง

#### 1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องได้รับการบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. พยาบาลได้แนวทางในการประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการพยาบาลการจัดการความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชนิดอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. พยาบาลสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชนิดอื่น ๆ ต่อไป

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “ผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง” ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดประเด็นสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและเสนอเป็นลำดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

- 2.1.1 ความหมายของการผ่าตัดช่องท้อง
- 2.1.2 โรคที่ต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
- 2.1.3 โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน
- 2.1.4 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
- 2.1.5 การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

#### 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความปวด

- 2.2.1 ความหมายของความปวด
- 2.2.2 ทฤษฎีความปวด
- 2.2.3 กลไกการเกิดความปวดหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง
- 2.2.4 ปัจจัยส่งเสริมการเกิดความปวดหลังผ่าตัด
- 2.2.5 ผลกระทบของความปวด
- 2.2.6 การประเมินความปวด
- 2.2.7 การจัดการความปวด
- 2.2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวด

#### 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอาการท้องอืด

- 2.3.1 ความหมายของอาการท้องอืด
- 2.3.2 การเกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด
- 2.3.3 ปัจจัยส่งเสริมการเกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด
- 2.3.4 อาการและอาการแสดงของอาการท้องอืด
- 2.3.5 การประเมินอาการท้องอืด
- 2.3.6 การจัดการอาการท้องอืด
- 2.3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการท้องอืด

#### 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิบำบัด

- 2.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิบำบัด
- 2.4.2 ประเภทของการทำสมาธิบำบัด
- 2.4.3 แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิบำบัดแบบ SKT
- 2.4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมาธิบำบัด

## 2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

### 2.1.1 ความหมายของการผ่าตัดช่องท้อง

องค์การอนามัยโลก (World health organization, 2003) กล่าวถึงการผ่าตัดช่องท้องว่าเป็นการผ่าตัดที่มีการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และช่องเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้อง เพื่อการตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติและรักษาพยาธิสภาพต่าง ๆ ภายในช่องท้องแล้วทำการเย็บปิด

Courtney et al. (2024) กล่าวถึงการผ่าตัดช่องท้อง เป็นการผ่าตัดต่ออวัยวะระบบทางเดินอาหาร เช่น การผ่าตัดกระเพาะอาหาร การผ่าตัดลำไส้ และการผ่าตัดตับ เป็นต้น

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง โดยมีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง ชั้นกล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้อง เข้าไปบริเวณของลำไส้ส่วนซีกัม เพื่อนำไส้ติ่งออกมาและสำรวจพยาธิสภาพในช่องท้อง

### 2.1.2 โรคที่ต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้องเป็นวิธีการรักษาทางศัลยกรรมบริเวณช่องท้อง เพื่อการค้นหาสาเหตุความผิดปกติ รักษาด้วยการตัดต่อหรือซ่อมแซมอวัยวะต่าง ๆ ภายในช่องท้อง เช่น ลำไส้ ตับ กระเพาะอาหาร ถุงน้ำดี มดลูก เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพและการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดทางช่องท้องจำแนกตามวัตถุประสงค์ของการรักษา ดังนี้

1) การผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัย (Diagnosis surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อค้นหาสาเหตุของอาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น การผ่าตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ

2) การผ่าตัดเพื่อสำรวจดู (Exploratory surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อวินิจฉัยหรือรักษาโรคภายในช่องท้อง สามารถใช้ผ่าตัดในภาวะฉุกเฉิน เช่น การบาดเจ็บช่องท้องที่คุกคามถึงชีวิต และการผ่าตัดที่นัดล่วงหน้า เช่น การผ่าตัดเพื่อค้นหาความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ที่สงสัยว่าผิดปกติ เป็นต้น (Whitlock, 2022)

3) การผ่าตัดเพื่อการรักษา (Curative surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อเอาอวัยวะส่วนที่ผิดปกติออก ซ่อมแซมตกแต่งอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่าง ๆ ที่ผิดปกติ ให้สามารถกลับมาทำหน้าที่และกลับคืนสู่สภาพปกติมากที่สุด เช่น การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ การผ่าตัดถุงน้ำดีออก ผ่าตัดรักษาแผลกระเพาะอาหารทะลุ ลำไส้ใหญ่อุดตัน และการบาดเจ็บช่องท้อง เป็นต้น (Madubogwu, 2021)

4) การผ่าตัดเพื่อประคับประคอง (Palliative surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อช่วยให้อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยทุเลาลง ถึงแม้จะไม่สามารถรักษาอวัยวะส่วนที่เป็นโรคได้ เช่น การผ่าตัดมะเร็งกระเพาะอาหารและหลอดอาหารในระยะลุกลาม (Deo et al., 2021)

กล่าวโดยสรุป การผ่าตัดช่องท้องมีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัย ค้นหาสาเหตุ การรักษาให้หายจากโรค หรือการผ่าตัดเพื่อการประคับประคองอาการ และการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เนื่องจากเป็นโรคที่มีภาวะเร่งด่วนทางศัลยกรรมช่องท้องที่พบได้บ่อยและจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางช่องท้อง

### 2.1.3 โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน

โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis) เกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการปวดท้องน้อยด้านขวาข้างแบบเฉียบพลัน และมีอาการร่วม ได้แก่ ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว เป็นต้น การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะของไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน คือ การผ่าตัดเอาไส้ติ่งออกให้เร็วที่สุด ซึ่งปัจจุบันมีการผ่าตัด 2 วิธี (Guttadauro, 2022) คือ

1) การผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic appendectomy) มีขั้นตอนในการผ่าตัดโดยจะมีการเติมก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง หลังจากนั้นใส่เครื่องมือผ่าตัดผ่านรูที่เจาะไว้โดยใช้กล้องช่วยนำทาง เข้าไปบริเวณลำไส้ส่วนซีกัม เพื่อนำไส้ติ่งออก แต่หากพบว่าไส้ติ่งแตกหรือมีการอักเสบของเยื่อช่องท้องที่เกิดจากการติดเชื้อ แพทย์อาจพิจารณาเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องแทน (Nguyen & Lotfollahzadeh, 2023)

2) การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Open appendectomy) มีขั้นตอนในการผ่าตัดที่ต้องใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หลังจากนั้นจะมีการลงมิดผ่านผนังหน้าท้อง ชั้นกล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อช่องท้อง เข้าไปบริเวณของลำไส้ส่วนซีกัม จากนั้นใช้เครื่องมือในการถ่างขยายช่องท้องเพื่อหาไส้ติ่งและสำรวจพยาธิสภาพในช่องท้อง หากยังไม่สามารถมองเห็นไส้ติ่ง แพทย์จะกรีดเยื่อช่องท้องด้านข้างเพื่อให้มองเห็นไส้ติ่งได้มากขึ้น (Perrakis, 2021)

การผ่าตัดแบบส่องกล้องจะช่วยลดอาการปวดแผลผ่าตัด การเสียเลือดในการผ่าตัดน้อยกว่า การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง แต่ใช้เวลาการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องมากถึง 20 นาที และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่า การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องมากถึง 10 เท่า (สุภกิจ ฉัตรไชยาฤกษ์, 2563) ดังนั้นการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องจึงเป็นวิธีที่ศัลยแพทย์ใช้ในการรักษาไส้ติ่งอักเสบมากกว่าการผ่าตัดแบบส่องกล้อง

### 2.1.4 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดทางช่องท้องเป็นการรักษาเพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข แต่อย่างไรก็ดีการผ่าตัดจะส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงทางสรีระภาพของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ได้แก่

1) ความปวดแผลผ่าตัด ซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ มีการหลั่งสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาการอักเสบ กระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด และทำให้ปลายประสาทรับความรู้สึกปวดไวต่อการกระตุ้นมากขึ้น (McCuiston et al., 2023) และผู้ป่วยจะมีความปวดเพิ่มขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย (Cachemaille et al., 2020)

2) อาการข้างเคียงจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย เกิดขึ้นได้ภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังผ่าตัด อาการเพื่อสับสนหลังผ่าตัด อาจมีอาการนานกว่า 2-3 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และอาการเจ็บคอจากการใส่ท่อช่วยหายใจ อาการปวดกล้ามเนื้อ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เป็นต้น (American society of anesthesiologists, 2024)

3) ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่จะตรวจพบวันที่ 5 หลังผ่าตัด ซึ่งพบในกลุ่มผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี โดยมีภาวะถุงลมปอดแฟบและปอดอักเสบเฉพาะที่ (สัญญา

โพธิ์งาม และ มนพร ชาติชานี, 2563) ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดภาวะปอดแฟบ หลอดลมอักเสบ ปอดบวม การหายใจล้มเหลว และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ (Ufoaroh et al., 2019)

4) อาการท้องอืดหลังผ่าตัด เป็นภาวะที่กระเพาะอาหารและลำไส้ยังไม่ฟื้นกลับมาทำหน้าที่ภายหลังการผ่าตัด อาจเกิดจากการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง และจากการยับยั้งการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารจากสาเหตุอื่น เช่น การตอบสนองต่อการอักเสบเฉพาะที่ ผลของยาบรรเทาปวด และความปวด เป็นต้น (Mazzotta et al., 2020)

5) การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด (Surgical site infection) การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ปัจจัยเสี่ยงสามารถแบ่งออกเป็นปัจจัยเสี่ยงจากผู้ป่วย เช่น อายุมาก ภาวะทุพโภชนาการ โรคอ้วน การใช้ยาสเตียรอยด์ โรคเบาหวาน การใช้ยากดภูมิคุ้มกัน และการสูบบุหรี่ เป็นต้น และปัจจัยเสี่ยงจากขั้นตอนการผ่าตัด เช่น มีการสอดใส่อุปกรณ์ในร่างกาย ระยะเวลาในการผ่าตัด การโกนขนและเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด เทคนิคในการผ่าตัด ภาวะอุณหภูมิต่ำ และการปนเปื้อนเชื้อโรคจากห้องผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด แบ่งได้เป็น การติดเชื้ออยู่เฉพาะที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Superficial incisional infection) การติดเชื้อเข้าไปยังชั้นพังผืดและกล้ามเนื้อ (Deep incisional infection) และการติดเชื้อในอวัยวะภายใน (Organ/space infection) เป็นต้น (Zabaglo & Sharman, 2023)

6) ผลกระทบด้านจิตใจ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะประเมินการผ่าตัดว่าเป็นภาวะคุกคามในชีวิตและเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจะมีความวิตกกังวลสูงขึ้นทั้งก่อนและหลังผ่าตัด และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด จะมีความวิตกกังวลสูงขึ้น (Gumus, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ ระบบทางเดินอาหารพบในวันที่ 1 หลังผ่าตัด (ร้อยละ 3.70) ระบบไหลเวียนโลหิตพบในวันที่ 3 หลังผ่าตัด (ร้อยละ 0.50) ระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อพบในวันที่ 5 หลังผ่าตัด (ร้อยละ 6.40) และระบบทางเดินหายใจพบวันที่ 5 หลังผ่าตัด (ร้อยละ 1.82) (สัญญา โพธิ์งาม และ มนพร ชาติชานี, 2563) ผู้ป่วยจะมีความปวดอยู่ในระดับปานกลางในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และจะค่อย ๆ ลดระดับลงในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด และจะมีความปวดเพิ่มมากขึ้นเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย (จุฑารัตน์ สว่างชัย และ ศรีสุตา งามขำ, 2560; Cachemaille et al., 2020)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เช่น อาการท้องอืด จะมีการยืดขยายของช่องท้องและแผลผ่าตัด ส่งผลให้แผลหายช้าและเสี่ยงต่อการเกิดแผลแยกหลังผ่าตัดได้ (Kalemci et al., 2022) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดจะทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม และค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากกว่า 3 ระบบ (Armellini et al., 2024) ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดช่องท้อง

### 2.1.5 การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดเป็นการดูแลเพื่อให้สภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นสภาพให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ทั้งนี้มีขั้นตอนในการดูแลที่สำคัญ ดังนี้

1) การประเมินสภาพและบันทึกสัญญาณชีพ โดยประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ประเมินทุก 15 นาทีติดต่อกัน 4 ครั้ง ประเมินทุก 30 นาทีติดต่อกัน 2 ครั้ง ประเมินทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะปกติ และต่อไปประเมินทุก 4 ชั่วโมงติดต่อกันภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

2) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนศีรษะสูง โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อลดแรงดันและความตึงเครียดของกล้ามเนื้อบริเวณแผลผ่าตัด และบรรเทาความปวด (ศิริรินทร์ พัฒนวิบูลย์ และ กาญจนา บุญขาม 2563)

3) ประเมินการเสียเลือดหลังผ่าตัดจากบริเวณแผลผ่าตัดและการตกเลือดภายในช่องท้อง ร่างกายจะตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อการเสียเลือด เช่น ชีพจรเบาเร็ว หายใจช้า ความดันโลหิตต่ำ แขนขาเย็น กระสับกระส่าย (Hooper & Armstrong, 2022) หากพบความผิดปกติ อาจเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือด ควรให้การช่วยเหลือและรีบรายงานแพทย์ทันที

4) ประเมินและบันทึกระดับความปวด โดยประเมินอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงภายในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ประเมินอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และประเมินอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมงในระยะหลัง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หากพบระดับความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ดูแลให้ได้รับยาในกลุ่มโอปิออยด์ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามประเมินอาการหลังได้รับยา รวมถึงผลข้างเคียงจากยา (รัตนา นิลวัชรารัง, 2562)

5) กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัด ซึ่งการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดจะช่วยส่งเสริมการทำงานของลำไส้ได้ (Adiamah & Lobo, 2020) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยลุกนั่งหรือยืนภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และให้เดินภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (สรวิจน์ เจนวนิชสถาพร และ จิระพงศ์ อินทรสมพันธ์, 2020)

6) แนะนำการหายใจลึก เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่จะหายใจตื้น ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากความปวดแผลผ่าตัด ทำให้ปอดขยายตัวไม่เต็มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ ซึ่งการหายใจลึกจะช่วยให้มีการขยายตัวของทรวงอก ทำให้ปอดขยายตัวได้มากขึ้น (นุช ตันติศิริรินทร์, 2565) มีวิธีปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือนอนศีรษะสูง วางมือบนหน้าท้องหายใจเข้ายาว ๆ นับ 1-4 กลั้นหายใจไว้ นับ 1-3 แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกยาว ๆ นับ 1-6 (เยาวลักษณ์ หอมวิเศษวงศา และ จิราภรณ์ ชวนรัมย์, 2562)

7) แนะนำการไออย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจะมีเสมหะค้างในระบบทางเดินหายใจ และความปวดจะส่งผลให้ผู้ป่วยไอไม่มีประสิทธิภาพ (นุช ตันติศิริรินทร์, 2565) มีวิธีปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนศีรษะสูงในท่าผ่อนคลาย ผีกหายใจลึก 3-5 ครั้ง แล้วสูดหายใจเข้าเต็มที่แล้วกลั้นไว้ หลังจากนั้นหายใจออกพร้อมกับไอออกมา (ศรัญญา จุฬารี, 2560)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาผลกระทบความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัด เนื่องจากเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Brewer, 2019; Gustafsson et al., 2019) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัด จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และครอบครัว (Gustafsson et al., 2019)

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความปวด

ปัจจุบันความปวดได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญ โดยในปี ค.ศ.1996 สมาคมความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา (American pain society: APS) ได้กำหนดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (Levy et al., 2018)

### 2.2.1 ความหมายของความปวด

Boss (1992) กล่าวถึงความปวดว่า เป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่สลับซับซ้อนทางด้านชีววิทยา จิต สังคม ซึ่งยากที่จะให้ความหมายที่ชัดเจนได้ หรือเป็นกลไกในการป้องกันอันตรายของร่างกายที่แสดงออกแตกต่างกัน ตามสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ

McCaffery and Pasero (1999) กล่าวถึงความปวดว่า เป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อนของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ การแสดงออก ความอดทนต่อความปวดที่แตกต่างกันออกไป แม้ว่าสิ่งกระตุ้นจะเป็นสิ่งเดียวกันหรือลักษณะคล้ายกัน

สมาคมเพื่อการศึกษาเกี่ยวกับความปวดนานาชาติ (2020) กล่าวถึงความปวดว่า เป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีอยู่ด้วยกันหรือคล้ายว่ามีอยู่ด้วยกันกับความเสียหายทางเนื้อเยื่อที่มีอยู่

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และ สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2562) กล่าวถึงความปวดหลังผ่าตัดว่า เป็นความปวดที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการผ่าตัด บางครั้งอาจเกิดร่วมกับการมีสายระบาย เช่น สายระบายจากอก และ/หรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ความปวดอาจเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัด หรือการทากิจวัตรประจำวัน

กล่าวโดยสรุป ความปวดหลังผ่าตัด หมายถึง ความปวดที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำและถูกทำลาย เป็นลักษณะเฉพาะขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวอยู่ ซึ่งบุคคลจะแสดงออกแตกต่างกันถึงแม้สิ่งกระตุ้นจะเป็นสิ่งเดียวกันหรือลักษณะคล้ายกัน

### 2.2.2 ทฤษฎีความปวด

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปวด มีหลายทฤษฎี แต่ทฤษฎีที่น่าเชื่อถือและสามารถอธิบายกลไกการเกิดความปวดได้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ คือ ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (Endogenous Pain Control Theory)

#### 1) ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory)

Melzack and Wall ได้เสนอทฤษฎีควบคุมประตูขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1965 และได้พัฒนาทฤษฎีในปี ค.ศ. 1982 โดยกล่าวถึงลักษณะเฉพาะในการนำส่งข้อมูล อิทธิพลด้านจิตใจและ

อารมณ์ต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวด เชื่อว่าสัญญาณประสาทนำเข้าสู่จากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะถูกปรับในไขสันหลังก่อนที่จะส่งไปแปลผลการรับรู้ความปวดในสมอง ขนาดของสัญญาณประสาทรับความปวดขึ้นอยู่กับการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ใยประสาทขนาดเล็ก และอิทธิพลที่ส่งลงจากสมอง ซึ่งระบบควบคุมประตู่ในระดับไขสันหลัง ขึ้นอยู่กับการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่หรือใยประสาทขนาดเล็ก กล่าวคือ เมื่อมีการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่จะไปกระตุ้นการทำงานของเอสจีเซลล์ (Substantia gelatinous) ในคอร์ซอล ฮอร์น ของไขสันหลัง ซึ่งเป็นเซลล์ประสาทยับยั้ง (Inhibitory neuron) โดยจะยับยั้งการกระตุ้นที่เซลล์ ทำให้ไม่มีกระแสประสาทขึ้นไปยังสมอง นั่นคือประตู่ปิด แต่เมื่อมีการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก จะไปยับยั้งการทำงานของเอสจีเซลล์ทำให้ไม่มีตัวยับยั้งการทำงานของสารพี (Substance P) สารพีจึงไปกระตุ้นที่เซลล์ให้ส่งกระแสประสาทไปสู่สมอง นั่นคือ ประตู่เปิด เกิดการรับรู้ความปวดขึ้น (Mendell, 2014)

## 2) ทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (Endogenous Pain Control Theory)

Castel ได้แนะนำทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน หลังจากค้นพบสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินในร่างกายมนุษย์ (Endogenous morphine like peptide) ในปี ค.ศ.1970 (Prentice, 1999) ซึ่งออกฤทธิ์ที่โอปิออยด์ รีเซพเตอร์ (Opioid receptor) ผลที่ได้จะคล้ายคลึงกับมอร์ฟิน เมื่อเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บจะกระตุ้นการหลั่งสารพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins), แบริคติน (Bradykinin) และสารพีเข้าสู่เนื้อเยื่อ สารเหล่านี้ตอบสนองต่อการอักเสบจากการบาดเจ็บ (McCuiston et al., 2023) ซึ่งร่างกายของมนุษย์มีระบบควบคุมความปวดภายในโดยวิถีประสาทนำลง (Descending inhibitory pathway) โดยต่อมใต้สมองและไฮโปทาลามัสจะหลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินออกมาเพื่อควบคุมความปวด ได้แก่ เอนเคฟาลิน (Enkephalin), เอนดอร์ฟิน (Endorphine) และไดนอร์ฟิน (Dynorphin) เป็นต้น (Bonica & Loeser, 2001) โดยเอนดอร์ฟินจะไปทำปฏิกิริยากับ โอปิออยด์ รีเซพเตอร์ บริเวณไขสันหลัง เกิดการปิดกั้นการปล่อยสารพี ทำให้ไม่มีการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง ส่งผลให้ความปวดลดลง (Grant & Freeling, 2023)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน อธิบายการเกิดความปวดจากการผ่าตัดใส่ดิ่งแบบเปิดหน้าท้อง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการหลั่งสารเอนดอร์ฟินเมื่อร่างกายมีการผ่อนคลาย เพื่อควบคุมความปวดหลังผ่าตัด

### 2.2.3 กลไกการเกิดความปวดหลังผ่าตัดใส่ดิ่งแบบเปิดหน้าท้อง

การผ่าตัดใส่ดิ่งแบบเปิดหน้าท้อง มีขั้นตอนการลงมีดผ่านผนังหน้าท้อง ชั้นกล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อช่องท้อง เข้าไปบริเวณของลำไส้ส่วนซีกัมเพื่อนำไส้ดิ่งออก (Perrakis, 2021) การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ จะมีการหลั่งสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาการอักเสบ ได้แก่ แบริคติน, สารพี, พรอสตาแกลนดิน, ฮีสตามีน และ ซีโรโตนิน เป็นต้น ซึ่งสารเหล่านี้จะกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดและทำให้ปลายประสาทรับความรู้สึกปวดไวต่อการกระตุ้นมากขึ้น (McCuiston et al., 2023) โดยแบริคตินเป็นตัวกระตุ้นหรือสิ่งเร้าที่สร้างความปวดโดยตรง ส่วนพรอสตาแกลนดินและสารพีทำหน้าที่ขยายการรับรู้ของความปวดให้มากขึ้น เมื่อมีการกระตุ้นซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน หรือขยายความรู้สึกปวดให้เกิดความต่อเนื่อง หลังจากนั้นต่อมใต้สมองและไฮโปทาลามัสจะหลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินออกมาเพื่อปรับการส่งผ่านความปวด ได้แก่ เอนเคฟาลิน เอนดอร์ฟิน และ ไดนอร์ฟิน เพื่อปรับการส่งผ่านความปวด โดยเอนเคฟาลินพบมากในระบบประสาทส่วนกลาง จะถูก

ปล่อยออกมาอย่างรวดเร็วเพื่อบรรเทาความปวดในระยะสั้น มีอิทธิพลต่อการปรับสัญญาณความปวด (Buxton, 1999) ซึ่งเอนเคฟาลินจะไปจับกับสารพี ทำให้ไม่มีสารพีไปกระตุ้นที่เซลล์ให้ส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง ส่งผลให้ไม่เกิดความปวด แต่ถ้าเอนเคฟาลินจับกับสารพีไม่หมด สารพีที่เหลืออยู่จะไปกระตุ้นที่เซลล์ ให้ส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองและเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น สารเอนดอร์ฟินจะไปทำปฏิกิริยากับเซลล์ประสาทที่ไซนัสหลัง คือ โอปิออยด์ รีเซพเตอร์ เกิดการปิดกั้นการปล่อยสารพี ทำให้ไม่มีการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง ส่งผลให้ความปวดลดลง ซึ่งออกฤทธิ์ได้นานถึง 4 ชั่วโมง ในการบรรเทาความปวดตามธรรมชาติ ส่วนไดนอร์ฟิน (Dynorphin) มีประสิทธิภาพควบคุมความปวดมากกว่าเอนดอร์ฟินถึง 50 เท่า (Grant & Freeling, 2023) นอกจากนี้เมื่อร่างกายมีการผ่อนคลายอย่างเต็มที่ หัวเราะหรือร้องไห้ การออกกำลังกาย การทำสมาธิ และการเบี่ยงเบนความสนใจสามารถส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งสารเอนดอร์ฟินออกมาได้เช่นกัน (Kaiser & Behrens, 2021)

#### 2.2.4 ปัจจัยส่งเสริมการเกิดความปวดหลังผ่าตัด

1) เพศ มีผลต่อความปวดหลังผ่าตัด โดยมีหลายปัจจัยที่เชื่อมโยงเพศกับระดับความปวดหลังผ่าตัด เช่น ฮอร์โมนเพศที่แตกต่างกัน ความไวของเส้นประสาท ซึ่งทั่วไปเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อความปวดไวกว่าเพศชาย และความเชื่อและการสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน โดยเพศหญิงมักได้รับการยอมรับในการแสดงออกถึงความปวดมากกว่าเพศชาย จึงอาจทำให้เกิดความแตกต่างในการรายงานความปวดหลังผ่าตัด (Mehari et al., 2022; Wang et al., 2024)

2) อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความปวดหลังผ่าตัด โดยเฉพาะความสามารถในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการตอบสนองต่อความปวดหลังผ่าตัดที่ต่างกันในช่วงอายุที่ต่างกัน เช่น ระบบประสาทที่เสื่อมถอยตามอายุ โดยผู้สูงอายุมักมีความปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยเนื่องจากความไวของเส้นประสาทลดลง แต่การฟื้นตัวหลังผ่าตัดอาจช้าลง ทำให้มีความรู้สึกไม่สุขสบายนานกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย

3) ขนาดของแผลผ่าตัด เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ขนาดแผลผ่าตัดที่กว้างขึ้นจะกระตุ้นเส้นประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดบริเวณนั้นมากขึ้น ซึ่งขนาดของแผลผ่าตัดมากกว่า 10 เซนติเมตร มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความปวดหลังผ่าตัดมากกว่า 4.86 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับขนาดของแผลผ่าตัดน้อยกว่า 10 เซนติเมตร (Mehari et al., 2022)

4) การจัดการความปวด การใช้ยาบรรเทาปวดชนิดโอปิออยด์ก่อนผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำเป็นต้องเพิ่มปริมาณยาโอปิออยด์ในการบรรเทาความปวดเนื่องจากการลดความไวของโอปิออยด์ รีเซพเตอร์ นอกจากนี้การบรรเทาความปวดแบบหลายวิธีร่วมกัน สามารถบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดได้ เมื่อเทียบกับการบรรเทาความปวดด้วยยาชนิดโอปิออยด์เพียงอย่างเดียว (Armstrong et al., 2020)

5) ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตใจ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับสูงมีผลต่อความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวด ความวิตกกังวลทำให้การรับรู้ความปวดเพิ่มขึ้น และการตอบสนองต่อยาบรรเทาปวดลดลง (Armstrong et al., 2020)

6) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งความเชื่อและวัฒนธรรมที่ต่างกัน มีผลต่อความปวดหลังผ่าตัดได้ เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายของความปวด รวมถึงการจัดการความปวดหลัง

ผ่าตัดของผู้ป่วยที่แตกต่างกันตามความเชื่อหรือวัฒนธรรมนั้น ๆ และการสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับการดูแลและการให้กำลังใจจากครอบครัว เป็นต้น (Hayford et al., 2023)

### 2.2.5 ผลกระทบของความปวด

ความปวดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย ดังนี้

1) ผลกระทบต่อระบบประสาท ร่างกายตอบสนองต่อความปวดผ่านกระบวนการทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทซิมพาเทติก ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน ความปวดที่รุนแรงจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติส่งผลให้เพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เหงื่อออก และรูปร่างตาขยาย (Swift, 2018)

2) ผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น (Swift, 2018)

3) ผลกระทบต่อระบบหายใจ ผู้ป่วยที่มีความปวดจะหายใจตื้น ๆ เพื่อลดการกระตุ้นความปวด ทำให้ความจุปอดลดลง ส่งผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง อีกทั้งผู้ป่วยที่มีความปวดจะไม่สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เสมหะคั่งค้างในถุงลมและหลอดลม ทำให้เกิดภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบได้ (Gustafsson et al., 2019; นุช ตันตศิรินทร์, 2565)

4) ผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลยับยั้งการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร ภาวะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ทำให้เกิดอาการท้องอืดและอาจทำให้เกิดลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวได้ (Mazzotta et al., 2020)

5) ผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อ ความปวดจะทำให้กล้ามเนื้อและหลอดเลือดหดเกร็ง (Swift, 2018) กล้ามเนื้อขาดออกซิเจน เกิดการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน เกิดกรดแลคติก และภาวะความเป็นกรดเฉาะที่ ซึ่งกรดแลคติกจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดให้มีความปวดรุนแรงมากขึ้น (Jha et al., 2015)

6) ผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน ความปวดจะทำให้ร่างกายของผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด กระตุ้นให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีน (Catecholamines hormones) และคอร์ติซอล (Cortisol) มากขึ้น การหลั่งคอร์ติซอลอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดภาวะติดต่อดังกล่าวรับคอร์ติซอล (Glucocorticoid receptors) สูญเสียความสามารถในการควบคุมการอักเสบ (Swift, 2018)

7) ผลกระทบต่อระบบต่อมไร้ท่อ ความปวดทำให้ร่างกายเกิดภาวะเครียด มีการหลั่งฮอร์โมนต่างๆ เช่น แอนตี้ไดยูเรติกฮอร์โมน (Antidiuretic hormone: ADH) และอัลโดสเตอโรน (Aldosterone) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ไตดูดกลับน้ำและโซเดียมมากขึ้น นอกจากนี้ความปวดจะกระตุ้นให้ต่อมใต้สมองส่วนหน้าหลั่งโกรทฮอร์โมน (Growth hormone) เพิ่มขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดและการดูดออสลินเพิ่มขึ้น (Swift, 2018)

8) ผลกระทบด้านจิตใจ ความปวดจะกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสามารถเพิ่มหรือลดความปวดได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และระดับของสิ่งกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองที่รุนแรง เช่น ตื่นเต้น ภาวะวุ่นวาย กลัว รำคาญ วิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับมากที่เกิดร่วมกับความปวดนี้ จะทำให้เกิดการรับรู้

ความปวดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และความทนต่อความปวดลดลง และตอบสนองต่อความปวดออกมาทั้งด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ โดยการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความกลัว กระสับกระส่าย หงุดหงิด โมโหง่าย เป็นต้น (Swift, 2018)

ดังนั้น ความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ หากสามารถประเมินและจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับความสุขสบาย มีการฟื้นตัวเร็วขึ้น ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ (Rivas et al., 2022)

## 2.2.6 การประเมินความปวด

การประเมินความปวด เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในกระบวนการพยาบาลในการวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย เพื่อจัดการกับความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีเครื่องมือหลายชนิดให้เลือกใช้ตามความเหมาะสม ดังนี้

1) มาตรวัดเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scales: VAS) ถูกนำมาใช้ครั้งแรกในด้านจิตวิทยาโดย Freyd ในปี ค.ศ. 1923 การประเมินความปวดจะใช้เส้นตรงแนวนอน (บางครั้งแนวตั้ง) ขนาด 10 เซนติเมตร มีจุดยึดค่าอยู่ที่ปลายสุด เช่น “ไม่ปวด” ที่ปลายด้านหนึ่ง และ “ปวดมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้” ที่ปลายอีกด้านหนึ่ง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นที่ขีดไว้ให้ เพื่อแสดงความรุนแรงของความปวด แล้ววัดออกมาเป็นมิลลิเมตร (Haefeli & Elfering, 2006) ซึ่งเครื่องมือนี้ มักใช้ในการวิจัย เนื่องจากค่าคะแนนที่ได้มีความละเอียด และมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง บางครั้งมีการนำมาใช้ในการปฏิบัติงานทางคลินิก อย่างไรก็ตามการใช้มาตรวัดนี้ก็มีข้อเสียอยู่บ้าง เช่น การแปลผลคะแนนใช้เวลานาน มีความยากในการประเมินความปวดผ่านทางโทรศัพท์ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่แขนหรือมือ หรือผู้ป่วยนอนราบ (McCaffery et al., 2011)

2) มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS) สร้างโดย McCaffery & Beebe (1993) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขระหว่าง 0 ถึง 10 เพื่ออธิบายความรุนแรงของความปวด โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวดเลย 1-9 คะแนน หมายถึง ความปวดที่เพิ่มขึ้นจนถึง 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด แบ่งระดับความปวดเป็น 4 ระดับ คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวดเลย (None) 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย (Mild) 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง (Moderate) และ 7-10 คะแนน หมายถึง ปวดมาก (Severe) (McCaffery et al., 2011) ข้อดี คือ สามารถประเมินด้วยวาจาได้อย่างง่ายและรวดเร็ว ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ และสามารถประเมินความปวดผ่านทางโทรศัพท์ได้ (Haefeli & Elfering, 2006) แต่มีข้อเสีย คือ มีความยากในการใช้ประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา (Safikhani et al., 2018)

3) มาตรวัดความปวดโดยใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด (Face pain rating scale) สร้างโดย Donna Wong and Connie Baker ในปี ค.ศ.1983 เพื่อช่วยให้เด็กสามารถสื่อสารเกี่ยวกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้พัฒนาให้ใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 3 ขวบขึ้นไป ไม่จำกัดเฉพาะเด็ก โดยใช้รูปภาพการ์ตูน หลีกเลียงเพศ อายุ และอคติทางเชื้อชาติ เริ่มตั้งแต่ไม่ปวดแทนด้วยภาพสีหน้ายิ้มร่าเรีงมีความสุข ปวดพอทนแทนด้วยภาพหน้านิ่งคิ้วขมวด จนถึงปวดมากที่สุดแทนด้วยภาพใบหน้าที่มีน้ำตาไหล ข้อดี คือ สามารถประเมินความปวดในผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ หรือคนที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ (Wong-baker faces foundation, 2016) ข้อเสียของแบบ

ประเมินนี้ยังขาดมาตรฐานในการแปลประสบการณ์ความปวด เช่น ผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน อาจมีประสบการณ์เกี่ยวกับรูปร่างใบหน้าต่อการตอบสนองต่อความปวดแตกต่างกัน เช่น การขมวดหน้าผาก การยกคิ้ว หรือการอ้าปาก เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยแปลผลเกี่ยวกับใบหน้าที่มีความสุขหรือใบหน้าที่มีความปวดในแบบประเมินแตกต่างกัน (Adeboye et al., 2021)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข เนื่องจากเป็นการประเมินความปวดที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย และสามารถแปลผลคะแนนความปวดได้อย่างรวดเร็ว จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลขในการประเมินความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เช่น การศึกษาของ สราวุฒิ สีถาน (2560) ใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับการกำหนดลมหายใจต่อระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง การศึกษาของ เยาวลักษณ์ หอมวิเศษวงศา และ จิราภรณ์ ชวนรัมย์ (2562) ใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบความปวดหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการฝึกเทคนิคผ่อนคลายที่ใช้การฝึกหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดดมลูกออกทางหน้าท้อง และการศึกษาของ ศุภรดา มั่นยืน และคณะ (2563) ใช้ในการศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อคะแนนความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง เป็นต้น อีกทั้งการศึกษาของ Safikhani et al. (2018) ศึกษาผลลัพธ์จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเลือกเครื่องมือประเมินความปวดในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ จากการทบทวนวรรณกรรมระหว่าง ปี ค.ศ. 2004-2014 มีการศึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือการประเมินความปวดทั้งหมด 6,918 รายการ พบว่า มาตรวัดความปวดแบบตัวเลขเป็นเครื่องมือที่ได้รับคำแนะนำบ่อยที่สุดในการใช้ประเมินความปวดในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ และมีคุณสมบัติในการประเมินความปวดที่สูงกว่าเครื่องมืออื่น ๆ เล็กน้อย ได้แก่ ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ความตรงของเครื่องมือ (Validity) และความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (Responsiveness) เป็นต้น

### 2.2.7 การจัดการความปวด

การจัดการความปวด เป็นวิธีการเพื่อช่วยป้องกันไม่ให้ความปวดเพิ่มระดับขึ้น และลดระดับความรุนแรงของความปวดให้บรรเทาลง ซึ่งการจัดการความปวดมีการปฏิบัติอยู่ 2 วิธี คือ การบรรเทาความปวดแบบใช้ยา และการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา ดังนี้

1) การบรรเทาความปวดแบบใช้ยา (Pharmacological management) ความปวดหลังผ่าตัดมีกลไกการเกิดเป็นแบบ Nociceptive ที่ตอบสนองดีต่อยาในกลุ่ม พาราเซตามอล (Paracetamol), ยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drug: NSAID) และโอปิออยด์ ควรใช้พาราเซตามอลเป็นยาพื้นฐานในการจัดการความปวดทุกระดับ โดยขนาดยาที่แนะนำในผู้ป่วยทั่วไป คือ ครั้งละ 500-1,000 มิลลิกรัม และไม่เกิน 4,000 มิลลิกรัมต่อวัน แต่อาจให้ยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ร่วมได้ถ้าไม่มีข้อห้าม ถ้าผู้ป่วยมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงจึงพิจารณาใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ร่วมด้วย (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และ สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2562)

2) การบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา (Nonpharmacological management) เป็นวิธีการเสริมให้การจัดการความปวดโดยการใช้ยาได้ผลดีขึ้น แต่ไม่ใช่เพื่อทดแทนการใช้ยาบรรเทาปวด โดยมีหลักดังนี้

2.1) เปลี่ยนแปลงการรับรู้ในระดับสมองด้วยการบำบัดทางจิต โดยเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้องและลดการเร้าทางอารมณ์อันก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่

2.1.1) การให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น ความรู้เกี่ยวกับความปวดที่ผู้ป่วยจะต้องประสบ หรือกำลังประสบ วิธีการรักษาและการปฏิบัติตัว เพื่อคลายความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

2.1.2) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เช่น ดนตรี การสนทนา ดูโทรทัศน์ เสียงหัวเราะ การทำสมาธิ และการหายใจเข้าลึก ๆ เพื่อผ่อนคลาย เป็นต้น การเบี่ยงเบนความสนใจมีผลต่อการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารในร่างกายที่ให้ความรู้สึกสุขสบายและบรรเทาความปวด (Barus, 2019)

2.1.3) การจินตนาการ (Guided Imagery) เป็นการจินตนาการภาพหรือสถานที่ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ส่งเสริมการผ่อนคลาย และเพิ่มการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน เช่นเดียวกับการเบี่ยงเบนความสนใจ การจินตนาการอาจให้ผู้ป่วยกล่าวคำหรือวลีสั้น ๆ เพื่อผ่อนคลาย ซึ่งพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเป็นกลุ่มหรือตัวต่อตัวก็ได้ (Garcia & Yaban, 2020)

2.1.4) การหายใจเข้าลึก และการผ่อนคลายอย่างต่อเนื่อง (Deep breathing and progressive relaxation) เทคนิคการหายใจลึก ๆ พร้อมคำแนะนำและการผ่อนคลายอย่างต่อเนื่อง พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีสมาธิและการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง โดยเมื่อผู้ป่วยเริ่มควบคุมการหายใจ พยาบาลสามารถพูดกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายมากขึ้นในขณะที่ย่อยหายใจออกกว่า “ตอนนี้เริ่มผ่อนคลาย ตั้งแต่ส่วนบนของศีรษะจนถึงปลายนิ้วเท้า” เปลี่ยนระดับเสียงสูงขึ้นสำหรับ “ส่วนบนของศีรษะ” เสียงต่ำลงสำหรับ “ปลายนิ้วเท้า” และกำหนดให้คำสุดท้ายสั้นสุดพร้อมกับผู้ป่วยหายใจออกจนสุด (D’Arcy & Burns, 2014) เมื่อร่างกายเข้าสู่ภาวะผ่อนคลาย ร่างกายจะหลั่งสารเอนดอร์ฟิน ลดความตึงเครียดและบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดได้ (Rady et al., 2020)

2.2) การขัดขวางการส่งกระแสประสาทความปวด เช่น การกระตุ้นผิวหนัง (Cutaneous stimulation) การกระตุ้นผิวหนังเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ซึ่งจะลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กจากการผ่าตัดได้ ตัวอย่างการกระตุ้นผิวหนัง เช่น การประคบด้วยความร้อนหรือความเย็น การสั่นสะเทือน การนวด หรือการกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้า (TENS) ซึ่งการกระตุ้นผิวหนังเป็นวิธีการรักษาเสริมร่วมกับการบรรเทาความปวดแบบใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระ ที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ พยาบาลสามารถประยุกต์เข้ากับแผนการรักษาในการบรรเทาความปวดเฉียบพลันได้อย่างง่ายและปลอดภัย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อขนาดของยาบรรเทาปวดที่สูงขึ้นได้ (D’Arcy & Burns, 2014)

กล่าวโดยสรุป ความปวดไม่ได้มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเท่านั้น แต่ยังเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางอารมณ์ จิตใจ และกระบวนการคิดร่วมด้วย ความสนใจต่อความปวด (Attention to pain) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในระดับกระบวนการคิดส่งผลให้มีการรับรู้ความปวดเพิ่มขึ้น การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดจึงเป็นอีกหนึ่งวิธีในการบรรเทาความปวด จากแนวคิดทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน อธิบายการหลั่งสารเอนดอร์ฟินในร่างกายเพื่อควบคุมความปวด นอกจากนี้ การผ่อนคลายและการเบี่ยงเบนความสนใจก็สามารถกระตุ้นให้หลั่งสารเอนดอร์ฟินได้เช่นกัน (Kaiser

& Behrens, 2021) ผู้วิจัยจึงได้นำกลไกการหลังสารเอนดอร์ฟินในร่างกายเพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง

## 2.2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวด

สรารุณี สีถาน (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับการกำหนดลมหายใจต่อระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการนวดกดจุดร่วมกับการกำหนดลมหายใจ จำนวน 33 ท่า เป็นระยะเวลา 15 นาที วันละครั้ง จำนวน 3 วัน พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการนวดกดจุดร่วมกับการกำหนดลมหายใจ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

เยาวลักษณ์ หอมวิเศษวงศา และ จิราภรณ์ ชวนรัมย์ (2562) ศึกษาเปรียบเทียบความปวดหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการฝึกเทคนิคผ่อนคลายที่ใช้การฝึกหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกเทคนิคผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจ คือ หายใจเข้านับ 1-4 กลั้นหายใจไว้นับ 1-3 แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกยาว ๆ นับ 1-6 พบว่า กลุ่มทดลองมีความปวดหลังผ่าตัดเฉลี่ยในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุภรดา มั่นยืน และคณะ (2563) ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อคะแนนความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ทำการสุ่มอย่างง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย ทำการทดลองในวันที่ 3 หลังผ่าตัด กลุ่มทดลองจะได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า เป็นระยะเวลา 25 นาที พบว่า 1) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความปวดลดลงทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความปวดไม่แตกต่างกัน 3) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจหลังการนวดโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย และคณะ (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 20-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้อง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย โปรแกรมฯ ประกอบด้วย การสอนวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การฝึกสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจ การจัดทำเพื่อบรรเทาปวด การประคบแผลผ่าตัดขณะไอ และการปฏิบัติตัวหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พบว่ากลุ่มควบคุมมีความปวดอยู่ในระดับมากทั้งในระยะหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ต่างจากกลุ่มทดลองที่มีความปวดหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมง อยู่ในระดับมาก แต่เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง

Ju et al. (2019) ศึกษาผลของการบำบัดด้วยการผ่อนคลายในกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และวิเคราะห์ห่อภิมาณ ค้นหาจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, Cochrane Central Register of

Controlled Trials (CENTRAL) และ Google scholar มีการศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง ใช้เทคนิคผ่อนคลายทั้งหมด 4 เทคนิค ได้แก่ Jaw relaxation, Benson's relaxation, Progressive muscle relaxation (PMR) และ Systematic relaxation ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับเทคนิคผ่อนคลายมีความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Barus et al. (2019) ศึกษาผลของเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจและการผ่อนคลายต่อการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีที่ได้รับการผ่าตัด และไม่ได้อยู่ในกลุ่มหลังผ่าตัดคลอด พบว่า เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการฟังเพลงและเทคนิคการผ่อนคลายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจะมีความทุกข์ทรมานจากความปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความปวดมากในวันแรกของการผ่าตัด และจะค่อย ๆ ลดระดับลงในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด มีการศึกษาการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาหลากหลายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน ได้แก่ การผ่าตัดเปิดช่องท้องโรคในระบบทางเดินอาหาร การผ่าตัดคลอดทางช่องท้อง การผ่าตัดไส้เลื่อน เป็นต้น ส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง และทำการศึกษาในระยะวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด การบรรเทาความปวดมีได้หลายวิธีด้วยกัน การทำสมาธิบำบัดด้วยการกำหนดลมหายใจเป็นอีกหนึ่งวิธีที่สามารถกระตุ้นร่างกายให้หลั่งสารเอนดอร์ฟินเพื่อบรรเทาความปวดได้ (Rady et al., 2020) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการทำสมาธิบำบัดด้วยการกำหนดลมหายใจ เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ทั้งในท่านอน ท่านั่งและทำยืน เพื่อมุ่งหวังในการช่วยบรรเทาความปวดให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง ในระยะวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด

## 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอาการท้องอืด

อาการท้องอืดหลังผ่าตัด (Abdominal distension) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยภายหลังผ่าตัด โดยพบร้อยละ 81.6 ในผู้ป่วยทั่วไป และพบสูงถึงร้อยละ 95.45 ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (ชลภัศสรณ์ วิวรรณพงษ์, 2563) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบาย และเพิ่มโอกาสการเกิดอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น อาการท้องอืดจะทำให้มีการยืดขยายของช่องท้อง มีการยืดขยายของแผลผ่าตัด ส่งผลให้แผลหายช้าลง (Kalemci et al., 2022) การยืดขยายของช่องท้องส่งผลต่อการหดตัวของกะบังลม ทำให้ปอดขยายตัวไม่เต็มที่ บางรายอาจรู้สึกไม่สบายและหายใจสั้น ความไม่สบายจากอาการท้องอืดจะรบกวนกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การฟื้นฟูหายช้าลง เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น

### 2.3.1 ความหมายของอาการท้องอืด

Sugand et al. (2019) ให้ความหมายอาการท้องอืดหลังผ่าตัด หมายถึง ภาวะที่ระบบทางเดินอาหารถูกยับยั้งการเคลื่อนไหวภายหลังผ่าตัด จากการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อการผ่าตัดเปิดช่องท้อง และจากการยับยั้งการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารจากสาเหตุอื่น

Vather et al. (2013) ให้ความหมายภาวะที่ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวชั่วคราวหลังการผ่าตัด (Postoperative ileus) หมายถึง ภาวะที่ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวชั่วคราวตั้งแต่ได้รับการผ่าตัดจนถึง

การผายลม การอุจจาระ หรืออาการอยากอาหาร ซึ่งภาวะที่ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวชั่วคราวหลังการผ่าตัดต้องมีอาการที่เข้าเกณฑ์ตั้งแต่ 2 ใน 5 อาการขึ้นไป ได้แก่ 1) อาการคลื่นไส้ อาเจียน 2) ไม่มี ความอยากอาหารใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) ไม่ผายลมใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา 4) มีอาการแน่นอึดอัด ท้อง 5) การยื่นย่นทางรังสีวิทยา

### 2.3.2 การเกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด

1) ระบบประสาทถูกยับยั้ง (Inhibitory neural reflexes) การทำงานของลำไส้ขึ้นอยู่กับระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งประกอบด้วยระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nervous system) ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) และระบบประสาทภายในทางเดินอาหาร (Enteric nervous system) การผ่าตัดจะกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติกผ่านทางเส้นประสาทโซมาติก (Somatic nerve) และเส้นประสาทสพลังนิก (Splanchnic nerve) ทำให้เกิดการยับยั้งการทำงานของลำไส้และการบีบตัวของลำไส้ลดลง (Swift, 2018)

2) สารสื่อประสาท (Neurotransmitter) การผ่าตัดทางหน้าท้องมีโอกาสเกิดการกระทบกระเทือนลำไส้ เกิดการกระตุ้นตัวรับอะดรีเนอร์จิกชนิดแอลฟา-2 (Alpha-2 adrenergic receptors) บริเวณเยื่ออุ้งยวาระบบทางเดินอาหาร เพิ่มการสังเคราะห์สารเอ็มอาร์เอ็นเอ (Messenger RNA: mRNA) และไนตริก (Nitric oxide) เพิ่มขึ้น เกิดการกระตุ้นเอนไซม์ไซโคลออกซิเจเนส-2 (Cyclooxygenase-2: COX-2) มีผลทำให้มีการเพิ่มขึ้นของระดับพรอสตาแกลนดินในช่องท้องและในกระแสเลือด มีผลทำให้การบีบตัวของ Jejunal circular muscle ลดลง (Venara et al., 2016)

3) การอักเสบ (Inflammatory factors) การจับต้องลำไส้และการใช้เครื่องมือในการถ่างขยายขณะผ่าตัด ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ได้รับความกระทบกระเทือน เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบเฉพาะที่ กระตุ้นให้แมคโครฟาจ (macrophages) เซลล์เม็ดเลือดขาวทิ้งโมโนไซต์ (monocyte) นิวโทรฟิล (neutrophil) และมาสต์เซลล์ (mast cell) ของร่างกายเข้ามาในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้เพิ่มขึ้น ชัดขวางการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบลำไส้ (Mazzotta et al., 2020)

### 2.3.3 ปัจจัยส่งเสริมการเกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด

1) ผลของยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anaesthesia) ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายนอกจากจะออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ยังมีผลต่อระบบประสาททางเดินอาหาร ทำให้การเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง (Zholos et al., 2023)

2) ผลของยาบรรเทาปวด (Narcotic drug) การใช้ยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์จะกระตุ้นโอปิออยด์ รีเซพเตอร์ ที่อยู่บริเวณระบบประสาททางเดินอาหาร มีผลทำให้การเคลื่อนไหวลำไส้และการบีบตัวของกระเพาะอาหารลดลง (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และ สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2562; Mazzotta et al., 2020)

3) ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในกระแสเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่พบได้บ่อย ได้แก่ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ และภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์เกี่ยวข้องกับการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบ ส่งผลให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง เช่น หากค่าโพแทสเซียมในกระแสเลือดต่ำ จะส่งผลให้การทำงานของลำไส้

ลดลงทำให้เกิดอาการท้องอืด และหากค่าโพแทสเซียมในกระแสเลือดมีระดับสูงมากเกินไปอาจทำให้ลำไส้หยุดการทำงานถาวรได้ (Adiamah & Lobo, 2020)

4) ความปวด ซึ่งความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลยับยั้งการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืด (Mazzotta et al., 2020)

5) การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยที่นอนนิ่ง ๆ ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย (Rivas et al., 2022) จะทำให้ขาดการกระตุ้นการบีบรัดของลำไส้ เกิดภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว (Adiamah & Lobo, 2020)

การผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง มีขั้นตอนในการลงมิดผ่านผนังหน้าท้องเข้าไปบริเวณของลำไส้ส่วนซีกัม จากนั้นจะใช้เครื่องมือในการถ่างขยายช่องท้องเพื่อนำไส้ติ่งออกมา (Perrakis, 2021) ทำให้ลำไส้ได้รับการกระทบกระเทือน เกิดจากการตอบสนองต่อการอักเสบเฉพาะที่ รวมถึงผลจาการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ยาบรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์ และการเคลื่อนไหวน้อยลงหลังการผ่าตัด ทำให้เกิดอาการท้องอืด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการประเมินและการจัดการอาการท้องอืดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความสบายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

#### 2.3.4 อาการและอาการแสดงของภาวะท้องอืด

ผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดหลังผ่าตัด เป็นผลมาจากทางเดินอาหารไม่ดูดซึมของเหลวและเกิดการสะสมของของเหลวและแก๊สในทางเดินอาหาร เกิดจากการจับต้องลำไส้ในระหว่างผ่าตัด ผลจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหรือยาบรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์ ทำให้ระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง ผู้ป่วยจะแสดงอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นอึดอัดท้อง ไม่เรอ ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ และฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรือฟังไม่ได้ยินเสียง (Adiamah & Lobo, 2020)

#### 2.3.5 การประเมินอาการท้องอืด

การประเมินอาการท้องอืดเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในกระบวนการพยาบาล เป็นการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยเพื่อจัดการกับอาการท้องอืดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถประเมินได้จากการรวบรวมข้อมูลโดยการซักถามผู้ป่วย การสังเกตอาการ และการตรวจร่างกาย โดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของอาการท้องอืด จากการทบทวนวรรณกรรม มีแบบประเมินอาการท้องอืด ดังนี้

1) แบบประเมินอาการท้องอืดของ สายหยุด วัฒนธัญญกรรม (2529) ที่ใช้ในการศึกษาผลการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดไตและท่อไต โดยเป็นการประเมินอาการท้องอืด 6 ด้าน ประกอบด้วย

- 1.1) การประเมินความรู้สึกแน่นอึดอัดท้องหรือหายใจไม่สะดวก
- 1.2) การประเมินการเรอ
- 1.3) การประเมินการผายลม
- 1.4) การประเมินอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้เหนือระดับสะดือ

1.5) การประเมินอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้บริเวณต่ำกว่าระดับสะดือ

1.6) การประเมินขนาดเส้นรอบท้องระดับสะดือ

2) แบบประเมินอาการท้องอืดของ สุนันทา ศรีวิวัฒน์ (2538) ที่ใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการผ่อนคลายต่อความเจ็บปวด ภาวะท้องอืดและการพักผ่อนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี โดยตัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการท้องอืดของ สายหยุด วัฒนธัญญกรรม (2529) ประเมินอาการท้องอืด 4 ด้าน ประกอบด้วย

2.1) การประเมินความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง

2.2) การประเมินการเรอ

2.3) การประเมินการผายลม

2.4) การประเมินอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้

3) แบบประเมินอาการท้องอืดของ หนูเพียร ชาทองยศ (2550) ที่ใช้ในการศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไต โดยเป็นการประเมินอาการท้องอืด 5 ด้าน ประกอบด้วย

3.1) การประเมินความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง

3.2) การประเมินการเรอ

3.3) การประเมินการผายลม

3.4) การประเมินอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้

3.5) การประเมินขนาดเส้นรอบวงของรอบท้องระดับสะดือ

4) แบบประเมินอาการท้องอืดของ เนาวรัตน์ สมศรี (2552) ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลอาการท้องอืดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม โดยเป็นการประเมินอาการท้องอืด 4 ด้าน ประกอบด้วย

4.1) การประเมินความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง

4.2) การประเมินการเรอ

4.3) การประเมินการผายลม

4.4) การประเมินอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้

5) แบบประเมินอาการท้องอืดของ Hoshino et al. (2017) ที่ใช้ในการศึกษาผลของไดเคนซูโต (TJ-100) ต่ออาการของระบบทางเดินอาหารหลังการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ผ่านกล้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเป็นการประเมินอาการของระบบทางเดินอาหารหลังการผ่าตัด ประเมินอาการทางระบบทางเดินอาหาร 6 ด้าน ประกอบด้วย

5.1) การประเมินอาการท้องอืดโดยการให้คะแนนอาการแน่นอึดอัดท้อง

5.2) การผายลมครั้งแรก

5.3) การขับถ่ายอุจจาระครั้งแรก

5.4) ลักษณะของอุจจาระ

5.5) ความถี่ในการถ่ายอุจจาระต่อวัน

5.6) ปริมาณก๊าซในลำไส้วิเคราะห์โดยใช้ซอฟต์แวร์ (Software)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการท้องอืดของ หนูเพียร์ ซาทองยศ (2550) เนื่องจากมีการประเมินที่ครอบคลุมของอาการท้องอืด คือ อาการแน่นอืดอืดท้อง ไม่เรอ ไม่ผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง และขนาดของช่องท้องที่ขยายขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีการนำมาใช้ในการประเมินอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง เช่น การศึกษาของ วิริยา ศิลา (2560) ใช้ในการประเมินอาการท้องอืดในการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืด

### 2.3.6 การจัดการอาการท้องอืด

การจัดการอาการท้องอืดมี 2 วิธี คือ 1) การจัดการอาการท้องอืดโดยใช้ยา และ 2) การจัดการอาการท้องอืดโดยไม่ใช้ยา การจัดการอาการท้องอืดโดยใช้ยา เช่น การใช้ยาขับลม การใช้ยาลดกรด และการใช้ยาระบาย เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยอาจเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการจัดการอาการท้องอืดโดยไม่ใช้ยา ดังนี้

2.1) การให้อาหารเร็ว (Early enteral feeding) การเริ่มอาหารเร็วหลังผ่าตัดช่วยลดระยะเวลาการเกิดอาการท้องอืดได้ ผู้ป่วยควรได้รับการกระตุ้นให้จิบน้ำทันทีเมื่อตื่นรู้สึกตัวและไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังกลับจากห้องผ่าตัด และสามารถเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้ภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Gustafsson et al., 2019)

2.2) การเคี้ยวหมากฝรั่ง เป็นวิธีการให้อาหารหลอก (Sham feeding) ซึ่งจะกระตุ้นเซฟาสิก-เวกัล รีเฟล็กซ์ (Cephalic-vagal Reflex) ผ่านทางกลไกที่คล้ายกับการรับประทานอาหารทางปาก ทำให้ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กส่วนต้น กระเพาะอาหาร และทวารหนัก และลดความเสี่ยงของการอาเจียนและสำลัก (Gungorduk & Ozdemir, 2021)

2.3) การฝังเข็มและการนวดกดจุด จะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติผ่านระบบประสาทเวกัส (Vagus nerve) ซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร โดยการปรับการปลดปล่อยฮอร์โมนต่าง ๆ ในระบบทางเดินอาหาร (Gungorduk & Ozdemir, 2021)

2.4) การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและลุกเดินได้เร็วหลังผ่าตัด (Early ambulation) การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัดเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นตัวที่ดีที่สุด (Gustafsson et al., 2019) โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และผู้ป่วยควรได้รับการกระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายตั้งแต่เข้าวันที่ 1 หลังผ่าตัด เช่น นั่งตัวตรง การย้ายจากเตียงไปนั่งเก้าอี้ การลุกยืน การออกกำลังกายบนเตียงหรือข้างเตียง และการลุกเดิน เป็นต้น (Tazreean et al., 2022)

การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด จะกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ฟื้นตัวกลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น (Willner et al., 2023) อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วอาจมีอุปสรรคหรือความเสี่ยงที่จะก่อผลเสียต่อผู้ป่วยได้ เช่น ความเสี่ยงต่อการหกล้ม ปวดแผลผ่าตัด ความเสี่ยงต่อหอบเหนื่อยหลังเลื่อนหลุด ดังนั้น พยาบาลควรมีการประเมินความพร้อมของสภาพร่างกายก่อนการเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะต้องมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตื่นรู้สึกตัว รับประทานอาหารได้ สถานที่และบุคคล ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด (Yaban et al., 2023)

### 2.3.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการท้องอืด

สิริอร ช้อยุ่น และคณะ (2562) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพุงเดินหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 20-65 ปี ที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ประกอบด้วย การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การลุกจากเตียงโดยเร็ว และการบริหารร่างกายหลังผ่าตัดร่วมกับการใช้เครื่องพุงเดินหลังผ่าตัด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2 และ 3 ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนอาการปวดแผลและคะแนนอาการท้องอืดหลังผ่าตัดวันที่ 2 และ 3 กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วราภรณ์ วงษ์เรือง และคณะ (2563) ศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยอายุ 18-65 ปี ได้รับการวางแผนผ่าตัดเปิดช่องท้อง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 14 ราย กลุ่มทดลองจะให้เคี้ยวหมากฝรั่ง 3 ครั้งต่อวัน นานครั้งละ 15 นาที พบว่า ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ครั้งแรก และการผายลมครั้งแรกหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ค่ามัธยฐานของระยะเวลาการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ชลภัศรสรณ์ วิวรรณพงษ์ (2565) ศึกษาพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย รูปแบบประกอบด้วย การประเมินความพร้อมในการลุกเดิน การลุกเดินโดยเร็วและการนับก้าวในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด การให้อาหารเร็วหลังผ่าตัด โดยหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยตื่นดีให้จิบน้ำได้ และการเคี้ยวหมากฝรั่ง พบว่า ความรุนแรงของอาการท้องอืดก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง หลังใช้รูปแบบไม่เกิดอาการท้องอืด การเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดหลังการใช้รูปแบบมีระยะเวลาเฉลี่ยลดลง และวันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 3.60 วัน เป็น 2.20 วัน

สุนิสา เกยสันเทียะ และคณะ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย ได้รับโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ 1. นอนบนเตียง ให้ผู้ป่วยบริหารร่างกายบนเตียง ระดับ 2. นั่ง ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาบนเตียง หรือนั่งเก้าอี้ข้างเตียง และระดับ 3. เดิน จะให้ผู้ป่วยยืนและเดิน 15 เมตร ใช้เวลา 10 นาที ทดลองช่วงระยะเวลา 12 ชั่วโมง ถึง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัดวันที่ 2 และวันที่ 3 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Zia et al. (2023) ศึกษาผลของกายภาพบำบัดโดยเร็วต่อภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 21 ราย กลุ่มทดลองได้รับแผนการดูแลกายภาพบำบัด ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การฝึกการหายใจแบบลึก การเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัด และการกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าทางผิวหนัง (TENS)

ทดลองในระยะ 3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยในวันที่ 1 หลังผ่าตัดจะให้ออกกำลังกายบนเตียง วันที่ 2 หลังผ่าตัดจะให้ลุกเดินเป็นเวลา 15 นาที และในวันที่ 3 หลังผ่าตัดจะให้ลุกเดินได้อย่างอิสระ ส่วนการฝึกการหายใจแบบลึกและการกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าทางผิวหนังจะได้รับทั้ง 3 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการอยากอาหารและการขับถ่ายอุจจาระไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการพาลมสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Willner et al. (2023) ศึกษาผลของการเคลื่อนไหวเร็วหลังการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และวิเคราะห์หือภิมาน ผลการสืบค้นข้อมูลมีทั้งหมด 3,678 รายการ พบว่า วิธีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ การออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายด้วยการเดิน การออกกำลังกายแบบเหยียบหรือการปั่นจักรยาน ซึ่งการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดช่วยเพิ่มจำนวนก้าวหรือการเคลื่อนไหวร่างกายในช่วงวันแรกของการผ่าตัด ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำงานของระบบทางเดินอาหารสั้นลง ส่วนการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (RCT) พบว่า การเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน สาเหตุมักเกิดจาก ชนิดของการผ่าตัด ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย และโปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป การผ่าตัดช่องท้องสามารถทำให้เกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดได้ จากหลายสาเหตุ และส่วนใหญ่มักพบภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินอาหารในวันแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง (สัญญาโพธิ์งาม และ มนพร ชาติขำนิ, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาการจัดการอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องหลากหลายวิธีทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดหน้าท้องและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดมีได้หลายวิธีด้วยกัน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่ง การเริ่มอาหารเร็ว และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า เป็นต้น ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นการนำการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการลดอาการท้องอืด แต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ คือ ผู้นวดต้องผ่านการอบรมมาเป็นอย่างดี จึงจะทำให้การนวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งการเคี้ยวหมากฝรั่งจะมีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคี้ยวและการกลืน การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดเป็นอีกหนึ่งวิธีที่จะกระตุ้นให้ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น (Willner et al., 2023) ดังนั้น การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดจึงเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ได้รับความสนใจในการนำมาศึกษาลดอาการท้องอืด เนื่องจากเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ เช่น การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง และการลุกเดิน เป็นต้น ส่วนใหญ่จะเริ่มส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายตั้งแต่วันที่ผ่าตัดหรือวันที่ 1 หลังผ่าตัด และศึกษาในระยะวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กสามารถฟื้นตัวภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และลำไส้ใหญ่จะมีการฟื้นตัวภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Yamada et al., 2005) ซึ่งการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 เป็นการยืนยันกำหนดลมหายใจร่วมกับการยืดเหยียดของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเฉพาะบริเวณหน้าท้อง เมื่อร่างกายมีการเคลื่อนไหวจะกระตุ้นเส้นประสาทเวกัสและเส้นประสาทเพลเวก เพิ่มการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร (Tobias & Sadiq, 2022; Willner et al.,

2023) และการลุกยืนเร็วภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ส่งผลให้ร่างกายมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น (Ugurlu et al., 2017)

ผู้วิจัยจึงได้นำหลักการหลังสารเอนดอร์ฟินด้วยการกำหนดสมาธิให้อยู่ที่ลมหายใจเพื่อ บรรเทาความปวด ร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการท้องอืดใน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง โดยประยุกต์ใช้การทำสมาธิบำบัด SKT เนื่องจากเป็นการ ผสมผสานระหว่างสมาธิ โยคะ ชี่กง และการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด เพื่อให้ผู้ป่วยมีการ เคลื่อนไหวร่างกายร่วมกับการบรรเทาความปวดด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดลดลงและเคลื่อนไหว ร่างกายได้มากขึ้น

## 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิบำบัด

### 2.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิ

สมาธิในมุมมองของชาวตะวันตก มักใช้คำว่า Concentration และคำว่า Meditation มา จากภาษาละติน ที่สื่อถึงการทำให้จิตใจสงบ เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศแถบตะวันออก โดยเฉพาะทางศาสนา ในตำนานของการทรงเจ้า พ่อมด หมอผี ของประเทศแถบไซบีเรีย แอฟริกา ล้วนใช้วิธีการเข้าฌานหรือการเพ่งเพื่อใช้ทำนายปรากฏการณ์ทางธรรมชาติหรือการพยากรณ์การ เจ็บป่วย (พรหมงคล ฉันทรัตน์โยธิน, 2561) ศาสนาแรกที่มีการบันทึกถึงการทำให้สมาธิคือศาสนาฮินดู ใน ประเทศอินเดีย ต่อมาได้ถูกนำมาดัดแปลงและนำมาใช้นอกเหนือบริบททางศาสนา เช่น นำมาใช้ใน การออกกำลังกาย การทำसनสกฤตยานา (Sanskritdhayana) หรือศิลปะแขนงต่างๆของประชาชน พื้นบ้านในแถบเอเชีย (Martial art) เป็นต้น ทั้งนี้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า สมาธิ ไว้ เช่น

ราชบัณฑิตยสถาน (2556) สมาธิ หมายถึง ความสำรวมให้แน่วแน่เพื่อจิตใจสงบหรือเพื่อให้ เกิดปัญญาเห็นแจ้ง

สมพร กันทรคุชฎี-เตรียมชัยศรี (2567) สมาธิ หมายถึง วิธีการฝึกบังคับจิตได้สำนึกให้ตั้งมั่น แน่วแน่อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อพัฒนาจิตได้สำนึกหรือการบริหารจิตได้สำนึกเพื่อดึงเอาพลังมาใช้ ประโยชน์

Saini et al. (2021) สมาธิ หมายถึง การฝึกร่างกายและจิตใจที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมอง จิตใจ ร่างกาย และพฤติกรรม โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ สถานที่เงียบสงบ ท่าทางที่ สบาย การมุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่ง และทัศนคติที่เปิดกว้าง

National center for complementary and integrative health (2022) สมาธิ หมายถึง การปฏิบัติต่าง ๆ ที่มุ่งเน้นการผสมผสานระหว่างร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เกิดความสงบ การทำสมาธิ บางรูปแบบเกี่ยวข้องกับการที่จิตมุ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การหายใจ เสียง ภาพ หรือการ สวดมนต์ซึ่งเป็นคำหรือวลีซ้ำ ๆ หรือการทำสมาธิด้วยการฝึกสติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมุ่งความสนใจหรือ การรับรู้ในช่วงเวลาปัจจุบันโดยไม่ต้องตัดสิน

### 2.4.2 ประเภทของการทำสมาธิ

การทำสมาธิมีหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมุ่งเน้นไปที่ความหมายและวัตถุประสงค์ที่แตกต่าง กัน การทำสมาธิในรูปแบบต่าง ๆ จึงมีความเหมาะสมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การเลือกวิธีทำ สมาธิจึงต้องพิจารณาในหลายปัจจัย ปัจจุบันมีการทำสมาธิหลากหลายรูปแบบแตกต่างกันไป เช่น

1) การฝึกสติ (Mindfulness meditation) เป็นการตระหนักรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ทำอยู่ รวมถึงความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้นโดยไม่มีการตัดสิน กำหนดสมาธิให้อยู่ที่ลมหายใจ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นเกิดขึ้น ให้รู้ว่าเกิดขึ้น (Cherry, 2024)

2) การทำสมาธิแบบจดจ่อ (Focused meditation) คือการเพ่งสมาธิไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ณ ขณะนั้น เพื่อให้เกิดความสนใจในสิ่งนั้น เช่น การกำหนดลมหายใจ (Chen et al, 2022)

3) การทำสมาธิด้วยการเคลื่อนไหว (Meditative movement) การเพิ่มสมาธิและการจดจ่อไปยังส่วนใดส่วนหนึ่งหรือประสาทสัมผัสในร่างกายโดยใช้วิธีการเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ เช่น โยคะ ชี่กง ไทชิ เป็นต้น (Kabir & Yang, 2023)

4) มंत्रาสมาธิหรือการสวดมนต์ (Mantra meditation) เป็นการท่องคำ วลี หรือชุดพยางค์ซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยไม่สนใจสิ่งรบกวนภายในหรือภายนอก เพื่อให้จิตใจสงบและปลอดโปร่ง โดยอาจจะสวดเป็นคำหรือวลีสั้น ๆ หรือบทสวดมนต์ยาว ๆ และจะสวดออกเสียงหรือไม่ออกเสียงก็ได้ (Lynch et al., 2018)

5) การทำสมาธิแบบล่องพ้น (Transcendental meditation) มีรากฐานมาจากศาสนาฮินดู คล้ายๆการสวดมนต์ แต่จะลงลึกไปถึงการเลือกคำที่ใช้สวดให้เหมาะกับผู้ทำสมาธิแต่ละบุคคล เป็นวิธีการสอนโดยครูผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะให้ผู้ทำสมาธิหลับตาและกล่าวคำ “บทสวดมนต์” ซึ่งเป็นคำที่มีความหมาย เพื่อให้ผู้ทำสมาธิเกิดการตระหนักรู้และเข้าสู่ภาวะตื่นรู้ (Sheikh, 2023)

6) การเจริญเมตตาภาวนา (Loving-kindness meditation) เป็นการทำสมาธิด้วยความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจต่อตนเองและผู้อื่น จุดประสงค์เพื่อให้เกิดความรู้สึกรัก เมตตา และการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข เริ่มต้นด้วยการเมตตาต่อตนเองก่อน จากนั้นจึงเมตตาต่อคนที่รัก คนรู้จัก คนแปลกหน้า และสรรพสัตว์หรือสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ เป็นวิธีที่ง่ายไม่จำกัดเรื่องเวลา สถานที่ และสามารถทำได้ทุกที่ทุกเวลา เช่น การนอน การนั่ง และการเดิน (Chen et al, 2021)

การทำสมาธิแต่ละรูปแบบสามารถเลือกปฏิบัติได้ตามสถานการณ์และความเหมาะสมของบุคคล ซึ่งทุกรูปแบบจะช่วยให้ร่างกายและจิตใจสงบ ผ่อนคลาย ลดความเครียด และการทำสมาธิจะทำให้ร่างกายหลังสารเอนดอร์ฟิน ช่วยบรรเทาความปวดได้ (Kaiser & Behrens, 2021)

ในประเทศไทยมีการทำสมาธิบำบัด SKT เป็นอีกหนึ่งรูปแบบที่มีการศึกษาวิจัยและประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวาง เช่น ด้านการแพทย์ ด้านการศึกษา และด้านการกีฬา เป็นต้น ซึ่งจะช่วยส่งเสริม ป้องกัน ปั่นฟูและรักษา ในบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทั้งแบบเฉียบพลัน เจ็บป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2567)

#### 2.4.3 แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิบำบัด SKT

สมาธิ หมายถึง ภาวะของจิตที่ตั้งมั่น กำหนดแน่วแน่อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่งติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ ไม่หึ่งซ่านไปหาสิ่งอื่นหรือเรื่องอื่นจากสิ่งที่กำหนด เป็นภาวะที่จิตมีอารมณ์เป็นหนึ่งเดียวหรือมีอารมณ์เดียว ลักษณะของสมาธิ คือ จิตจะเกิดความสงบเย็น สบาย มีความผ่อนคลาย เิบอ้มใจ ปลอดโปร่งและมีความสุข (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2567) เทคนิคการหายใจเป็นเทคนิคการปฏิบัติสมาธิที่ง่ายที่สุดได้ผลเร็วที่สุด การนับการหายใจหรือพุทบริกรรมในขณะที่หายใจเข้าหรือหายใจออก เช่น หายใจเข้าสบาย หายใจออกโล่ง หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 2 หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 4 เป็นต้น

คำว่า SKT คือตัวย่อที่มาจากชื่อของ รศ. ดร. สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี (Somporn Kantaradusdi-triamchaisri) อาจารย์ประจำภาควิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่อธิบายถึงความเชื่อมโยงของการปฏิบัติสมาธิกับการทำงานของระบบประสาท พบว่าการทำสมาธิแบบสมณะ หายใจเข้า “พุท” หายใจออก “โธ” นั้นสามารถช่วยให้คลายเครียดได้อย่างดี แต่หากสามารถควบคุมการฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัสและการเคลื่อนไหวด้วย ก็จะทำให้การทำสมาธินั้นมีผลดีต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบไหลเวียนเลือด และระบบอื่น ๆ ในร่างกายได้เป็นอย่างดี จึงได้นำองค์ความรู้เรื่องสมาธิ โยคะ ชี่กง การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด การปฏิบัติสมาธิด้วยเทคนิคการหายใจ และการควบคุมประสาทสัมผัส ทางตาและหู ผสมผสานกันจนพัฒนาเป็นรูปแบบสมาธิบำบัดแบบใหม่ขึ้น 8 เทคนิค หรือเรียกว่า SKT 1-8 (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2567) ซึ่งมีวิธีปฏิบัติ ดังนี้

เทคนิคที่ 1 “นั่งผ่อนคลาย ประสานกายประสานจิต” เป็นเทคนิคการนั่งปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจหรือนอนหายใจเพื่อการผ่อนคลาย มีวิธีปฏิบัติให้นั่งให้หงายฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหัวเข่า หากนอนให้วางแขนหงายมือไว้ข้างตัว หรือคว่ำฝ่ามือไว้ที่หน้าท้อง จากนั้นหลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้ง ถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30-40 รอบ แล้วค่อยลืมตาขึ้นช้า ๆ โดยให้ปฏิบัติวันละ 3 รอบ ก่อนหรือหลังอาหาร 30 นาที

เทคนิคที่ 2 “ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต” เป็นเทคนิคการยืนหายใจรวมกับการยืดเหยียดของกล้ามเนื้อ มีวิธีปฏิบัติโดยให้ยืนตรงในท่าที่สบาย สวมหรือไม่สวมรองเท้าก็ได้ แยกเท้าห่างเท้ากับช่วงไหล่ ถ้าสวมรองเท้าต้องเป็นรองเท้าแบน หลับตาลงช้า ๆ ชูมือขึ้นเหนือศีรษะ ฝ่ามือสองข้างประกบกัน ต้นแขนแนบศีรษะ สูดลมหายใจเข้าทางจมูก นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้งถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30 รอบ แล้วค่อย ๆ ลืมตาขึ้นช้า ๆ ค่อยแยกฝ่ามือออกจากกันช้า ๆ แขนตรงและเหยียด ในท่าหงายฝ่ามือ ค่อย ๆ ลดระดับมือลงพร้อมกับลดระดับแขนที่ยืดเหยียดและมือลงไป 1 จังหวะนับ 1 ลดระดับแขนที่ยืดเหยียดและมือลงไปอีก 1 จังหวะนับ 2 ค่อย ๆ ลดมือลงพร้อมกับนับจังหวะ จนถึง 30 ระดับมือลดลงมาระดับต้นขาพอดี คว่ำฝ่ามือชิดต้นขา ขยับมือและขา เท้า เล็กน้อยในท่ายืนตรง

เทคนิคที่ 3 “นั่งยืดเหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต” มีวิธีปฏิบัติโดยนั่งบนพื้นราบในท่าที่สบาย เหยียดขา เข่าตึง หลังตรง เท้าชิด คว่ำฝ่ามือบนต้นขาห่าง 2 ข้าง ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ ทำแบบนี้ 3 รอบหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ พร้อมกับค่อย ๆ โนมตัวไปข้างหน้า แขนตึง ผลักฝ่ามือทั้งสองข้างไปด้านหน้าจนปลายมือจรดนิ้วเท้า หยุดหายใจชั่วคราว จากนั้นหายใจออกช้า ๆ พร้อมกับค่อย ๆ ดึงตัวและแขนเอนไปข้างหลังให้ได้มากที่สุด ค้างไว้สักครู่ นับเป็น 1 รอบ ทำซ้ำทั้งหมด 30 รอบ แล้วค่อย ๆ ลืมตาขึ้น

เทคนิคที่ 4 “ก้าวอย่างอ่อนโยน เยียวยากาย ประสานจิต” เทคนิคการปฏิบัติสมาธิ การเคลื่อนไหว มีวิธีปฏิบัติโดยให้ยืนตรงในท่าที่สบาย สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ ถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำทั้งหมด 5 รอบ

จากนั้นยืนตัวตรง มองต่ำไปข้างหน้า หายใจเข้าช้า ๆ พร้อมกับยกเท้าขวาสูงจากพื้นเล็กน้อย หายใจออกช้า ๆ พร้อมกับค่อย ๆ ก้าวเท้าขวาไปข้างหน้า นับเป็น 1 รอบ เดินไปข้างหน้า 20 รอบ หยุดเดินรอบที่ 20 วางเท้าซ้ายชิดเท้าขวาในช่วงที่หายใจออก หมุนขวา โดยหายใจเข้า วางปลายเท้าขวาลง หายใจเข้าพร้อมกับยกเท้าซ้ายลอยจากพื้นเล็กน้อย หายใจออกพร้อมวางเท้าซ้ายชิดเท้าขวา แล้วค่อย ๆ หมุนขวา ในท่ายืนตรง ทำซ้ำเดิมโดยเดินไป-กลับ 2 เที้ยว ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

เทคนิคที่ 5 “ยึดเหยียดอย่างไทย เยียวยาประสานจิต” มีวิธีปฏิบัติโดยเริ่มจากยืนตรงในท่าที่สบาย เข่าตึง หลังตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ กลับหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ ทำแบบนี้ 5 รอบ จากนั้นค่อย ๆ ยกมือทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะฝ่ามือประกบกัน แขนตึงแนบใบหู หายใจเข้าออก 1 ครั้ง แล้ว ค่อย ๆ ก้มตัวลงช้า ๆ นับเป็นจังหวะที่ 2 ค่อย ๆ หายใจ และก้มตัวลงเป็นจังหวะช้า ๆ ไปเรื่อย ๆ จนถึงจังหวะที่ 30 ปลายนิ้วกลางจรดพื้นพอดี จากนั้นหายใจเข้าและออก 1 ครั้ง แล้วค่อย ๆ ยกตัวขึ้น นับจังหวะเหมือนตอนก้มลง โดยในจังหวะที่ 30 ให้เข่าตึง แขนตึง กลับมาอยู่ในท่าเดิม

เทคนิคที่ 6 “เทคนิคการฝึกสมาธิการเยียวยาไทยจินตภาพ” มีวิธีปฏิบัติโดยนอนบนพื้นเรียบ แขนสองข้างวางแนบลำตัว ค่อย ๆ หลังตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ กลับหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ ทำแบบนี้ 3 รอบ แล้วให้ท่องในใจว่า “ศีรษะเราเริ่ม ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลาย ผ่อนคลายลงไปเรื่อย ๆ” พร้อมกับกำหนดความรู้สึกไปที่อวัยวะที่เราจัดจ่อ ไหล่จากศีรษะ หน้าผาก ขมับ หนังกา แก้ม คาง ริมฝีปาก คอ ไหล่ ต้นแขน แขน มือ หน้าอก หลัง หน้าท้อง ก้น ต้นขา เข่า น่อง เท้า และตัวเราทั้งตัว เมื่อครบทั้งตัวแล้ว ให้ท่องว่า “มือเราเริ่มหนักขึ้น หนักขึ้น หนักขึ้น หนักขึ้นไปเรื่อย ๆ” ไหล่ลงไปจนถึงเท้า เมื่อทำครบแล้วให้หายใจเข้า กลับใจ และหายใจออกเหมือนตอนเริ่มต้นอีก 3 รอบ

เทคนิคที่ 7 “เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ้ง” การฝึกซึ้งต้นแบบมีทั้งหมด 15 ท่า จากผลการวิจัยสามารถลดจำนวนท่าทางที่ยุงยากใช้เวลามากลงเหลือ 3 ท่า แต่ให้ผลดีต่อผู้ปฏิบัติไม่แตกต่างกัน มีวิธีปฏิบัติโดยให้ยืนตัวตรง แยกเท้าทั้งสองข้างพอประมาณ ค่อย ๆ หลังตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ กลับหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วเป่าลมหายใจออกทางปากช้า ๆ ทำแบบนี้ 5 รอบ จากนั้นค่อย ๆ ยกมือ แขน ข้อศอกทั้งสองข้างอยู่ระดับเอว ฝ่ามือทั้งสองข้างเข้าหากัน ขยับฝ่ามือเข้าหากันช้า ๆ นับ 1-3 และขยับมือออกช้า ๆ นับ 1-3 ทำทั้งหมด 36-40 รอบ แล้วยืนอยู่ในท่าเดิม หายใจเข้าลึก ๆ ค่อย ๆ ยกมือขึ้นเหนือศีรษะคล้ายกับกำลังประคองหรืออุ้มแจกันใบใหญ่ แล้วค่อย ๆ ยกมือลงในท่าประคองแจกันเช่นกัน นับเป็น 1 รอบ ทำทั้งหมด 36-40 รอบ แล้วยืนอยู่ในท่าเดิม

เทคนิคที่ 8 เป็นเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT เทคนิคที่ 8 คล้ายการกดจุดรับสัญญาณ เป็นการปฏิบัติสมาธิบนศีรษะของผู้ป่วย ผสมผสานคลื่นไฟฟ้าระหว่างผู้เยียวยากับผู้ป่วย มีวิธีปฏิบัติโดยให้ผู้เยียวยากำปั้นหลวม ๆ เอานิ้วชี้ทั้งสองข้างมาชิดกัน วางไว้ตรงกลางระหว่างคิ้วของผู้ป่วย ค่อย ๆ ลากนิ้วชี้เบา ๆ ตั้งแต่หัวคิ้วลงไปถึงไรผม ทำทั้งนิ้วชี้ขวาและซ้ายสลับกัน นับ 40 ครั้ง จากนั้นกำปั้นหลวม ๆ นิ้วโป้งมาแตะกัน วางไว้ตรงกลางเหนือคิ้วผู้ป่วย ค่อย ๆ ลากออกไปที่ขมับทั้งสองข้างเบา ๆ นับ 40 ครั้ง จากนั้นแบมือใช้นิ้วกลางทั้งสองข้างแตะที่บริเวณขมับ แล้วลากเบา ๆ เข้าหาตัว นับ 40 ครั้ง จากนั้น เอานิ้วชี้ทั้งสองข้างไป

แต่ที่โรคมข้างหูข้างขวาแล้วค่อย ๆ ใช้นิ้วลูบไล่ระดับตามโรคมจากข้างขวามาข้างซ้าย นับ 40 ครั้ง และต่อไปให้กำมือหลวม ๆ ใช้นิ้วโป้งสองข้างแตะที่โรคมตรงกลางหน้าผาก ค่อย ๆ ลาก นิ้วโป้งลงมาที่กลางกระหม่อม นับ 40 ครั้ง ใช้นิ้วทั้ง 10 นิ้วแตะเส้นผมเบา ๆ นับ 40 ครั้ง จากนั้นให้ใช้นิ้วมือทั้งสองข้างซ้อนกันตั้งแต่ข้างโหนก แล้วกำมือกระตุกผมเบา ๆ ทั้งสองมือพร้อมกัน 3 ครั้ง แล้วไล่มือจับผมขึ้นลงเรื่อย ๆ จนครบ 14 ครั้ง

ในสถานบริการสุขภาพ มีการนำเทคนิคการทำสมาธิบำบัด SKT ไปใช้อย่างกว้างขวางครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ ทั้งที่นำมาใช้ในการเยียวยาสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและใช้ในการส่งเสริมป้องกัน ฟันฟูสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การทำสมาธิบำบัด SKT ส่วนใหญ่จะศึกษาเทคนิคที่ 1 มากที่สุด ประสิทธิภาพของการใช้สมาธิบำบัด SKT โดยรวมแล้ว มีผลการใช้นอนหลับ ลดการใช้จ่ายบรรเทาปวด ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ลดอาการท้องผูก ส่งเสริมการหายของแผล ลดการใช้จ่ายแก้หืดหอบ หายใจได้ดีขึ้น ลดความอยากบุหรี่ ไม่หงุดหงิด (กองการแพทย์ทางเลือก, 2563)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 เนื่องจากเป็นเทคนิคเหมาะสมกับพยาธิสภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง เป็นการทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจร่วมกับการยืดเหยียดของกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ทั้งในท่านอน ท่านั่ง และทำยืน โดยมีกลไกการบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัด ดังนี้

สมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 “ยื่นผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต” เป็นวิธีกำหนดสมาธิให้อยู่ที่ลมหายใจร่วมกับการยืดเหยียดของกล้ามเนื้อ ทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย และการเบี่ยงเบนความสนใจจะลดการรับรู้ต่อความปวด (Dinis & Sousa, 2023) เมื่อร่างกายเกิดการผ่อนคลายจะทำให้ร่างกายหลังสารเอนดอร์ฟิน และการเบี่ยงเบนความสนใจจะมีผลต่อสมองส่วนเทมโพรอล (Temporal lobe) ส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นระบบลิมบิก (Limbic system) ต่อมใต้สมองและไฮโปทาลามัส เกิดการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน ซึ่งสารนี้จะส่งมาที่ไขสันหลังในส่วนดอร์ซอลอรัล และไปทำปฏิกิริยากับเซลล์ประสาทที่ไขสันหลัง คือ โอปิออยด์ รีเซพเตอร์ ทำให้หยุดการส่งสัญญาณความปวดขึ้นไปที่สมอง ทำให้ความปวดของผู้ป่วยลดลง (Kaiser & Behrens, 2021) อีกทั้งเทคนิคการหายใจในการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ยังเป็นวิธีการหายใจแบบเป่าปาก (Pursed-lips breathing) ทำให้มีการหายใจช้าและลึก เพิ่มระยะเวลาของการหายใจให้ยาวนานขึ้น ลดการคงค้างของอากาศภายในถุงลม เพิ่มการระบายอากาศและเกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมได้ดีขึ้น ส่งผลให้ออกซิเจนในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นและส่งไปยังเซลล์บริเวณแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น เซลล์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ลดการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้ไม่มีกรดแลคติกมากระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด ทำให้ความปวดลดลง (Kim et al., 2007; สุพรรณษา จิตรสม และคณะ, 2565) และเมื่อร่างกายมีการเคลื่อนไหวร่างกายจะกระตุ้นตัวรับรู้อาหารในระบบประสาททางเดินอาหาร กระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ส่งสัญญาณไปยังเส้นประสาทเวกัส เพิ่มการทำหน้าที่ของหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ส่วนบน และส่งสัญญาณไปยังเส้นประสาทเพลวิก เพิ่มการกระตุ้นลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง ไส้ตรง และทวารหนัก ช่วยให้ระบบทางเดินอาหารฟื้นตัวกลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น (Tobias & Sadiq, 2022; Willner et al., 2023)

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องจะมีความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัด จากกลไกการทำสมาธิบำบัด SKT จะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารเอนดอร์ฟินเพื่อควบคุมความปวด และการยืดเหยียดของกล้ามเนื้อจะกระตุ้นเส้นประสาทเวกัสและเส้นประสาทเพลวิก ส่งเสริมการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้ทั้งในท่านอน ท่านั่ง และทำยืน และสามารถทำได้ทันทีหลังกลับจากห้องผ่าตัด ทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ผู้วิจัยจึงได้นำการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 มาใช้ในการบรรเทาความปวดและลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง

#### 2.4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมาธิบำบัด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมาธิในการรักษาโรคนั้นมีอยู่มากทั้งในประเทศและต่างประเทศ การศึกษาส่วนใหญ่เน้นการทำสมาธิการด้วยเจริญสติเพื่อส่งผลในการรักษาโรคต่าง ๆ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น คลายเครียด ค่าความดันโลหิตลดลง น้ำตาลในเลือดลดลง แต่การศึกษการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ส่วนใหญ่มีเฉพาะในประเทศไทยเพราะเป็นการทำสมาธิบำบัดแบบมีท่าลีลาพิธีเป็นที่รู้จักในศาสตร์แพทย์ทางเลือกที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค โดยใช้ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยทางแพทย์แผนปัจจุบัน การศึกษการทำสมาธิบำบัด SKT ที่พบในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่จะศึกษาผลที่ใช้ในการลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่การศึกษาเกี่ยวกับผลการบรรเทาความปวดในคนไข้หลังผ่าตัดยังมีจำนวนน้อยหรือใช้โดยอ้อม และยังไม่มีการประยุกต์ใช้การทำสมาธิบำบัด SKT ในการจัดการอาการท้องอืดหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจะนำเสนอในส่วนที่เป็นการศึกษาใหม่ ๆ ที่เป็นตัวอย่างน่าสนใจที่จะทำการศึกษาต่อพอสังเขป ดังนี้

จิราภรณ์ พงษ์สุน และคณะ (2560) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression กับการจัดการความปวดแบบเดิม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับนวัตกรรมฯ ประกอบด้วย การประเมินความปวด การจัดทำเพื่อให้กล้ามเนื้อส่วนที่ผ่าตัดไม่ตึงตัว การผ่อนคลายโดยการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 1 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อผ่อนคลาย และการดูแลอย่างนุ่มนวลและให้กำลังใจ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความปวดในระยะ 2 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จำเนียร คงประพันธ์ และคณะ (2566) ศึกษาผลของสมาธิบำบัด SKT 1, 8 ต่อระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมดลูก/รังไข่ หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร์ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูก/รังไข่ จากหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร์ แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 1, 8 วันก่อนผ่าตัด 1 ครั้ง วันผ่าตัดช่วงเช้า 1 ครั้ง ช่วงเย็น 1 ครั้ง และเช้าวันที่ 1 ของการผ่าตัด 1 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 มีระดับความปวดลดลงแตกต่างกันเมื่อออกจากห้องผ่าตัด, 18 และ 24 ชั่วโมง หลังออกจากห้องผ่าตัด แต่ไม่แตกต่างกันใน 6 และ 12 ชั่วโมงหลังออกจากห้องผ่าตัด

Weston et al. (2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเจริญสติและความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง กลุ่มตัวอย่าง 126 ราย ได้รับการวาง

แผนการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดมดลูกแบบส่องกล้อง ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามสถิติห้าด้าน (FFMQ) ประเมินในวันที่มาตรวจตามนัดก่อนผ่าตัด และประเมินความปวดและการใช้ยาโอปิออยด์ในการนัดตรวจหลังผ่าตัดที่ 1-2 สัปดาห์ และ 4-6 สัปดาห์ พบว่า ค่าคะแนนการมีสถิติห้าด้านที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความปวดหลังผ่าตัดที่ลดลง แสดงให้เห็นว่า การทำสมาธิบำบัดด้วยการเจริญสติก่อนการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ความปวดที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด รวมถึงคะแนนความปวดที่ลดลง

Reynolds and Jahromi (2022) ศึกษาการใช้สมาธิบำบัดที่มุ่งเน้นการเจริญสติและการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริกหลังการผ่าตัด เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิมาณ ค้นหาจากฐานข้อมูล PubMed และ Cochrane ใช้คำค้นผสมกัน มีการศึกษา 39 เรื่องที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก พบว่า การใช้สมาธิบำบัดที่มุ่งเน้นการเจริญสติมีผลกระทบเชิงบวกต่อการบรรเทาความปวดและการทำงานทางกายภาพ ในขณะที่การฝึกออกกำลังกายแบบไอโซเมตริกส่งผลเชิงบวกต่อการทำงานทางกายภาพและประโยชน์อื่น ๆ รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและการลดการใช้ยาโอปิออยด์หลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาข้างต้น พบว่า การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT มีหลักฐานที่เชื่อถือได้ว่ามีผลดีต่อการเยียวยาสุขภาพ และบรรเทาความปวดได้ ตัวอย่างการศึกษาในต่างประเทศ Reynolds and Jahromi (2022) ไม่ใช้สมาธิบำบัด SKT โดยตรง แต่ใช้วิธีสมาธิบำบัดที่มุ่งเน้นการเจริญสติและการฝึกออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก ซึ่งเป็นวิธีการที่มีการปฏิบัติไปในลักษณะเดียวกับสมาธิ SKT เทคนิคที่ 2 พบว่า สามารถบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด ส่งผลเชิงบวกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและลดการใช้ยาโอปิออยด์หลังผ่าตัด สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีผลการศึกษาผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดทั้งแบบเฉียบพลันและปวดเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า สามารถบรรเทาความปวด ลดความวิตกกังวล ส่งเสริมการทำงานของระบบทางเดินอาหาร และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายบรรเทาความปวดส่วนใหญ่ศึกษาในระยะ 1-3 วันหลังผ่าตัด และเริ่มการทดลองในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ยกตัวอย่างการศึกษาของ Devi & Saharia (2017) ศึกษาผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง ศึกษาในระยะวันที่ 1-3 วันหลังผ่าตัด ให้กิจกรรมการทดลองวันละ 1 ครั้ง วัตก่อนและหลังการทดลอง พบว่า เทคนิคการผ่อนคลายมีผลต่อการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Rady et al. (2020) ศึกษาผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อความปวดหลังผ่าตัดและคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยศึกษาในระยะวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด เริ่มให้กิจกรรมการทดลองในเช้าวันที่ 1 หลังผ่าตัด ให้การทดลอง 3 ครั้ง/วัน ได้แก่ ตอนเช้า ตอนเย็น และตอนเที่ยงคืน พบว่า เทคนิคการผ่อนคลายมีผลต่อการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Ju et al. (2019) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยการผ่อนคลายสำหรับการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาในระยะ 1-3 วันหลังผ่าตัด ให้กิจกรรมการทดลอง 1 ครั้ง/วัน, 2 ครั้ง/วัน และ 3 ครั้ง/วัน ซึ่งพบว่า การศึกษาเทคนิคการผ่อนคลายทุกเรื่องมีผลต่อการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การให้เทคนิคการผ่อนคลาย 1 ครั้ง/วัน, 2 ครั้ง/วัน และ 3 ครั้ง/วัน สามารถบรรเทาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้ และงานวิจัยเกี่ยวกับการลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด จากการศึกษาของสุ

นินสา เกยสันเทียะ และคณะ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดศึกษาในระยะวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด โดยให้กิจกรรมการทดลองวันละ 2 ครั้ง ระหว่างเวลา 05.30-07.30 น. และ 17.00-19.00 น. พบว่า คะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสโรชา สุภาธาดา และคณะ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดศึกษาในระยะวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด โดยให้กิจกรรมควบคุมความปวดและการเคลื่อนไหวเร็วหลังผ่าตัดวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและช่วงเย็น พบว่า กลุ่มทดลองมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Tazreean et al. (2022) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น โดยได้บททวนงานวิจัยในปัจจุบัน พบว่า แนวทางการปฏิบัติส่วนใหญ่แนะนำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และผู้ป่วยควรได้รับการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายตั้งแต่วันที่ 1 หลังผ่าตัด เช่น นั่งตัวตรง การย้ายจากเตียงไปนั่งเก้าอี้ การลุกยืน การออกกำลังกายบนเตียงหรือข้างเตียง และการลุกเดิน เป็นต้น

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา มีการศึกษาวิธีการบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดหลายวิธีด้วยกัน และศึกษาในระยะวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาจะเน้นการจัดการอาการหลังผ่าตัดเพียงอาการใดอาการหนึ่งเท่านั้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษานำร่องผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนอกจากมีความปวดแผลผ่าตัดแล้ว ยังมีความไม่สุขสบายจากอาการท้องอืด ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลซึ่งกันและกัน และมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้วย ทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการศึกษาวิธีการบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การทำสมาธิบำบัด จะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารเอนดอร์ฟิน สามารถบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดได้ และการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดสามารถลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด ในประเทศไทยมีการทำสมาธิบำบัด SKT ซึ่งการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 เป็นการทำสมาธิด้วยการกำหนดลมหายใจร่วมกับการยืดเหยียดของกล้ามเนื้อ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง ประยุกต์ใช้การทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 มุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วหลังผ่าตัดร่วมกับการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยทำสมาธิบำบัด SKT ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด เพื่อนำผลการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนากิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องและผู้ป่วยหลังผ่าตัดอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) มีรูปแบบการวิจัยดังต่อไปนี้

| กำหนดให้          | กลุ่มทดลอง (E) |   |                   |                   |
|-------------------|----------------|---|-------------------|-------------------|
|                   | R              | O <sub>1(E)</sub>   | X                 | O <sub>2(E)</sub> |
|                   |                | กลุ่มควบคุม (C)   |                   |                   |
|                   |                | R   | O <sub>1(C)</sub> | O <sub>2(C)</sub> |
| X                 | =              | การทำสมาธิบำบัด SKT   |                   |                   |
| R                 | =              | การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุม                    |                   |                   |
| O <sub>1(E)</sub> | =              | ความปวดและอาการท้องอืดของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT |                   |                   |
| O <sub>2(E)</sub> | =              | ความปวดและอาการท้องอืดของกลุ่มทดลอง หลังได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT |                   |                   |
| O <sub>1(C)</sub> | =              | ความปวดและอาการท้องอืดของกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ   |                   |                   |
| O <sub>2(C)</sub> | =              | ความปวดและอาการท้องอืดของกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ   |                   |                   |

#### 3.2 ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.2.1 ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

##### 3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยางตลาด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

##### 1) เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1.1) ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง (Open appendectomy) ร่วมกับได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

1.2) ผู้ป่วยที่มีระดับค่า Potassium อยู่ในเกณฑ์ปกติ (3.5-4.5 mmol/L)

1.3) ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกรู้ตัวดี เข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

1.4) ผู้ป่วยที่สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## 2) เกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

2.1) ผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาเปลี่ยนแผนการรักษาให้ผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic appendectomy) หรือได้รับการฉีดยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Spinal block) หรือได้รับการวินิจฉัยเป็นไส้ติ่งแตก (Rupture appendicitis) ภายหลังเข้าร่วมการวิจัย

2.2) เป็นผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัด เช่น การเกิดภาวะช็อค การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจภายหลังการผ่าตัด ระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือมีอาการสับสนใน 1-3 วันหลังผ่าตัด

2.3) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

## 3) เกณฑ์การถอนตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal criteria)

3.1) ผู้ป่วยขอยุติการเข้าร่วมวิจัยระหว่างการทำวิจัย ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม

### 3.2.3 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power เวอร์ชัน 3.1 ใช้ค่าเฉลี่ยของตัวแปรจากงานวิจัยที่คล้ายกับการศึกษาครั้งนี้ คือ การศึกษาของ เยาวลักษณ์ หอมวิเศษวงศา และ จิราภรณ์ ชวนรัมย์ (2562) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความปวดหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการฝึกเทคนิคผ่อนคลายที่ใช้การฝึกหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง กลุ่มควบคุมมีค่า mean = 8.00, SD. = 1.64 กลุ่มทดลองมีค่า mean = 6.13, SD. = 1.33 คำนวณโดยใช้สถิติ t-test เลือก One tail คำนวณค่าอิทธิพล (Effect size) ได้เท่ากับ 1.25 แล้วยนำมาคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจทดสอบเท่ากับ .95 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันอัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทำวิจัย (Polit & Beck, 2022) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 17 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน

### 3.2.4 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงจะจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Selection without replacement) เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมต้องไม่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเดียวกันในช่วงเวลาเดียวกัน

## 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และสิทธิการรักษา และ

จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ ประสบการณ์การผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด ขนาดของแผลผ่าตัด ยาบรรเทาความปวดที่ได้รับก่อนผ่าตัด ชนิดและจำนวนครั้งในการใช้ยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัด เป็นต้น

2) แบบบันทึกคะแนนความปวดแผลผ่าตัด ใช้มาตรวัดระดับความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS) ของ McCaffery and Beebe (1993) เป็นเครื่องมือในการประเมินความปวด โดยมาตรวัดแบ่งเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 คะแนน หมายถึงปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ (McCaffery et al., 2011) การแปลความหมายของความปวดมีดังนี้

|      |       |         |              |
|------|-------|---------|--------------|
| 0    | คะแนน | หมายถึง | ไม่มีความปวด |
| 1-3  | คะแนน | หมายถึง | ปวดเล็กน้อย  |
| 4-6  | คะแนน | หมายถึง | ปวดปานกลาง   |
| 7-10 | คะแนน | หมายถึง | ปวดมาก       |

3) แบบประเมินอาการท้องอืด ใช้แบบประเมินอาการท้องอืดของ หนูเพียร์ ซาทองยศ (2550) ที่สร้างขึ้นมาเพื่อใช้ในการศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิวไนต์ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ดังต่อไปนี้

3.1) เกณฑ์การประเมินความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง ประเมินเกณฑ์การประเมินความรู้สึกปวดแน่นอึดอัดท้อง โดยให้ผู้ป่วยบอกคะแนนตามความรุนแรงของความรู้สึกปวดแน่นอึดอัดท้องในขณะนั้น แยกจากความปวดจากแผลผ่าตัด ใช้เครื่องมือประเมินแบบ Verbal numerical rating scale บอกคะแนนความไม่ปวดแน่นอึดอัดท้อง ถึงปวดแน่นอึดอัดท้องมาก ตามเกณฑ์คะแนน 0-10 คะแนน

- คะแนน 8-10 หมายถึง ปวดแน่นอึดอัดท้องมาก เท่ากับ 4 คะแนน
- คะแนน 5-7 หมายถึง ปวดแน่นอึดอัดท้องปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน
- คะแนน 2-4 หมายถึง ปวดแน่นอึดอัดท้องน้อย เท่ากับ 2 คะแนน
- คะแนน 0-1 หมายถึง ไม่ปวดแน่นอึดอัดท้อง เท่ากับ 1 คะแนน

3.2) เกณฑ์การประเมินการเรอ ทำการประเมินโดยสอบถามผู้ป่วย ตามจำนวนครั้งของการเรอ ใน 4 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- ไม่มีการเรอ ใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 4 คะแนน
- มีการเรอ 1 ครั้งใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 3 คะแนน
- มีการเรอ 2 ครั้งใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 2 คะแนน
- มีการเรอ 3 ครั้งขึ้นไปใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 1 คะแนน

3.3) เกณฑ์การประเมินการผายลม ทำการประเมินโดยการสอบถามผู้ป่วย ตามจำนวนครั้งของการผายลม ใน 4 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- ไม่มีการผายลม ใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 4 คะแนน
- มีการผายลม 1 ครั้งใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 3 คะแนน
- มีการผายลม 2 ครั้งใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 2 คะแนน
- มีการผายลม 3 ครั้งขึ้นไปใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 1 คะแนน

3.4) เกณฑ์การประเมินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ประเมินจากการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้บริเวณหน้าท้องในส่วนต่างๆ 4 ตำแหน่ง โดยเริ่มจากบริเวณใต้ระดับสะดือด้านขวา เหนือระดับสะดือด้านขวา เหนือระดับสะดือด้านซ้าย และใต้ระดับสะดือด้านซ้ายตามลำดับ โดยฟังตำแหน่งละ 1 นาที รวม 4 นาที หลังจากนั้นคำนวณอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้เป็นจำนวนครั้งต่อนาที ซึ่งการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง (Stethoscope) อันเดียวกันในการประเมินผู้ป่วยทุกครั้ง และใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง (Stethoscope) อันเดียวกันในการประเมินผู้ป่วยทุกราย แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- |   |                 |
|---|-----------------|
| - ไม่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้                | เท่ากับ 4 คะแนน |
| - มีการเคลื่อนไหวลำไส้น้อยกว่า 3 ครั้ง/นาที | เท่ากับ 3 คะแนน |
| - มีการเคลื่อนไหวลำไส้ 3-5 ครั้ง/นาที       | เท่ากับ 2 คะแนน |
| - มีการเคลื่อนไหวลำไส้มากกว่า 5 ครั้ง/นาที  | เท่ากับ 1 คะแนน |

3.5) เกณฑ์การประเมินขนาดเส้นรอบวงของรอบท้องระดับสะดือ ประเมินได้จากการใช้สายวัดรอบท้อง โดยวัดผ่านระดับสะดือ ภายหลังจากผู้ป่วยหายใจออกเต็มที่ แล้วกลั้นไว้เพื่อตรวจสอบอาการท้องอืด โดยเปรียบเทียบกับเส้นรอบวงของรอบท้องตามปกติของผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- |                                  |                 |
|----------------------------------|-----------------|
| - เพิ่มจากปกติ > 6.1 เซนติเมตร   | เท่ากับ 4 คะแนน |
| - เพิ่มจากปกติ 4.1-6.0 เซนติเมตร | เท่ากับ 3 คะแนน |
| - เพิ่มจากปกติ 2.1-4.0 เซนติเมตร | เท่ากับ 2 คะแนน |
| - เพิ่มจากปกติ < 2.0 เซนติเมตร   | เท่ากับ 1 คะแนน |

การแปลความหมายของอาการท้องอืดมีดังนี้

นำผลของการประเมินอาการท้องอืดทั้ง 5 เกณฑ์ โดยนำคะแนนมารวมกัน แบ่งระดับของอาการท้องอืดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- |                            |       |         |                        |
|----------------------------|-------|---------|------------------------|
| - น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5    | คะแนน | เท่ากับ | ไม่มีอาการท้องอืด      |
| - คะแนนระหว่าง 5.01-10.00  | คะแนน | เท่ากับ | มีอาการท้องอืดเล็กน้อย |
| - คะแนนระหว่าง 10.01-15.00 | คะแนน | เท่ากับ | มีอาการท้องอืดปานกลาง  |
| - คะแนนระหว่าง 15.01-20.00 | คะแนน | เท่ากับ | มีอาการท้องอืดมาก      |

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1) แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการทำสมาธิบำบัด SKT ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 มีทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้วัน เวลา สถานที่
2. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที
3. อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-24 ครั้ง/นาที
4. ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ระหว่าง 90-140 mmHg และขณะหัวใจคลายตัวอยู่ระหว่าง 60-90 mmHg
5. ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

## 6. ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด

ถ้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติข้อใดข้อหนึ่ง ผู้วิจัยจะงดทำสมาธิบำบัด SKT และจะประเมินความพร้อมอีกครั้งในช่วงเวลาถัดไป

2) แบบประเมินระดับความสามารถผู้ป่วยในการทำสมาธิบำบัด SKT ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินผู้ป่วยในการทำสมาธิบำบัด SKT ในท่านอน ท่านั่ง หรือทำยืน ตามระดับความสามารถผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 นอน ผู้ป่วยมีอาการ/สัญญาณชีพคงที่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถนั่ง/ยืนได้

ระดับที่ 2 นั่ง ผู้ป่วยมีอาการ/สัญญาณชีพคงที่ นั่งบนเตียงได้ ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ แต่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถลุกยืนได้

ระดับที่ 3 ยืน ผู้ป่วยมีอาการ/สัญญาณชีพคงที่ สามารถลุกยืนข้างเตียงได้ ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ Motor power grade 5

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) การทำสมาธิบำบัด ประยุกต์ใช้แนวคิดของ สมพร กันทรดุष्ฎี-เตรียมชัยศรี เลือกการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างทำสมาธิบำบัด SKT ในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัดได้ตั้งแบบเปิดหน้าต่าง มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1. ยืนตรงในท่าที่สบาย สวมหรือไม่สวมรองเท้าก็ได้ แยกเท้าห่างเท่ากับช่วงไหล่ ถ้าสวมรองเท้าต้องเป็นรองเท้าแบน ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ

2. ค่อย ๆ ชูมือขึ้นเหนือศีรษะ ฝ่ามือสองข้างประกบกัน ต้นแขนแนบศีรษะ

3. สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้งถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30 รอบ แล้วค่อย ๆ ลืมตาขึ้นช้า ๆ

4. ค่อยแยกฝ่ามือออกจากกันช้า ๆ แขนตรงและเหยียด ในท่าหายใจฝ่ามือ ค่อย ๆ ลดระดับมือลงพร้อมกับลดระดับแขนที่ยืดเหยียดและมือลงไป 1 จังหวะนับ 1 ลดระดับแขนที่ยืดเหยียดและมือลงไปอีก 1 จังหวะนับ 2 ค่อย ๆ ลดมือลงช้า ๆ พร้อมกับนับจังหวะไปเรื่อย ๆ จนถึง 30 ระดับ มือลดลงมาระดับต้นขาพอดี คว่าฝ่ามือชิดต้นขา ขยับมือและขา เท้า เล็กน้อยในท่านั่งตรง

5. สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถยืนได้ สามารถฝึกในท่านั่งหรือนอนได้

## 3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

### 3.4.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำขั้นตอนในการทำสมาธิบำบัด SKT และเครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการฝึกสมาธิบำบัด SKT แบบประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำสมาธิบำบัด SKT และสื่อที่ใช้ประกอบการทำวิจัย เสนอผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษาถูกต้อง ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรม 1 ท่าน
- อาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรม 2 ท่าน

- ผู้มีความเชี่ยวชาญเรื่องสมาธิบำบัด SKT 1 ท่าน
- พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลศัลยศาสตร์ 1 ท่าน

### 3.4.2 การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความปวดมาตรวัดตัวเลขและแบบประเมินอาการท้องอืดไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย โดยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest for reliability) วัดความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัดห่างกัน 15 นาที หลังจากนั้นนำคะแนนความปวดและอาการท้องอืดจากการวัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 หาความสัมพันธ์ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) พบว่า แบบประเมินความปวดมาตรวัดตัวเลข ได้ค่า  $r = .89$  และแบบประเมินอาการท้องอืด ได้ค่า  $r = .87$  แสดงว่าแบบประเมินความปวดมาตรวัดตัวเลขและแบบประเมินอาการท้องอืดมีความเที่ยง

## 3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 3.5.1 ระยะเตรียมการ

- 1) ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคนบติบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด เพื่อขออนุญาตและขอข้อมูลวิจัย
- 2) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยใน เพื่อขออนุญาตและขั้นตอนการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจึงเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

### 3.5.2 ขั้นตอนการวิจัย

- 1) ทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง บนหอผู้ป่วยใน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด
- 2) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ที่หอผู้ป่วยใน อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่
- 3) กลุ่มทดลองจะได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และจะได้รับการประเมินความปวดและอาการอืดในช่วงเวลาใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ดังนี้

#### 1) กลุ่มควบคุม

##### 1.1) ก่อนผ่าตัด

1.1.1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1.1.2) ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนและวิธีการประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนและหลังการทดลอง

##### 1.2) หลังผ่าตัด (วันที่ 1-3 หลังผ่าตัด) มีขั้นตอนดังนี้

1.2.1) วันที่ 1 หลังผ่าตัด เวลา 06.00 น. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.2.2) ให้การพยาบาลตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ในระยะวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด

1.2.3) วันที่ 3 หลังผ่าตัด เวลา 06.00 น. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมสอบถามความสบาย และประเมินความปวดและอาการท้องอืดหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.2.4) หลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจะสอนและฝึกให้กลุ่มควบคุมทำสมาธิบำบัด SKT เพื่อให้ได้รับประโยชน์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมมีอิสระในการตัดสินใจจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการฝึกสมาธิบำบัดดังกล่าว

## 2) กลุ่มทดลอง

### 2.1) ก่อนผ่าตัด

2.1.1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2.1.2) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการผ่าตัด ผลข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึก ความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัด อธิบายให้ทราบถึงการทำสมาธิบำบัด SKT ตามสภาพของผู้ป่วยในแต่ละระดับ สอนให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทำสมาธิบำบัด SKT พร้อมให้สื่อที่ใช้ประกอบการทำวิจัย เป็นโปสเตอร์การทำสมาธิบำบัด SKT เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนซ้ำและอธิบายให้ทราบถึงการทำสมาธิบำบัด SKT ทั้งหมด 5 ครั้ง ได้แก่

- ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 หลังผ่าตัด เวลา 06.00 น.)
- ครั้งที่ 2 (วันที่ 1 หลังผ่าตัด เวลา 17.00 น.)
- ครั้งที่ 3 (วันที่ 2 หลังผ่าตัด เวลา 06.00 น.)
- ครั้งที่ 4 (วันที่ 2 หลังผ่าตัด เวลา 17.00 น.)
- ครั้งที่ 5 (วันที่ 3 หลังผ่าตัด เวลา 06.00 น.)

2.2) การทำสมาธิบำบัด SKT ครั้งที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 (วันที่ 1-3 หลังผ่าตัด) มีขั้นตอนดังนี้

2.2.1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT

2.2.2) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการทำสมาธิบำบัด SKT ถ้าพบว่าผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อมก่อนเริ่มทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 ผู้วิจัยจะงดทำการทดลอง และประเมินซ้ำอีกครั้งในการเข้าพบกลุ่มทดลองครั้งถัดไป

2.2.3) หากกลุ่มตัวอย่างผ่านการประเมินความพร้อมก่อนเริ่มการทำสมาธิบำบัด SKT ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยจะประเมินความสามารถในการทำสมาธิบำบัด SKT ของผู้ป่วยแบ่งตามลำดับ ดังนี้

- ระดับที่ 1 นอนบนเตียง อาการ/สัญญาณชีพคงที่ ไม่สามารถนั่งและยืนได้
- ระดับที่ 2 นั่งบนเตียง อาการ/สัญญาณชีพคงที่ นั่งบนเตียงได้แต่ไม่สามารถลุกยืนได้
- ระดับที่ 3 ยืน อาการ/สัญญาณชีพคงที่ สามารถลุกยืนข้างเตียงได้ ไม่มีอาการหน้ามืด เวียน

ศีรษะ Motor power grade 5

2.2.5) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ แขนงป้ายห้ามรบกวน อธิบายให้ญาติและผู้มาเยี่ยมรับทราบไม่ให้รบกวนผู้ป่วยขณะทำสมาธิบำบัด SKT

2.2.6) จัดท่าทางให้สุขสบาย ดูแลความสุขสบายก่อนการทำสมาธิบำบัด SKT เช่น ดูแลขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น

2.2.7) ให้กลุ่มตัวอย่างทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 ในท่านอน ท่านั่ง หรือทำยืน ตามความพร้อมในแต่ละระดับ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ยืนตรงในท่าที่สบาย สวมหรือไม่สวมรองเท้าก็ได้ แยกเท้าห่างเท่ากับช่วงไหล่ ถ้าสวมรองเท้าต้องเป็นรองเท้าแบน ค่อยๆหลับตาลงช้า ๆ

2) ค่อย ๆ ชูมือขึ้นเหนือศีรษะ ฝ่ามือสองข้างประกบกัน ต้นแขนแนบศีรษะ

3) สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกจากปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้งถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30 รอบ แล้วค่อย ๆ ลืมตาขึ้นช้า ๆ

4) ค่อยแยกฝ่ามือออกจากกันช้า ๆ แขนตรงและเหยียด ในท่าหงายฝ่ามือ ค่อย ๆ ลดระดับมือลงพร้อมกับลดระดับแขนที่ยืดเหยียดและมือลงไป 1 จังหวะนับ 1 ลดระดับแขนที่ยืดเหยียดและมือลงไปอีก 1 จังหวะนับ 2 ค่อย ๆ ลดมือลงช้า ๆ พร้อมกับนับจังหวะไปเรื่อย ๆ จนถึง 30 ระดับมือลดลงมาระดับต้นขาพอดี คว่าฝ่ามือชิดต้นขา ขยับมือและขา เท้า เล็กน้อยในท่ายืนตรง

5) ถ้าทำในท่านั่ง ต้องนั่งหลังตรง แล้วค่อย ๆ ยกมือขึ้น ฝ่ามือประกบกัน และฝึกเช่นเดียวกับทำยืน

6) ถ้าทำในท่านอน ต้นแขนสองข้างต้องแนบใบหู ฝ่ามือที่ประกบกันต้องไม่ปล่อยลดไปถึงระดับพื้น หลังฝึกครบ 30 รอบ ให้ลดระดับแขนลงโดยต้องทำช้า ๆ ค่อย ๆ ลดแขนลง ข้อศอกพับและค่อย ๆ ลดมือลงจนถึงต้นขา นับ 1-30 จังหวะเช่นเดียวกับทำยืนหรือท่านั่ง

2.2.8) วันที่ 3 หลังผ่าตัด เมื่อกลุ่มทดลองทำการทดลองครบ 5 ครั้งแล้ว ผู้วิจัยจะซักถามความสุขสบาย ประเมินความปวดและอาการท้องอืดหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT

### 3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงประเด็น 3 ด้าน คือ 1) หลักความเคารพในมนุษย์ (Respect for person) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยจะอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจอย่างอิสระ

การไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวขณะร่วมวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการได้รับการรักษาทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวม นำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความพร้อมก่อนเริ่มทำการวิจัยทุกครั้ง ขณะดำเนินงานวิจัยถ้าพบอาการผิดปกติจะหยุดการวิจัยและให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และรายงานพยาบาลบนหอผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป และหลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจะสอนและฝึกให้กลุ่มควบคุมทำสมาธิบำบัด SKT เพื่อให้ได้รับประโยชน์เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมมีอิสระที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการฝึกสมาธิบำบัดดังกล่าวก็ได้ และ 3) หลักความยุติธรรม (Justice) กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโอกาสที่จะได้รับเลือกให้เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยมีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้า/ออก และเกณฑ์การถอนตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistics package for social sciences (SPSS) เวอร์ชัน 29.0 และแยกแยะวิเคราะห์ ตามลำดับดังนี้

3.7.1 วิเคราะห์จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ประสพการณ์การผ่าตัด และยาบรรเทาความปวดที่ได้รับก่อนผ่าตัด

3.7.2 วิเคราะห์จำนวน, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด และขนาดของแผลผ่าตัด

3.7.3 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามชนิดและจำนวนครั้งในการใช้ยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัด

3.7.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ประสพการณ์การผ่าตัด และยาบรรเทาปวดที่ได้รับก่อนผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher exact test)

3.7.5 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด ขนาดของแผลผ่าตัด ชนิดและจำนวนครั้งในการใช้ยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที (Independent t-test)

3.7.6 วิเคราะห์จำนวนและร้อยละของระดับความปวดและระดับอาการท้องอืดหลังผ่าตัด และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดและคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดและคะแนนอาการท้องอืดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากเมื่อตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลของความปวดและอาการท้องอืดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า มีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ตารางที่ 1 สรุปขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

| ระยะเวลา                                | กลุ่มควบคุม   | กลุ่มทดลอง   |
|---|---|--|
| ก่อนผ่าตัด                              | 1. เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง<br>2. ชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย<br>วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการ<br>พิกัดสิทธิ์ | 1. เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง<br>2. ชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย วัตถุประสงค์<br>ขั้นตอนการวิจัย และการพิกัดสิทธิ์<br>3. ผู้วิจัยให้ความรู้วิธีการผ่าตัด ผลข้างเคียง<br>จากยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย<br>ความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัด<br>4. อธิบายการทำสมาธิบำบัด และฝึกให้กลุ่ม<br>ตัวอย่างทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 |
| <b>วันที่ 1 หลังผ่าตัด</b>              |   |  |
| การทดลอง<br>ครั้งที่ 1<br>เวลา 06.00 น. | ประเมินความปวดและอาการท้องอืด<br><b>ก่อนการทดลอง</b>  | ประเมินความปวดและอาการท้องอืด<br><b>ก่อนการทดลอง</b>   |
|   | ได้รับการพยาบาลตามปกติ  | ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT<br>และการพยาบาลตามปกติ   |
| การทดลอง<br>ครั้งที่ 2<br>เวลา 17.00 น. | ได้รับการพยาบาลตามปกติ  | ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT<br>และการพยาบาลตามปกติ   |
| <b>วันที่ 2 หลังผ่าตัด</b>              |   |  |
| การทดลอง<br>ครั้งที่ 3<br>เวลา 06.00 น. | ได้รับการพยาบาลตามปกติ  | ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT<br>และการพยาบาลตามปกติ   |
| การทดลอง<br>ครั้งที่ 4<br>เวลา 17.00 น. | ได้รับการพยาบาลตามปกติ  | ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT<br>และการพยาบาลตามปกติ   |
| <b>วันที่ 3 หลังผ่าตัด</b>              |   |  |
| การทดลอง<br>ครั้งที่ 5<br>เวลา 06.00 น. | ได้รับการพยาบาลตามปกติ  | ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT<br>และการพยาบาลตามปกติ   |
|   | ประเมินความปวดและอาการท้องอืด<br><b>หลังการทดลอง</b>  | ประเมินความปวดและอาการท้องอืด<br><b>หลังการทดลอง</b>   |

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย และการอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

- 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา
- 4.2 ข้อมูลความปวดของกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง
- 4.3 ข้อมูลอาการท้องอืดของกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง
- 4.4 การอภิปรายผลการวิจัย

#### 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ประสบการณ์การผ่าตัด ยาบรรเทาปวดที่ได้รับก่อนผ่าตัด และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher exact test)

| ลักษณะของข้อมูล    | กลุ่มทดลอง<br>(n = 17)     |        | กลุ่มควบคุม<br>(n = 17)    |        | p -value           |
|--------------------|----------------------------|--------|----------------------------|--------|--------------------|
|                    | จำนวน                      | ร้อยละ | จำนวน                      | ร้อยละ |                    |
| <b>เพศ</b>         |                            |        |                            |        |                    |
| ชาย                | 11                         | 64.71  | 8                          | 47.06  | .300 <sup>C</sup>  |
| หญิง               | 6                          | 35.29  | 9                          | 52.94  |                    |
| <b>อายุ</b>        | (Mean = 45.71, SD = 22.26) |        | (Mean = 37.06, SD = 19.30) |        |                    |
| 18-40 ปี           | 11                         | 64.71  | 7                          | 41.18  | 0.464 <sup>F</sup> |
| 41-60 ปี           | 2                          | 11.76  | 4                          | 23.53  |                    |
| มากกว่า 60 ปี      | 4                          | 23.53  | 6                          | 35.29  |                    |
| <b>สถานภาพสมรส</b> |                            |        |                            |        |                    |
| โสด                | 7                          | 41.18  | 5                          | 29.41  | 0.493 <sup>F</sup> |
| สมรส               | 10                         | 58.82  | 10                         | 58.82  |                    |
| หย่า               | 0                          | 0      | 2                          | 11.76  |                    |

\*p < 0.05

<sup>C</sup> = Chi-square test

<sup>F</sup> = Fisher exact test

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ลักษณะของข้อมูล              | กลุ่มทดลอง<br>(n = 17) |        | กลุ่มควบคุม<br>(n = 17) |        | p -value           |
|------------------------------|------------------------|--------|-------------------------|--------|--------------------|
|                              | จำนวน                  | ร้อยละ | จำนวน                   | ร้อยละ |                    |
| <b>ศาสนา</b>                 |                        |        |                         |        |                    |
| พุทธ                         | 17                     | 100    | 17                      | 100    | -                  |
| <b>ระดับการศึกษา</b>         |                        |        |                         |        |                    |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ           | 2                      | 11.76  | 1                       | 5.88   | .294 <sup>F</sup>  |
| ประถมศึกษา                   | 5                      | 29.41  | 8                       | 47.06  |                    |
| มัธยมศึกษา                   | 5                      | 29.41  | 7                       | 41.18  |                    |
| ปริญญาตรี                    | 5                      | 29.41  | 1                       | 5.88   |                    |
| <b>อาชีพ</b>                 |                        |        |                         |        |                    |
| เกษตรกรกรรม                  | 6                      | 35.29  | 6                       | 35.29  | 1.000 <sup>F</sup> |
| ค้าขาย                       | 2                      | 11.76  | 2                       | 11.76  |                    |
| รับจ้างทั่วไป                | 4                      | 23.53  | 4                       | 23.53  |                    |
| นักเรียน/นักศึกษา            | 5                      | 29.41  | 4                       | 23.53  |                    |
| พนักงานบริษัท                | 0                      | 0      | 1                       | 5.88   |                    |
| <b>โรคประจำตัว</b>           |                        |        |                         |        |                    |
| ปฏิสเสธโรคประจำตัว           | 14                     | 82.35  | 13                      | 76.47  | .601 <sup>F</sup>  |
| โรคเบาหวาน                   | 2                      | 11.76  | 0                       | 0      |                    |
| โรคความดันโลหิตสูง           | 1                      | 5.88   | 2                       | 11.76  |                    |
| โรคไทรอยด์                   | 0                      | 0      | 1                       | 5.88   |                    |
| โรคเบาหวานและไตเรื้อรัง      | 0                      | 0      | 1                       | 5.88   |                    |
| <b>สิทธิการรักษา</b>         |                        |        |                         |        |                    |
| หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ     | 16                     | 94.12  | 12                      | 70.59  | .175 <sup>F</sup>  |
| ประกันสังคม                  | 0                      | 0      | 1                       | 5.88   |                    |
| สิทธิข้าราชการ               | 1                      | 5.88   | 4                       | 23.53  |                    |
| <b>ประสบการณ์การผ่าตัด</b>   |                        |        |                         |        |                    |
| ไม่มี                        | 17                     | 100    | 17                      | 100    | -                  |
| <b>ยาบรรเทาปวดก่อนผ่าตัด</b> |                        |        |                         |        |                    |
| ไม่มี                        | 17                     | 100    | 17                      | 100    | -                  |

\*p &lt; 0.05

<sup>C</sup> = Chi-square test<sup>F</sup> = Fisher exact test

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64.71 อายุเฉลี่ย 45.71 ปี (SD = 22.26) มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 58.82 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 29.41, 29.41 และ 29.41 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.29 ปฏิเสธโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 82.35 ใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คิดเป็นร้อยละ 94.12 ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 100 และไม่มีการใช้ยาบรรเทาความปวดก่อนผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.94 อายุเฉลี่ย 37.06 ปี (SD = 19.30) มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 58.82 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.06 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.29 ปฏิเสธโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 76.47 ใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คิดเป็นร้อยละ 70.59 ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 100 และไม่มีการใช้ยาบรรเทาความปวดก่อนผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 100

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ประสบการณ์การผ่าตัด และยาบรรเทาความปวดที่ได้รับก่อนผ่าตัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p > .05$ )

**ตารางที่ 3** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด และขนาดของแผลผ่าตัด เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติที (Independent t-test)

| ลักษณะของข้อมูล           | กลุ่มทดลอง              |      | กลุ่มควบคุม             |      | t    | p-value |
|---------------------------|-------------------------|------|-------------------------|------|------|---------|
|                           | Mean<br>(ต่ำสุด-สูงสุด) | SD   | Mean<br>(ต่ำสุด-สูงสุด) | SD   |      |         |
| ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด | 25.94<br>(11 - 35 นาที) | 8.32 | 24.12<br>(13 - 40 นาที) | 6.98 | .69  | .305    |
| ปริมาณการเสียเลือด        | 4.65<br>(3 - 7 ml)      | 1.32 | 4.47<br>(3 - 6 ml)      | 1.01 | -.44 | .408    |
| ขนาดของแผลผ่าตัด          | 4.82<br>(4 - 5 cm)      | 0.39 | 4.88<br>(4 - 6 cm)      | 0.60 | .34  | .304    |

\* $p < 0.05$

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 25.94 นาที (SD = 8.32) เสียเลือดขณะผ่าตัดเฉลี่ย 4.65 ml (SD = 1.32) และมีขนาดแผลผ่าตัดเฉลี่ย 4.82 เซนติเมตร (SD = 0.39) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 24.12 นาที (SD = 6.98) เสียเลือด

ขณะผ่าตัดเฉลี่ย 4.47 ml (SD = 1.01) และมีขนาดแผลผ่าตัดเฉลี่ย 4.88 เซนติเมตร (SD = 0.60) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะด้านระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด และขนาดของแผลผ่าตัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p > .05$ )

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามชนิด และจำนวนครั้งในการใช้ยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัด เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติที่ (Independent t-test)

| การได้รับยาบรรเทาปวดหลัง<br>ผ่าตัด (ครั้ง) | กลุ่มทดลอง |      | กลุ่มควบคุม |      | t    | p -<br>value |
|--|------------|------|-------------|------|------|--------------|
|  | Mean       | SD   | Mean        | SD   |      |              |
| <b>วันที่ 1 หลังผ่าตัด</b>                 |            |      |             |      |      |              |
| มอร์ฟีน (ชนิดฉีด)                          | 0.35       | 0.49 | 1.12        | 0.49 | 4.56 | <.001*       |
| พาราเซตามอล (ชนิดกิน)                      | 0.29       | 0.59 | 0.53        | 0.72 | 1.05 | .152         |
| <b>วันที่ 2 หลังผ่าตัด</b>                 |            |      |             |      |      |              |
| มอร์ฟีน (ชนิดฉีด)                          | 0.00       | 0.00 | 0.24        | 0.44 | 2.22 | .021*        |
| พาราเซตามอล (ชนิดกิน)                      | 0.18       | 0.39 | 0.65        | 0.70 | 2.41 | .011*        |
| <b>วันที่ 3 หลังผ่าตัด</b>                 |            |      |             |      |      |              |
| มอร์ฟีน (ชนิดฉีด)                          | 0.00       | 0.00 | 0.00        | 0.00 | -    | -            |
| พาราเซตามอล (ชนิดกิน)                      | 0.00       | 0.00 | 0.00        | 0.00 | -    | -            |

\* $p < 0.05$

จากตารางที่ 4 พบว่า

วันที่ 1 หลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการได้รับยามอร์ฟีน เท่ากับ 0.30 ครั้ง (SD = 0.49) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการได้รับยามอร์ฟีน เท่ากับ 1.12 ครั้ง (SD = 0.49) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการได้รับยามอร์ฟีนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 4.56, p < .05$ ) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการได้รับยาพาราเซตามอล เท่ากับ 0.29 ครั้ง (SD = 0.59) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการได้รับยาพาราเซตามอล เท่ากับ 0.53 ครั้ง (SD = 0.72) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p > .05$ )

วันที่ 2 หลังผ่าตัด กลุ่มทดลองไม่ได้รับยามอร์ฟีน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการได้รับยามอร์ฟีน เท่ากับ 0.24 ครั้ง (SD = 0.44) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการได้รับยามอร์ฟีนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.22, p < .05$ ) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการได้รับยาพาราเซตามอล เท่ากับ 0.18 ครั้ง (SD = 0.39) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย

จำนวนครั้งของการได้รับยาพาราเซตามอล เท่ากับ 0.65 ครั้ง (SD = 0.70) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการได้รับยาพาราเซตามอลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.41, p < .05$ ) ส่วนวันที่ 3 หลังผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้รับยาบรรเทาความปวด

#### 4.2 ข้อมูลความปวดของกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank test

| คะแนนความปวด | ก่อนทดลอง |      | หลังทดลอง |      | z                  | p-value |
|--------------|-----------|------|-----------|------|--------------------|---------|
|              | Mean      | SD   | Mean      | SD   |                    |         |
| กลุ่มทดลอง   | 5.94      | 0.66 | 1.12      | 0.33 | -3.69 <sup>b</sup> | <.001*  |
| กลุ่มควบคุม  | 5.71      | 0.92 | 2.59      | 0.62 | -3.66 <sup>b</sup> | <.001*  |

\* $p < 0.05$

b. Based on positive ranks.

จากตารางที่ 5 พบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.94 (ปวดปานกลาง) และคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังการทดลอง เท่ากับ 1.12 (ปวดเล็กน้อย) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -3.69, p < .05$ )

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.71 (ปวดปานกลาง) และคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังการทดลอง เท่ากับ 2.59 (ปวดเล็กน้อย) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังทดลองในกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -3.66, p < .05$ )

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

| คะแนนความปวด | กลุ่มทดลอง |              | กลุ่มควบคุม |              | Mann-Whitney U | z     | p-value |
|--------------|------------|--------------|-------------|--------------|----------------|-------|---------|
|              | Mean Rank  | Sum of Ranks | Mean Rank   | Sum of Ranks |                |       |         |
| ก่อนทดลอง    | 18.88      | 321.00       | 16.12       | 274.00       | 121.00         | -0.87 | .386    |
| หลังทดลอง    | 9.85       | 167.50       | 25.15       | 427.50       | 14.50          | -4.85 | <.001*  |

\* $p < .05$

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p > .05$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังการทดลอง กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -4.85, p < .05$ )

#### 4.3 ข้อมูลอาการท้องอืดของกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank test

| คะแนนอาการ<br>ท้องอืด | ก่อนทดลอง |      | หลังทดลอง |      | z                  | p-value |
|-----------------------|-----------|------|-----------|------|--------------------|---------|
|                       | Mean      | SD   | Mean      | SD   |                    |         |
| กลุ่มทดลอง            | 13.12     | 1.32 | 5.82      | 1.38 | -3.64 <sup>b</sup> | <.001*  |
| กลุ่มควบคุม           | 12.12     | 1.87 | 7.94      | 3.01 | -3.35 <sup>b</sup> | <.001*  |

\* $p < 0.05$

b. Based on positive ranks.

จากตารางที่ 7 พบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนการทดลอง เท่ากับ 13.12 (ท้องอืดปานกลาง) และคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังการทดลอง เท่ากับ 5.82 (ท้องอืดเล็กน้อย) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -3.64, p < .05$ )

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนการทดลอง เท่ากับ 12.12 (ท้องอืดปานกลาง) และคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังการทดลอง เท่ากับ 7.94 (ท้องอืดเล็กน้อย) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนและหลังทดลองในกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -3.35, p < .05$ )

พหุ ประถมศึกษา

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

| คะแนนอาการ<br>ท้องอืด | กลุ่มทดลอง   |                 | กลุ่มควบคุม  |                 | Mann-<br>Whitney<br>U | z     | p-value |
|-----------------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------------|-------|---------|
|                       | Mean<br>Rank | Sum of<br>Ranks | Mean<br>Rank | Sum of<br>Ranks |                       |       |         |
| ก่อนทดลอง             | 20.85        | 354.50          | 14.15        | 240.50          | 87.50                 | -1.99 | .046*   |
| หลังทดลอง             | 13.79        | 234.50          | 21.21        | 360.50          | 81.50                 | -2.28 | .022*   |

\*p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -1.99$ ,  $p < .05$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังการทดลอง กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -2.28$ ,  $p < .05$ )

#### 4.4 อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ ดังนี้

**สมมติฐานข้อที่ 1** ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT มีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่าก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT มีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่าก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -3.69$ ,  $p < .05$ ) สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1

**สมมติฐานข้อที่ 2** ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง กลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT มีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง กลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT มีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -4.85$ ,  $p < .05$ ) สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง มีการลงมือผ่านผนังหน้าท้อง เข้าไปบริเวณของลำไส้ส่วนซีกัม (Perrakis, 2021) เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ มีการหลั่งสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาการอักเสบ ไปกระตุ้นปลายประสาทสำหรับความรู้สึกปวด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังผ่าตัด (McCustion et al., 2023) จากแนวคิดทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน อธิบายถึงระบบควบคุมความปวดภายในโดยวิถีประสาทนำลง โดยต่อมใต้สมองและไฮโปทาลามัสจะหลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ได้แก่ เอนดอร์ฟิน, เอนเคฟาลิน และไดโนอร์ฟิน เป็นต้น (Kaiser & Behrens, 2021) ไปทำปฏิกิริยากับ โอปิออยด์ รีเซพเตอร์ บริเวณไขสันหลัง เกิดการปิดกั้นการปล่อยสารพี ทำให้ไม่มีการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง ส่งผลให้ความปวดลดลง (Grant & Freeling, 2023) ซึ่งการทำสมาธิบำบัด SKT เป็นการบำบัดด้วยเทคนิคการกำหนดลมหายใจ

คือ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ พร้อมนับ 1-5 กลั้นหายใจ นับ 1-3 ช้า ๆ (3 วินาที) แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้ง ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย เมื่อร่างกายเกิดการผ่อนคลายจะทำให้ร่างกายหลั่งสารเอนดอร์ฟิน และการเบี่ยงเบนความสนใจจะมีผลต่อสมองส่วนเทมโพรอล ส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นระบบลิมบิก ต่อมาได้สมองและไฮโปทาลามัส เกิดการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน ซึ่งสารนี้จะส่งมาที่ไขสันหลังในส่วนดอร์ซอล ฮอร์น และไปทำปฏิกิริยากับ โอปิออยด์ รีเซพเตอร์ ทำให้หยุดการส่งสัญญาณความปวดขึ้นไปที่สมอง ทำให้ความปวดลดลง (Kaiser & Behrens, 2021)

จากผลการศึกษาดังกล่าวคล้ายคลึงกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ หอมจิราภรณ์ และ จิราภรณ์ ชวนรัมย์ (2562) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความปวดหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการฝึกเทคนิคผ่อนคลายที่ใช้การฝึกหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดตมลูกออกทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับการฝึกเทคนิคผ่อนคลายที่ใช้การฝึกหายใจก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยเทคนิคผ่อนคลาย คือ การหายใจเข้า นับ 1-4 ช้า ๆ กลั้นหายใจ นับ 1-2 หายใจออก นับ 1-6 ช้า ๆ ให้กลุ่มทดลองใช้เทคนิคผ่อนคลายเมื่อมีความปวด พบว่า กลุ่มทดลองมีความปวดหลังผ่าตัดเฉลี่ยในระยะ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) การศึกษาของสรารุณี สีถาน (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับการกำหนดลมหายใจต่อระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับการกำหนดลมหายใจเป็นระยะเวลา 15 นาที วันละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 3 วันหลังผ่าตัด พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการนวดกดจุดร่วมกับการกำหนดลมหายใจ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และการศึกษาของจิราภรณ์ พงษ์สุน และคณะ (2560) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression กับการจัดการความปวดแบบเดิม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่าง 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 ราย ได้รับการจัดการความปวดแบบเดิม และกลุ่มทดลอง 10 ราย ได้รับนวัตกรรมฯ ประกอบด้วย การประเมินความปวด การจัดทำเพื่อให้กล้ามเนื้อส่วนที่ผ่าตัดไม่ตึงตัว การผ่อนคลายโดยการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 1 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อผ่อนคลาย และการดูแลอย่างนุ่มนวลและให้กำลังใจ ประเมินความปวดหลังให้การพยาบาลหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง, 4 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความปวดในระยะ 2 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ Ju et al. (2019) ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของการผ่อนคลายในการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง มีการศึกษาทั้งหมด 12 เรื่อง ใช้เทคนิคผ่อนคลายทั้งหมด 4 เทคนิค ได้แก่ Jaw relaxation, Benson's relaxation, Progressive muscle relaxation (PMR) และ systematic relaxation พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับเทคนิคผ่อนคลายมีการบรรเทาความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และกลุ่มทดลองมีบันทึกการใช้ยาบรรเทาปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และการศึกษาของ Reynolds and Jahromi (2022) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้สมาธิบำบัดและการออกกำลังกายแบบ

ไอโซเมตริกหลังการผ่าตัด คัดเลือกการศึกษาทั้งหมด 39 เรื่องที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก พบว่าการทำสมาธิบำบัดสามารถบรรเทาความปวดและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ และการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริกมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และลดการใช้ยาโอปิออยด์หลังผ่าตัดได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งใหม่ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT มีการใช้ยา morphine ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**สมมติฐานข้อที่ 3** ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT มีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดต่ำกว่าก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT มีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดต่ำกว่าก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -3.64, p < .05$ ) สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3

**สมมติฐานข้อที่ 4** ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT มีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT มีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -2.28, p < .05$ ) สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายตามแนวคิดพยาธิวิทยาการเกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด ได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง การผ่าตัดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกผ่านทางเส้นประสาทโซมาติก (Somatic nerve) และเส้นประสาทสพลอง'นิก (Splanchnic nerve) ทำให้เกิดการยับยั้งการทำงานของลำไส้และการบีบตัวของลำไส้ลดลง (Swift, 2018) การใช้เครื่องมือในการถ่างขยายและการสัมผัสลำไส้ขณะผ่าตัด จะทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ได้รับความกระทบกระเทือน เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบเฉพาะที่ ขัดขวางการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบลำไส้ (Mazzotta et al., 2020) ผลของยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จะทำให้การเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง (Zholos et al., 2023) และ การใช้ยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์มีผลทำให้การเคลื่อนไหวลำไส้และการบีบตัวของกระเพาะอาหารลดลง (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และ สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2562; Mazzotta et al., 2020) นอกจากนี้ ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลยับยั้งการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืด (Mazzotta et al., 2020) ซึ่งการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 เป็นเทคนิคการหายใจร่วมกับการยืดเหยียดของกล้ามเนื้อ เมื่อร่างกายมีการเคลื่อนไหวจะกระตุ้นตัวรับรู้ทางกลในระบบประสาททางเดินอาหาร กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งสัญญาณไปยังเส้นประสาทเวกัส เพิ่มการทำหน้าที่ของหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ส่วนบน และส่งสัญญาณไปยังเส้นประสาทเพลวิก เพิ่มการกระตุ้นลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง ไส้ตรง และทวารหนัก ช่วยให้ระบบทางเดินอาหารฟื้นตัวกลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น (Tobias & Sadiq, 2022; Willner et al., 2023)

จากผลการศึกษาดังกล่าวคล้ายคลึงกับการศึกษาของสิริอร ช้อยุ่น และคณะ (2562) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพยุงเดินหลังผ่าตัดเพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระยะเวลา 3 วันหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับโปรแกรมฯ ประกอบด้วย การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การลุกจากเตียงโดยเร็ว และการบริหารร่างกายหลังผ่าตัดร่วมกับการใช้เครื่องพุงเดินหลังผ่าตัด พบว่า คะแนนอาการท้องอืดหลังผ่าตัดวันที่ 2 และ 3 กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) การศึกษาของสุนิสา เกยสันเทียะ และคณะ (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด กลุ่มตัวอย่าง 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 25 ราย ได้รับโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด แบ่งการเคลื่อนไหวออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ 1 เคลื่อนไหวในท่านอนบนเตียง ระดับ 2 เคลื่อนไหวในท่านั่ง และระดับ 3 เคลื่อนไหวในท่าเดิน เข้าพบกลุ่มตัวอย่างวันละ 2 ครั้ง ระยะเวลา 05.30-07.30 น. และเวลา 17.00-19.00 น. พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัดวันที่ 2 และวันที่ 3 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) นอกจากนี้ Willner et al. (2023) ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของการเคลื่อนไหวเร็วหลังการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ผลการสืบค้นข้อมูลมีทั้งหมด 3,678 เรื่อง พบว่า วิธีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วในช่วงวันแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ การออกกำลังกายแบบยืดเหยียดของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายด้วยการเดิน การออกกำลังกายแบบเหยียบ มีผลต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำงานของระบบทางเดินอาหารได้

ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า การทำสมาธิบำบัด SKT สามารถบรรเทาความปวดและลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และในระหว่างการศึกษานี้ ผู้วิจัยไม่พบการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกด้านลบ ที่อาจเกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะหรือหกล้มขณะทำสมาธิบำบัด SKT และจากการสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT ส่วนใหญ่รู้สึกผ่อนคลาย และรู้สึกปวดลดลง แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องที่ได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT สามารถบรรเทาความปวดและลดอาการท้องอืดได้โดยไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง ดังนั้น การทำสมาธิบำบัด SKT จึงน่าจะเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดแบบไม่ใช้ยาเพิ่มขึ้นจากการพยาบาลตามปกติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องได้

พูน ปรณ ทิโต ชิว

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคไส้ติ่งอักเสบได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เข้ารับการรักษาบนหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยางตลาด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 34 ราย และสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 17 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 17 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกคะแนนความปวดแผลผ่าตัด 3) แบบประเมินอาการท้องอืด ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ 1) แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการทำสมาธิบำบัด SKT 2) แบบประเมินระดับความสามารถผู้ป่วยในการทำสมาธิบำบัด SKT ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) การทำสมาธิบำบัด SKT 2) โปสเตอร์แสดงจำนวนครั้งการทำสมาธิบำบัดและขั้นตอนในการทำสมาธิบำบัด SKT 3) สายวัดรอบเอว และ 4) Stethoscope ทาค่าความเที่ยงแบบประเมินความปวดและแบบประเมินอาการท้องอืดโดยวิธีการทดสอบซ้ำได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ = 0.89 และ 0.87 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank test และสถิติ Mann-Whitney U test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

- 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT ต่ำกว่าก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -3.69, p < .05$ )
- 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -4.85, p < .05$ )
- 3) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT ต่ำกว่าก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -3.64, p < .05$ )
- 4) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังได้รับการทำสมาธิบำบัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $z = -2.28, p < .05$ )

#### 5.2 ข้อเสนอแนะ

##### 5.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) เป็นแนวทางการประยุกต์ใช้การทำสมาธิบำบัด SKT ในการบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดแบบไม่ใช้ยาร่วมกับการบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดแบบใช้ยา ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

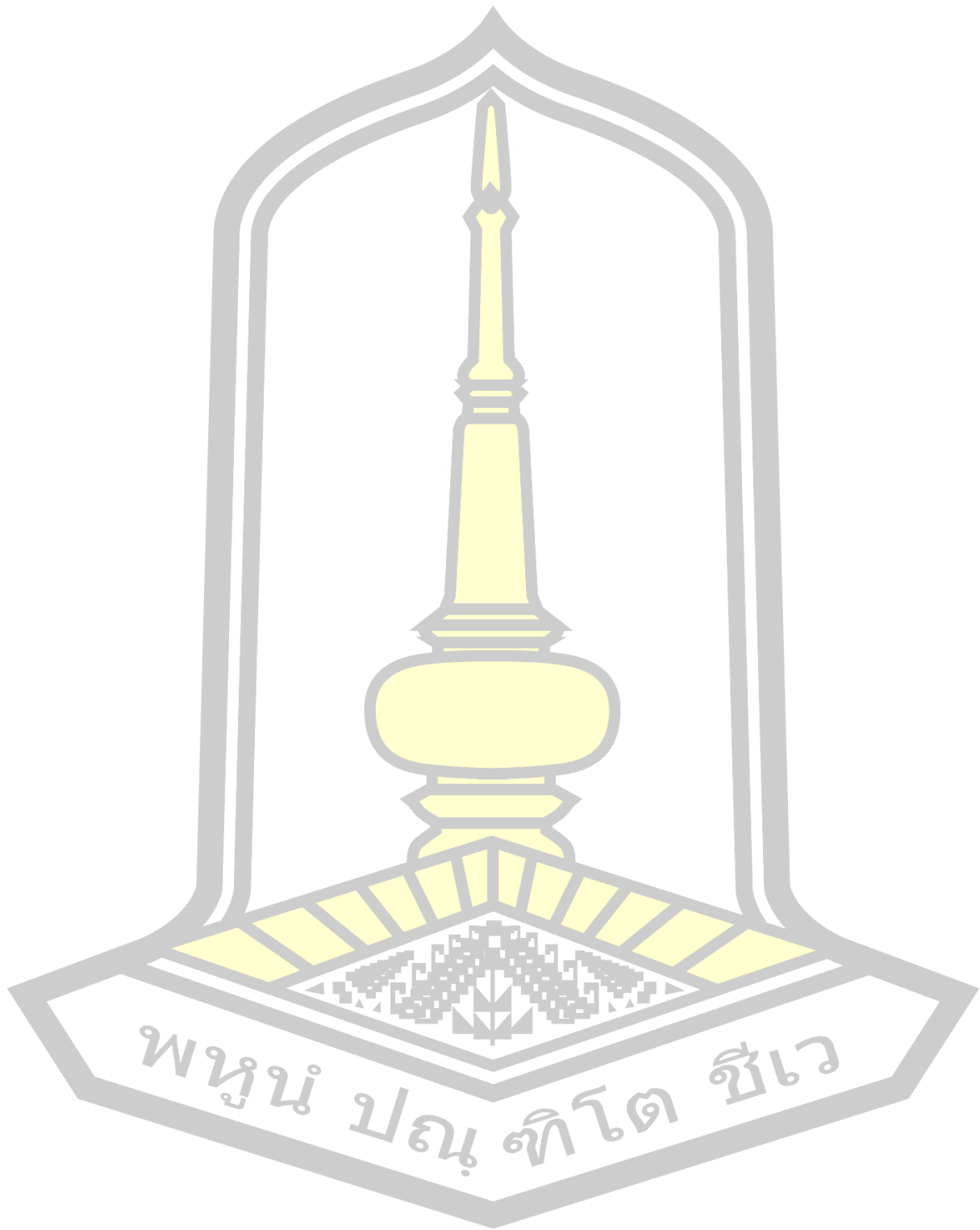
2) เป็นข้อมูลในการพัฒนา ปรับปรุงแก้ไขการทำสมาธิบำบัด SKT ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละเพศแต่ละวัย ก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อไป

#### 5.2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) แม้ว่าผลการศึกษานี้ พบว่า การทำสมาธิบำบัด SKT จะสามารถบรรเทา ความปวดและลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องได้ แต่ควรมีการศึกษาซ้ำใน ลักษณะเดียวกัน โดยมีการควบคุมเรื่องการใช้ยาบรรเทาความปวด และประเมินเวลาของการเริ่มการ เคลื่อนไหวครั้งแรกหลังผ่าตัด รวมถึงการเคลื่อนไหวร่างกายในแต่ละวัน เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของ การทำสมาธิบำบัด SKT ต่อไป



บรรณานุกรม



- กองการแพทย์ทางเลือก. (2563). *ถอดบทเรียนประสบการณ์การใช้สมาธิบำบัด SKT ของบุคลากรสาธารณสุข*. บริษัท วี อินดี ดีไซน์ จำกัด.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ข้อมูลด้านสุขภาพ*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. [https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/10/ill2023\\_full\\_08102567.pdf](https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/10/ill2023_full_08102567.pdf).
- จิราพร คำแก้ว, สิริพรรณ พัฒนาฤดี, และณัฐธิดา อารีเปี่ยม. (2558). การจัดการความปวดของผู้ป่วยผู้ใหญ่ หลังการผ่าตัดช่องท้อง แผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 15(1), 80-90.
- จิราภรณ์ พงษ์สุน, ทศนีย์ เดชเสน, พชรวลี ประชุมรักษ์, มานะ สมบัติดี, วาริณี นครเขต, สิริลักษณ์ ทองสิงห์, จณิสตา สายสุด, และศิริรัตน์ อินทรเกษม. (2560). ประสิทธิภาพของการจัดการความปวดโดยใช้ นวัตกรรม VNBN pain expression กับการจัดการความปวดแบบเดิม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม. *Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences*, 1(2), 14-27.
- จุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุดา งามขำ. (2560). ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(ฉบับพิเศษ), 1-11.
- จำเนียร คงประพันธ์, พัชรพรรณ เหมือนหม้อ, และ ขจรศรี ซ้อนมณี. (2566). ผลของสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 ต่อระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมดลูก/รังไข่ หอผู้ป่วยนรีเวชกรรมโรงพยาบาลแพร่. *Journal of the Phrae Hospital*, 31(1), 86-98.
- ชลภัศสรณ์ วิวรรณพงษ์. (2563). ผลการใช้โปรแกรม You can do ต่อการป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวช หอผู้ป่วยนรีเวชศัลยกรรมรวม โรงพยาบาลยโสธร. *Journal of Health and Environmental Education*, 5(4), 172-179.
- ชลภัศสรณ์ วิวรรณพงษ์. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง. *ยโสธรเวชสาร*, 24(2), 28-35.
- ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย, อินทิรา ปากันทะ, และธิดารัตน์ คำบุญ. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(1), 68-81.
- นุช ตันติศิริรินทร์. (2565). *การบำบัดปวดในเวชปฏิบัติ: Pain Management in Clinical Practice*. ไอ ดี ออล ดิจิตอลพริ้นท์ จำกัด.
- เนาวรัตน์ สมศรี. (2552). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลภาวะท้องอืดสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น]*. [https://tdc.thailis.or.th/tdc/search\\_result.php](https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php).
- ปิยะมิตร สุมนศรีวรกุล และอภิชัย อังสพัทธ์. (2563). บทบาทของออกซิเจนในกระบวนการหายของแผล (The Role of Oxygen in Wound Healing). *วารสารแผลใหม่และสมานแผลแห่งประเทศไทย*, 4(2), 94-110.
- พรมงคล ฉันท์รัตนโยธิน. (2561). สมาธิ และพุทธจิต ช่วยบำบัดความเครียด (Meditation with the Buddhist Psychology of Enhancing Health). *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 3(2), 57-64.

เยาวลักษณ์ หอมวิเศษวงศา และจิราภรณ์ ชวนรัมย์. (2562). เปรียบเทียบความปวดหลังผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการฝึกเทคนิคผ่อนคลายที่ใช้การฝึกหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 34(2), 167-179.

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด (ฉบับที่ 2)*. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. <https://www.tasp.or.th>.

รัตนา นิลวัชรารัง. (2562). ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการอาการปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 6(2), 46-58.

วราภรณ์ วงษ์เรือง, นันธมน วุฒานนท์, และ วรารวรรณ อุดมความสุข. (2562). ผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *พยาบาลสาร*, 47(3), 157-167.

วิริยา ศิลา. (2560). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืด ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยคริสเตียน]. [https://tdc.thailis.or.th/tdc/search\\_result.php](https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php).

ศรัณญา จุฬาริ. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด*. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. ศรินทร์ พัฒนวิบูลย์ และกาญจนา บุญชาย. (2563). ผลการจัดทำเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(3), 63-68.

ศิริพรรณ ภมรพล. (2559). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 9(2), 14-23.

ศุภรดา มั่นยืน, วรุฒิ แสงทอง, และ อรอนงค์ เพชรงาม. (2563). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อคะแนนความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(3), 86-98.

สโรชา สุภาธาดา, สุภารัตน์ วังศรีคุณ, และ อัจฉรา สุนทรสรพ์. (2565). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด. *พยาบาลสาร*, 49(4), 179-192.

สมพร กันทรดุขฎี-เตรียมชัยศรี. (2567). *สร้างเสริมสุขภาพด้วยสมาธิบำบัดแบบเอสเคที 1-8 สำหรับผู้บกพร่องทางการได้ยิน*. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สายหยุด วัฒนธัญญกรรม. (2529). *ผลการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดไตและท่อไต* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหิดล]. <https://dric.Nrct.go.th/Search/SearchDetail/23496>.

สรวิจน์ เจนวนิชสถาพร และจิระพงศ์ อินทรสมพันธ์. (2020). การดูแลผู้ป่วยด้วยโปรแกรม ERAS อย่างง่ายหลังการผ่าตัดลำไส้ใหญ่แบบไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *The THAI Journal of SURGERY*, 41(3), 79-83.

- สรารุทธิ สีถาน. (2560). ผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับการกำหนดลมหายใจ ต่อระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(1), 37-46.
- สัญญา โพธิ์งาม และมนพร ชชาติขำนิ. (2563). การศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระดับความปวด จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลสิงห์บุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(3), 49-63.
- สิริอร ช้อยุ่น, วริศรา ภู่วี และ อาภา ศรีสร้อย. (2562). ผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ร่วมกับเครื่องพุงเดินหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ช่องท้อง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(4), 386-392.
- สุนันทา ศรีวิวัฒน์. (2538). ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายต่อความเจ็บปวด ภาวะท้องอืดและการ พักฟื้นหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยใน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น]. <https://dric.nrct.go.th/index.php/Search/SearchDetail/55116>.
- สุนิสา เกยสันเทียะ, เกศศิริ วงษ์คงคำ, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, และ ธรรมศักดิ์ ทวีขศรี. (2565). ผลของ โปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรกใน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด. *วารสารสหภาพพยาบาล*, 37(2), 61-80.
- สุพรรณษา จิตรสม, บานเย็น แสนเรียน และ พรพกาญจน์ ต้นทอง. (2565). การจัดการความปวดหลัง ผ่าตัดคลอดบุตร. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 868-881.
- สุภกิจ ฉัตรไชยาภักษ์. (2563). การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาไส้ติ่งอักเสบด้วยวิธีผ่าตัดผ่าน กล้องกับแบบเปิด โรงพยาบาลกลาง. *วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 64(1), 33-40.
- หนูเพียร ชาทองยศ. (2550). ผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดในไต [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น]. [https://tdc.Thailis.or.th/tdc/search\\_result.php](https://tdc.Thailis.or.th/tdc/search_result.php).
- Adeboye, A., Hart, R., Senapathi, S. H. V., Ali, N., Holman, L., & Thomas, H. W. (2021). Assessment of functional pain score by comparing to traditional pain scores. *Cureus*, 13(8), 1-7. <https://doi.org/10.7759/cureus.16847>.
- Adiamah, A. & Lobo, D. N. (2020). Postoperative Ileus: Prevention and Treatment. In Ljungqvist, O., Francis, N. K., & Urman, R. D. (Eds.), *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS): A Complete Guide to Optimizing Outcomes* (pp. 51-58). Springer Nature Switzerland AG.
- Altman, A.D., Helpman, L., McGee, J., Samoelian, V., Auclair, M., Brar, H., & Nelson, G. S. (2019). Enhanced recovery after surgery: implementing a new standard of surgical care. *Canadian Medical Association Journal*, 191(17), 469-475. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180635>.

- American society of anesthesiologists. (2024). *Effects of anesthesia*. American society of anesthesiologists. <https://madeforthismoment.asahq.org/anesthesia-101/effects-of-anesthesia/#>
- Armellini, A., Chew, S., Johnston, S., Muralidharan, V., Nikfarjam, M., & Weingerg, L. (2024). The hospital costs of complications following major abdominal surgery. *BMC Research Notes*, 17(59), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13104-024-06720-z>.
- Armstrong, A. D., Hassenbein, S. E., Black, S., & Hollenbeak, C. S. (2020). Risk factors for increased postoperative pain and recommended orderset for postoperative analgesic usage, *Clin J Pain*, 36(11), 845-851. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000876>.
- Barus, D. T., Girsang, R., Yanti, M. D., Purba, R., Tarigan, H. N., Sitorus, F. E. & Sembiring, I. M. (2019). The Effect of Distraction and Relaxation Techniques toward Pain Intensity Changes in Postoperative Patients. *International Conference on Health Informatics and Medical Application Technology*. 51-57. <https://doi.org/10.5220/0009463300510057>
- Boss, B. J. (1992). Pain. In Lewis, S. M. & Collier, I. C. (Eds.), *Medical-Surgical Nursing: Assessment and management of clinical problems*. Mosby.
- Bonica, J. J. & Loeser, J. D. (2001). History of Pain concepts and Therapies. In Loeser, J. D., Bulter, S. H., Chapman, C. R., & Turk, D. C. (Eds.), *Bonica Management of Pain* (pp. 3-16). Lippincott Williams & Wilkins.
- Brewer, R. P. (2019). The Normal Response to Pain. In Deer, T. R., Pope, J. E., Lamer, T. J., & Provenzano, D. (Eds.), *Deer's Treatment of Pain* (pp. 93-102). Springer Nature Switzerland AG.
- Buxton, B. P. (1999). The physiology and psychology of pain. In Starkey, C. (Eds.), *Therapeutic Modalities for Athletic Therapists* (pp. 36-67). F.A. Davis.
- Cachemaille, M., Grass, F., Fournier, N., Suter, M. R., Demartines, N., Hubner, M., & Blanc, C. (2020). Pain Intensity in the First 96 Hours After Abdominal Surgery: A Prospective Cohort Study. *Pain Medicine*, 21(4), 803-813.
- Chen, H., Liu, C., Zhou, F., Cao, X. Y., Wu, Chen, Y. L., Liu, C. Y., Huang, D. H., & Chiou, W. K. (2021). Effects of Loving-Kindness Meditation on Doctors' Mindfulness, Empathy, and Communication Skills. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084033>.

- Chen, H., Liu, C., Zhou, F., Cao, X. Y., Wu, Chen, Y. L., Liu, C. Y., Huang, D. H. & Chiou, W. K. (2022). Focused-Attention Meditation Improves Flow, Communication Skills, and Safety Attitudes of Surgeons. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095292>.
- Cherry, K. (2024). *Mindfulness and meditation*. Verywellmind. <https://www.verywellmind.com/mindfulness-meditation-88369>.
- Courtney, A., Clymo, J., Dorudi, Y., Moonesinghe, S. R., & Dorudi. (2024). Scoping review: The terminology used to describe major abdominal surgical procedures. *World Journal of Surgery*, 48(1), 574-584. <https://doi.org/10.1002/wjs.12084>.
- D'Arcy, Y. & Burns, S. M. (2014). Pain and Sedation Management. In Burns, M. (Eds.), *AACN Essentials of Progressive Care Nursing*. (pp. 133-150). McGraw-Hill.
- Deo, S. V. S., Kumar, N., Rajendra, V. K. J., Kumar, S., Bhorival, S. K., Ray, M., Bhatnagar, S., & Mishra, S. (2021). Palliative surgery for advanced cancer: Clinical profile, spectrum of surgery and outcomes from a tertiary care cancer centre in low- middle-income country. *Indian journal of palliative care*, 27(2), 281-285. [https://doi.org/10.25259/IJPC\\_399\\_20](https://doi.org/10.25259/IJPC_399_20).
- Devi, R., & Saharia HK. (2017). Effect of progressive muscle relaxation on post-operative analgesia. *International journal of medical research and review*, 5(2), 113-118. <https://doi.org/10.17511/ijmrr.2017.i02.03>.
- Dinis, M., & Sousa, J. P. (2023). A Pilot Randomised Controlled Trial on the Effectiveness of an Anti-Stress Ball Technique for Pain Reduction during Vascular Access Cannulation in Haemodialysis Patients. *Nursing reports*, 13(2), 731-739. <https://doi.org/10.3390/nursrep13020064>.
- Garcia, C. A. & Yaban, Z. S. (2020). The effects of preoperative guided imagery interventions on preoperative anxiety and postoperative pain. *Complementary therapies in clinical practice*, 38. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.101077>.
- Grant, S. & Freeling, M. (2023). Pain management. In Brown, D., Buckley, T., Aitken, R. L., & Edwards, H (Eds.), *Lewis's Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems* (pp. 94-98). Elsevier.
- Gumus, K. (2021). The effects of preoperative and postoperative anxiety on the quality of recovery in patients undergoing abdominal surgery. *Journal of perianesthesia nursing*, 36(2), 174-178. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.08.016>.

- Gungorduk, K. & Ozdemir, I. A. (2021). Non-pharmacological interventions for the prevention of postoperative ileus after gynecologic cancer surgery. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 60(1), 9-12. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.11.002>.
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., Rockall, T. A., Young-Fadok, T. M., Hill, A. G., Soop, M., de Boer, H. D., Urman, R. D., Chang, G. J., Fichera, A., Kessler, H., Grass, F., Whang, E. E., Fawcett, W. J., Carli, F., . . . Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations 2018. *World J Surg*, 43, 659-695. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>.
- Guttadauro, A. (2022). Doubts, Problems and Certainties about Acute Appendicitis. *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.101087>.
- Haefeli, M. & Elfering, A. (2006). Pain assessment. *Eur Sping J*, 15, 17-24. <https://doi.org/10.1007/s00586-005-1044-x>.
- Hayford, L., Aziato, L., & Kyei, M. Y. (2023). A qualitative exploration of cognitive and sociocultural influences on postoperative pain among urological patients in ghana. *International journal of africa nursing sciences*, 19, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2023.100605>.
- Hooper, N. & Armstrong, T. J. (2022). *Hemorrhagic shock*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470382/>.
- Horn, R., Hendrix, M., & Kramer, J. (2024). *Postoperative pain control*. National library of medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544298/>.
- Hoshino, N., Kawada, K., Hida, K., Wada, T., Takahashi, R., Yoshitomi, M., & Sakai, Y. (2017). Effect of Daikenchuto (TJ-100) on gastrointestinal symptoms following laparoscopic colectomy in patients with colon cancer: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2307-7>.
- International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP Revised Definitions of Pain Translations (2020)*. International Association for the Study of Pain. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>.

- Jha, M. K., Song, G. J., Jeoung, N. H., Go, Y., Harris, R. A., Park, D. H., Kook, H., Lee, I. K., & Suk, K. (2015). Metabolic Connection of Inflammatory Pain: Pivotal Role of a Pyruvate Dehydrogenase Kinase-Pyruvate Dehydrogenase-Lactic Acid Axis. *The Journal of Neuroscience*, *35*(42), 14353-14369. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1910-15.2015>.
- Ju, W., Lili, R., Chen, J. & Du, Y. (2019). Efficacy of relaxation therapy as an effective nursing intervention for post-operative pain relief in patients undergoing abdominal surgery: A systematic review and meta-analysis. *Experimental and Therapeutic Medicine*, *18*, 2909-2916. <https://doi.org/10.3892/etm.2019.7915>.
- Kabir, R. S. & Yang, H. J. (2023). Editorial: Meditative movement for mental and physical health. *Front Psychol*, *14*, 1-3. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1238633>.
- Kaiser, H. C. & Behrens, B. J. (2021). Tissue Response to Injury. In Behrens, B. J. (Eds.), *Biophysical Agents: Theory and Practice*. F. A. Davis.
- Kalemci, S., Ergun, K. E., K., Kizilay, F., Yildiz, B. & Simsir, A. (2022). Analysis of risk factors of abdominal wound dehiscence after radical cystectomy. *Rev Assoc Med Bras*, *68*(11), 1553-1557. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.220220564>.
- Kim, T. J., Freml, L., Park, S. S. & Brennan, T. J. (2007). Lactate Concentrations in Incisions Indicate Ischemic-like Conditions May Contribute to Postoperative Pain. *The journal of pain*, *8*(1), 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.06.003>.
- Levy, N., Sturgess, J. & Mills, P. (2018). "Pain as the fifth vital sign" and dependence on the "numerical pain scale" is being abandoned in the US. *British journal of anaesthesia*, *120*(3), 435-438. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.11.098>.
- Lynch, J., Prihodova, L., Dunne, P. J., Carroll, A., Walsh, C., McMahon, G., & White, B. (2018). Mantra meditation for mental health in the general population: A systematic review. *European Journal of Integrative Medicine*, *23*, 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2018.09.010>.
- Madubogwa CI. (2021). Exploratory laparotomy in a single centre general surgery unit: Indications and outcome. *Orient journal of surgical sciences*, *2*(1), 20-25.
- Mazzotta, E., Hernandez, E. C. V., Diaz, J. F., Harzman, A., & Christofi, F. L. (2020). Postoperative Ileus and Postoperative Gastrointestinal Tract Dysfunction: Pathogenic Mechanisms and Novel Treatment Strategies Beyond Colorectal Enhanced Recovery After Surgery Protocols. *Frontiers in Pharmacology*, *11*, 1-16. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.583422>.

- McCaffery, M., Herr, K., & Pasero, C. (2011). Assessment Tools. In Pasero, C. & McCaffery, M. (Eds.), *Pain Assessment and Pharmacologic Management* (pp. 49-142). Mosby.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual*. (2<sup>nd</sup> ed.). Mosby.
- McCustion, L. E., Dimaggio, K. V., Winton, M. B., & Yeager, J. J. (2023). *Pharmacology : A Patient centered nursing process approach*. (11<sup>th</sup> ed.). Elsevier.
- Mehari, E. E., Bizuneh, Y. B., Fentie, D. Y., & Arefayne, N. R. (2022). Prevalence and factors associated with acute postoperative pain after emergency abdominal surgery, *The open pain journal*, 15. <https://doi.org/10.2174/18763863-v15-e2208250>.
- Mendell, L. M. (2014). Constructing and deconstructing the gate theory of pain. *Journal of Pain*, 15(2), 210-216. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.12.010>.
- National Center for Complementary and Integrative Health. (2022). *Meditation and Mindfulness: What You Need To Know*. <https://www.nccih.nih.gov/health/meditation-and-mindfulness-what-you-need-to-know>.
- Nguyen, A. & Lotfollahzadeh. (2023). *Appendectomy*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK580514/>.
- Perrakis, A. (2021). Appendectomy. In Hohenberger, W. & Parker. (Eds.), *Lower Gastrointestinal Tract Surgery: Vol.2, Open procedures* (pp. 31-44). Springer Nature Switzerland AG.
- Peters, E. G., De Jonge, W. J., Smeets, B. J. J., & Luyer, M. D. P. (2015). The contribution of mast cell to postoperative ileus in experimental and clinical studies. *Motil*, 27(6), 743-749. <https://doi.org/10.1111/nmo.12579>.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2022). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (10<sup>th</sup> ed.). Wolters Kluwer Health.
- Prentice, W. (1999). *Therapeutic Modalities in Sports Medicine*. (4<sup>th</sup> ed.). Mosby.
- Rady, S. E., Abdon, H. & Deeb, E. E. (2020). Effect of Progressive Muscle Relaxation Technique on Post-Operative Pain and Quality of Recovery among Patients with Abdominal Surgeries. *Egyptian journal of health care*, 11(4), 566-581.
- Reynolds, A., & Jahromi, A. H. (2022). Improving Postoperative Care Through Mindfulness-Based and Isometric Exercise Training Interventions. *JMIR Perioperative Med*, 5(1), 1-13. <https://doi.org/10.2196/34651>.

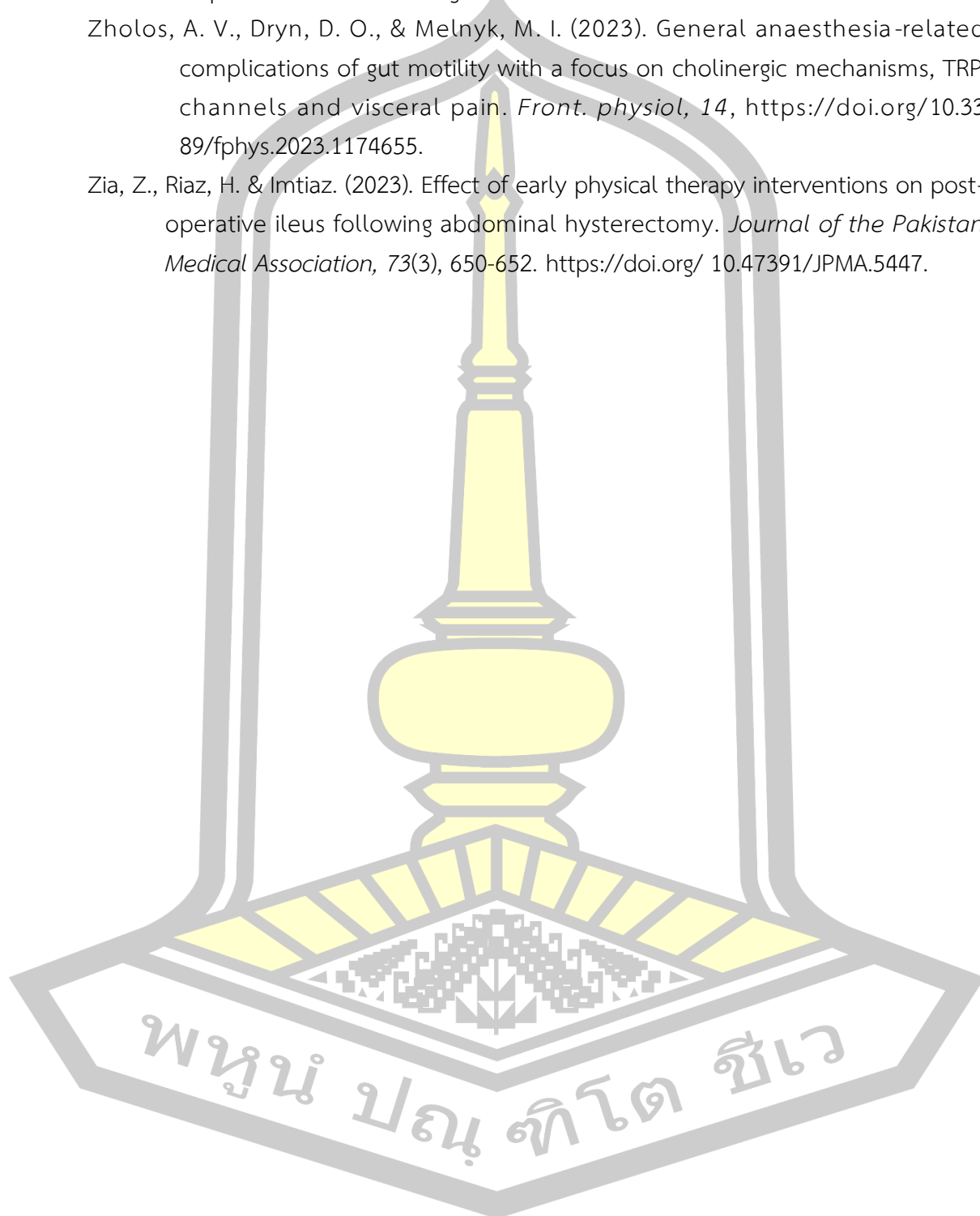
- Rivas, E., Cohen, B., Pu, X., Xiang, L., Saasouh, W., Mao, G., Minko, P, Mosteller, L, Volio, A., Maheshwari, K., Seeler, D. I., & Turan, A. (2022). Pain and Opioid Consumption and Mobilization after Surgery: Post Hoc Analysis of Two Randomized Trials. *Anesthesiology*, *136*, 115-126. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004037>.
- Safikhani, S., Gries, K. S., Trudeau, J. J., Reasner, D., Rudell, K., Coons, S. J., Bush, E. N., Hanlon, J., Abraham, L., & Vernon, M. (2018). Response scale selection in adult pain measures: results form a literature review. *Journal of patient-reported outcomes*, *2*(40), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0053-6>
- Saini, G. K., Haseeb, S. B., Taghi-Zada, Z., and Ng, J. Y. (2021). The effects of meditation on individuals facing loneliness: a scoping review. *BMC Psychol*, *9*(88), 1-30. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00585-8>.
- Sheikh, Z. (2023). *Transcendental meditation*. WebMD. <https://www.webmd.com/balance/transcendental-meditation-benefits-technique>.
- Sommer, N. P., Schneider, R., Wehner, S., Kalff, J. C., & Vilz, T. O. (2021). State of the art colorectal disease: postoperative ileus. *International journal of colorectal disease*, *36*, 2017-2025. <https://doi.org/10.1007/s00384-021-03939-1>.
- Sugand, K., Berry, M., Yusuf, I., Janjua, A., & Bird, C. (2019). *Oxford handbook for medical school*. Oxford university press.
- Swift, A. (2018). Understanding the effect of pain and how the human body responds. *Nursing Times*, *114*(3), 22-26.
- Tazreean, R., Nelson, G., & Twomey, R. (2022). Early mobilization in enhanced recovery after surgery pathways: current evidence and recent advancements. *Journal of Comparative Effectiveness Research*. *11*(2), 121-129. <https://doi.org/10.2217/cer-2021-0258>.
- Tobias, A. & Sadiq, N. M. (2022). *Physiology, Gastrointestinal nervous control*. StatPearls. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31424852/>.
- Ufoaroh, C. U., Ele, P. U., Anyabolu, A. E., Enemuó, E. H., Emegoakor, C. D., Okoli, C. C., Umeh, E. O., & Anyabolu, E. N. (2019). Pre-operative pulmonary assessment and risk factors for post-operative pulmonary complications in elective abdominal surgery in Nigeria. *African health sciences*, *19*(1), 1745-1756. <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i1.51>.
- Ugurlu, A. K., Sahin, S. K., Secginli, S., & Aslan, F. E. (2017). The Effect of Standing up Early in the First 24 Hours After Surgery on Rapid Improvement. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *9*(4), 280-288. <https://doi.org/10.5336/nurses.2016-53678>.

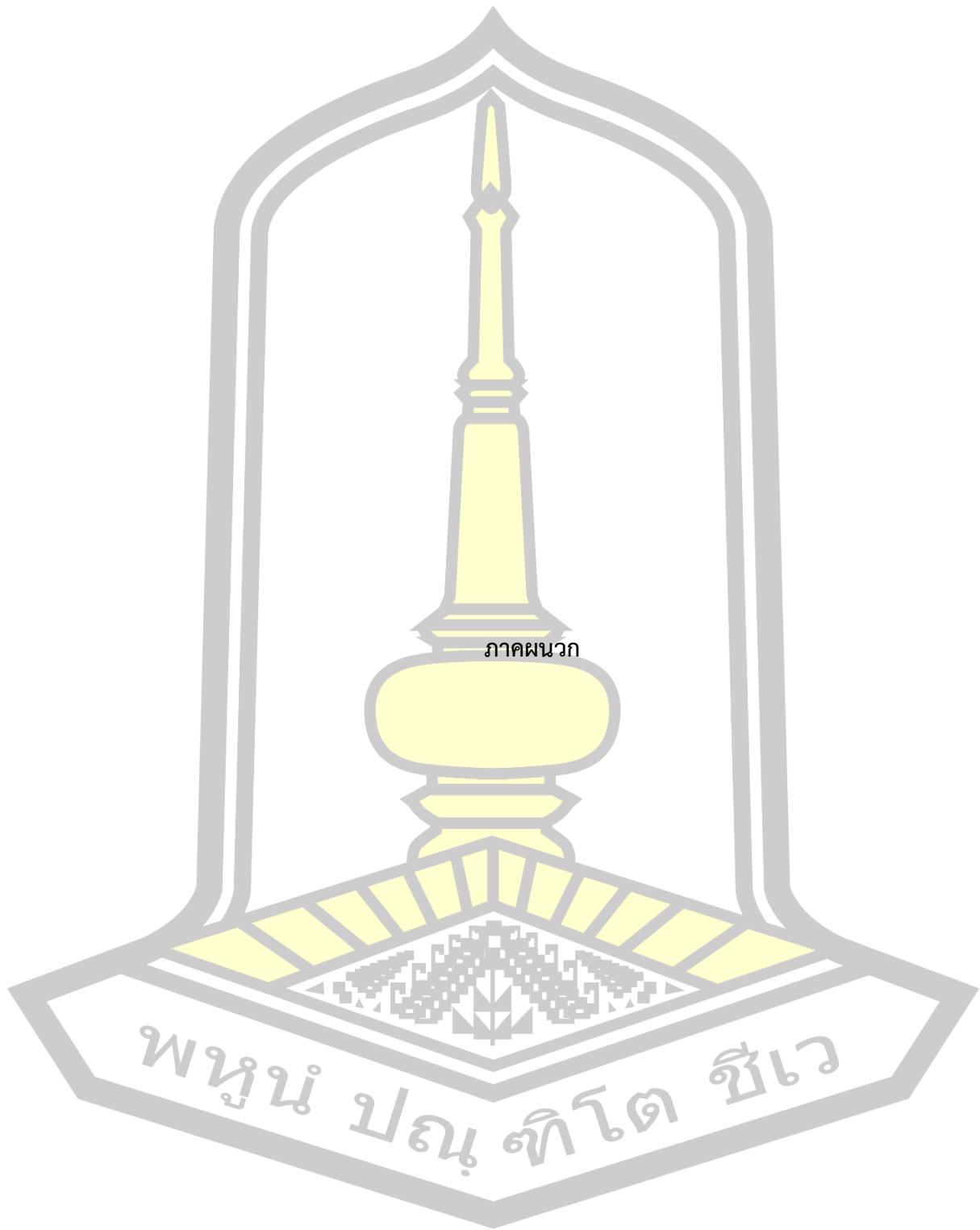
- Vather, R., Trivedi, S., & Bissett, I. (2013). Defining Postoperative Ileus: Results of a Systematic Review and Global Survey. *J Gastrointest Surg*, *17*, 962-972. <https://doi.org/10.1007/s11605-013-2148-y>.
- Venara, A., Neunlist, M., Slim, K., Barbieux, J., Colas, P.A., Hamy, A., & Meurette, G. (2016). Postoperative ileus: Pathophysiology, incidence, and prevention. *Journal of Visceral Surgery*, *153*(6), 439-446. <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2016.08.010>.
- Wahyuni, S., Wahyuni, A. S., Tarigan, R., & Syarifah, S. (2019). Effect of early ambulation to peristaltic activity of abdominal post-operative patients in Medan city hospital, Indonesia. *Journal of physics conference series*, *1317*(1). <https://doi.org/10.1088/1742-6596/1317/1/012102>.
- Wang, H., Luo, M., Yang, Y., Li, S., Liang, X., Xu, R., Zhu, J., & Song, B. (2024). Gender differences in postoperative pain, sleep quality, and recovery outcomes in patients undergoing visual thoacosopic surgery. *Heliyon*, *10*. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e39015>.
- Weston, E., Raker, C., Huang, D., Parker, A., Robison, K., & Mathews, C. (2020). The Association Between Mindfulness and Postoperative Pain: A Prospective Cohort Study of Gynecologic Oncology Patients Undergoing Minimally Invasive Hysterectomy. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, *27*(5), 1119-1126. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.08.021>.
- Whitlock, J., (2022). *Exploratory laparotomy*. verywellhealth. <https://www.verywellhealth.com/what-is-an-exploratory-laparotomy-surgery-3157278>.
- Willner, A., Teske, C., Hackert, T., & Welsch, T. (2023). Effects of early postoperative mobilization following gastrointestinal surgery: Systematic review and meta-analysis. *BJS Open*, *7*(5), 1-10. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad102>.
- Wong-Baker faces foundation. (2016). *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*. <https://wongbakerfaces.org>.
- World Health Organization. (2003). *Surgical care at the district hospital*. Interprint limited.
- Yaban, Z. S., Bulbuloglu, S., Kapikiran, G., Gunes, H., Sahin, K., & Saritas, S. (2023). The effect of bed exercises following major abdominal surgery on early ambulation, mobilization, pain and anxiety. *International wound journal*, *21*(2). <https://doi.org/10.1111/iwj.14406>.
- Yamada, T., William, L. H., John, M. I., Michelle, A. A., & Robert, S. B. (2005). *Handbook of Gastroenterology*. (2<sup>nd</sup> ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

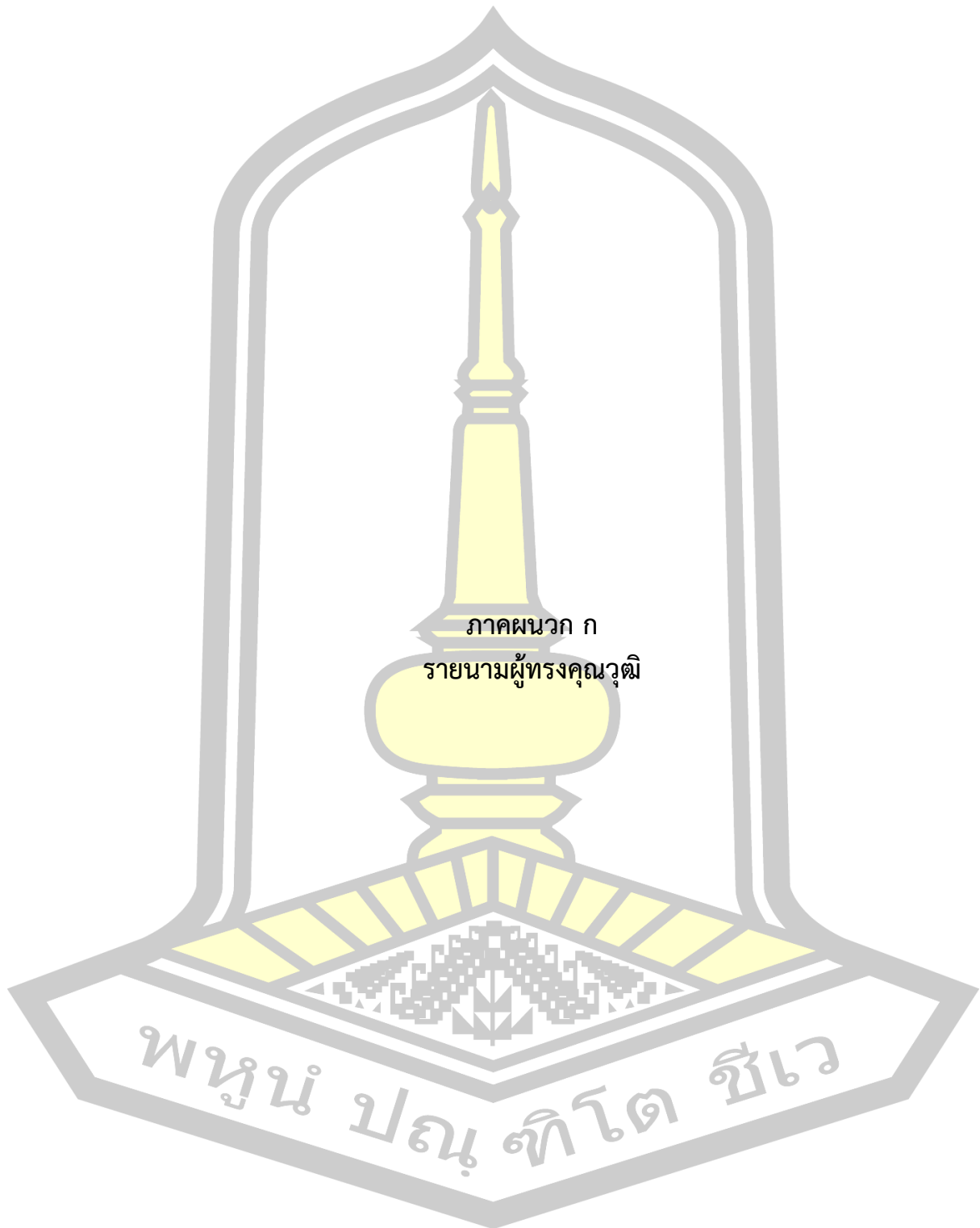
Zabaglo, M., & Sharman, T. (2023). *Postoperative wound infection*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560533/>.

Zholos, A. V., Dryn, D. O., & Melnyk, M. I. (2023). General anaesthesia-related complications of gut motility with a focus on cholinergic mechanisms, TRP channels and visceral pain. *Front. physiol*, *14*, <https://doi.org/10.3389/fphys.2023.1174655>.

Zia, Z., Riaz, H. & Imtiaz. (2023). Effect of early physical therapy interventions on post-operative ileus following abdominal hysterectomy. *Journal of the Pakistan Medical Association*, *73*(3), 650-652. <https://doi.org/10.47391/JPMA.5447>.







ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

พหุมนั ปณุ ทิโต ชีเว

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

| ชื่อ-นามสกุล                          | ตำแหน่งและสังกัด  |
|---------------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์เฉลิมพล บุญพรหมธีรกุล      | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ แพทย์เฉพาะทาง-<br>ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม       |
| 2. นางซัชดา เชาว์สันเทียะ             | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วย<br>ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลมหาสารคาม |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิตยา สุทธยากร  | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย<br>มหาสารคาม                           |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร จำปาวดี | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย<br>มหาสารคาม                           |
| 5. อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์      | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย<br>มหาสารคาม                           |





ที่ อว 0605.11/๔๕๗



คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม 44150

10 เมษายน 2567

เรื่อง ขออนุญาตให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม  
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

ด้วย นายณรงค์ศักดิ์ ภูงศ์ลี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของสมาธิบำบัดต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาริยา สอนบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญ นายแพทย์เฉลิมพล บุญพรหมธีรกุล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม และนางชัชดา เขาว์สันเทียะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของขั้นตอนในการทำสมาธิบำบัด SKT และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาริยา สอนบุญ โทร.089-2748106  
ชื่อนิสิต นายณรงค์ศักดิ์ ภูงศ์ลี โทร.089-4163581 email. 65010482003@msu.ac.th



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 2329

ที่ อว 0605.11/๘๔๑

วันที่ 1๐ เมษายน 2567

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิตยา สุทธยากร

ด้วย นายณรงค์ศักดิ์ ภูงศ์ลี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของสมาธิบำบัดต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาริยา สอนบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว ในกรณีนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของขั้นตอนในการทำสมาธิบำบัด SKT และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จ.จรรยาณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 2329

ที่ อว 0605.11/๙๙๘

วันที่ 10 เมษายน 2567

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร จำปาวดี

ด้วย นายณรงค์ศักดิ์ ภูงลิ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของสมาธิบำบัดต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาริยา สอนบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว ในกรณีนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของขั้นตอนในการทำสมาธิบำบัด SKT และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 2329

ที่ อว 0605.11/868 วันที่ 17 เมษายน 2567

เรื่อง ขออนุมัติเป็นผู้อยู่ภายใต้การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์

ด้วย นายณรงค์ศักดิ์ ภูงศ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของสมาธิบำบัดต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาริยา สอนบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว ในกรณี คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาขอขึ้นตอนในการทำสมาธิบำบัด SKT และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรวณ ก้าวหน้าไกล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ อว 0605.11/๘Ab



คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม 44150

10 เมษายน 2567

เรื่อง ขออนุญาตใช้เทคนิคสมาธิบำบัด SKT 1, 2 ประกอบการทำวิทยานิพนธ์  
เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุขฎี - เจริญชัยศรี  
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

ด้วย นายณรงค์ศักดิ์ ภูงสิี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของสมาธิบำบัด ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาริยา สอนบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ใช้เทคนิคสมาธิบำบัด SKT 1, 2 ของ รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุขฎี-เจริญชัยศรี ซึ่งเป็นเทคนิคการปฏิบัติสมาธิอีกรูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจ สามารถปฏิบัติได้ง่าย โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ และทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติสมาธิในด้านต่างๆ รวมทั้งสามารถ บรรเทาความปวดและอาการท้องอืดได้ เพื่อนำไปประกอบการทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตให้ นายณรงค์ศักดิ์ ภูงสิี ใช้เครื่องมือดังกล่าวเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะคง ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรธรรม ก้าวหน้าไกล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาริยา สอนบุญ โทร.089-2748106

ชื่อนิสิต นายณรงค์ศักดิ์ ภูงสิี โทร.089-4163581 email. 65010482003@msu.ac.th



ที่ อว 6603015.1.4.1/ 1609

มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
123 ถนนมิตรภาพ  
อำเภอเมืองขอนแก่น  
จังหวัดขอนแก่น 40002

9 พฤษภาคม 2567

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย  
เรียน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อ้างถึง หนังสือที่ ขว 0605.11/839 ลงวันที่ 10 เมษายน 2567

ตามที่ นายณรงค์ศักดิ์ ภูทองดี นิสิตศึกษาศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้แจ้งความประสงค์ขออนุญาตให้เครื่องมือวิจัย เรื่อง ผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ต้นไม่โต โรงพยาบาลขอนแก่น ที่เป็นส่วนหนึ่งของ เครื่องมือวิจัยตามรายงานการศึกษาอิสระของ นางหนูเพ็ชร ซาทองยศ ที่มีผู้ช่วยศาสตราจารย์โรสลิลา หัดพิณิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาอิสระ นายังบัณฑิตวิทย์ภาสิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อด้วยเครื่องมือวิจัยดังกล่าว เป็นส่วนหนึ่งของรายงานการศึกษาอิสระที่อยู่ในความดูแลของคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยจึงได้แจ้งให้ คณะฯ เป็นผู้ให้ความเห็นชอบพิจารณาอนุญาตการใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว นั้น

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ใคร่ขอเรียนให้ทราบว่า คณะฯ ยินดีและ อนุญาตให้ นายณรงค์ศักดิ์ ภูทองดี นำเครื่องมือวิจัยดังกล่าวไปใช้ได้ โดยต้องมีการแจ้งถึงที่มาของเครื่องมือในการวิจัย อย่างถูกต้อง และหากมีความประสงค์ที่จะปรับเปลี่ยนชื่อหน่วยงานในเครื่องมือวิจัยโดยความกรุณาแจ้งกลับมาที่เจ้าของ เครื่องมือด้วย

ทั้งนี้ ขอให้ส่งคืนหนังสือรับรองการให้ประโยชน์จากผลงานวิจัย มายังคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ที่ นางเกษมเจริญใจ ไซสุจริยี e-mail: cjereaj@kku.ac.th ภายใน 1 เดือนนับจากที่ได้รับ หนังสือนี้ โดยสามารถ SCAN QR CODE หรือ Download แบบฟอร์มได้ที่ <https://kku.world/v3g2/>

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

งานวิจัยและบริหารวิชาการ  
คณะพยาบาลศาสตร์  
โทรศัพท์/โทรสาร 0 4320-2435

(รองศาสตราจารย์สมรภพ บรรณาทักษ์)  
รองคณบดีฝ่ายวิจัย นวัตกรรมและการต่างประเทศ  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



แบบฟอร์มหนังสือแจ้งรับรอง  
การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์



INU  
SWIFT The leading nursing education institute for the well-being of society



ที่ อว 0605.11/๑๗๑



คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย

จังหวัดมหาสารคาม 44150



55  
โรงพยาบาลยางตลาด  
รับที่ 1๔๔๖/25๖๗  
วันที่ 1๔ / ๑๖๐ / ๖  
เวลา 19.๕๗

ศูนย์รักษาพยาบาล  
เลขที่รับ 109  
วันที่ 14 / ๑๖๐ / ๖๗  
เวลา 14.5๐ น.

๓ พฤษภาคม 2567

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาความเสียหายของเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย 1 ชุด

ด้วย นายณรงค์ศักดิ์ ภูงศ์ลี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของสมาธิบำบัดต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาริยา สอนบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความปวดและแบบประเมินอาการท้องอืดกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง จำนวน 10 คน ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1-31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เพื่อนำไปหาความเสียหายของเครื่องมือวิจัย ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตให้ นายณรงค์ศักดิ์ ภูงศ์ลี เข้าเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด  
เพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ดร. พจนานันท์ อมรศรี

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ใน สก ๓๕๐. ม.มหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาริยา สอนบุญ โทร.089-2748106  
ชื่อนิสิต นายณรงค์ศักดิ์ ภูงศ์ลี โทร.089-4163581 email. 65010482003@msu.ac.th

นางสาวอรุณรัตน์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด  
(นายวิรัช ใจดี)

ฝ่ายรักษาพยาบาล  
 เลขที่รับ 1๒  
 วันที่ 1 ธ.ค. ๖7  
 เวลา ๐9.0๐ น.



โรงพยาบาลตาก  
 วันที่ 1 ธ.ค. ๖7  
 เวลา 8.40 น.

ที่ อว 0605.11/13๖0

คณะพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย  
 จังหวัดมหาสารคาม 44150

9 กรกฎาคม 2567

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตพยาบาลระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย จำนวน 1 ชุด

ด้วย นายณรงค์ศักดิ์ ภูงศ์ลี รหัสนิสิต 65010482003 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของสมาธิบำบัดต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาริยา สอนบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์เก็บข้อมูลการวิจัย จากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยางตลาด โดยใช้เครื่องมือ 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง 3) แบบบันทึกคะแนนความปวดผลผ่าตัดช่องท้อง ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ 1) แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการทำสมาธิบำบัด SKT 2) แบบประเมินระดับความสามารถผู้ป่วย ในการทำสมาธิบำบัด SKT และส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การทำสมาธิบำบัด SKT ทั้งนี้ ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามเลขที่ 381-301/2567 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2567 เรียบร้อย

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตให้ นายณรงค์ศักดิ์ ภูงศ์ลี เข้าเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบในการทำวิทยานิพนธ์นี้ มีความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด  
 - เพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ศาสตราจารย์ ดร. อาริยา สอนบุญ  
 รองศาสตราจารย์ ภูงศ์ลี ว.ล  
 171/161 ร้อยเอก 171 จันทบุรี  
 - อาจารย์ อาริยา

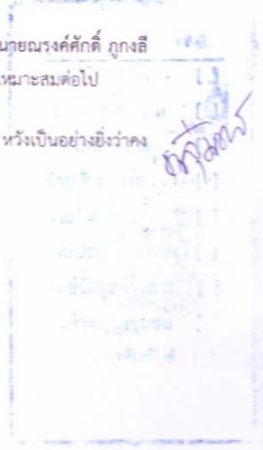
*(Signature)*

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล  
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท/โทรสาร 043-754357  
 อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาริยา สอนบุญ โทร.089-2748106  
 นิสิต นายณรงค์ศักดิ์ ภูงศ์ลี โทร.089-4163581 email: 65010482003@msu.ac.th

*(Signature)*  
 1 ธ.ค. ๖7

*(Signature)*  
 (นายกรวิชัย เจริญพร)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด





**แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร**  
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี  
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นายณรงค์ศักดิ์ ภูงสิ (ผู้วิจัย) เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของสมาธิบำบัดต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใด ๆ ต่อการได้รับการบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร  
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน (กรณีที่อ่านคำชี้แจงให้อาสาสมัครฟัง)  
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม  
(.....)

วันที่.....



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 381-301/2567

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The Effects of SKT Meditation on Pain and Abdominal Distention on Patients receiving Open Appendectomy.

ผู้วิจัย : นายณรงค์ศักดิ์ ภูงงลี

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 27 มิถุนายน 2567

วันหมดอายุ : 26 มิถุนายน 2568

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ภทรี สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิงรัตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ง  
เอกสารคำชี้แจงสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

พหุ ประทีป ชีวะ

## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มทดลอง)

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง

**ชื่อผู้วิจัย** นายณรงค์ศักดิ์ ภูงกลี

**สถานที่วิจัย** หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

**สถานที่ทำงาน** หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

**เบอร์โทรศัพท์** 089-4163581

**เรียน ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การศึกษานี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษานี้ ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษานี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ผู้วิจัยมีเวลาอย่างเพียงพอในการให้ท่านตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

### 1. การศึกษานี้เกี่ยวกับเรื่องอะไร

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องก่อนและหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด และเปรียบเทียบความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการศึกษาจะคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้นจำนวน 34 คน ระยะเวลาในการศึกษาต่อคนคือ 3 วันหลังผ่าตัด รูปแบบการศึกษาจะมีการสุ่มอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่มเท่า ๆ กัน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 17 คน และกลุ่มทดลอง 17 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการทำสมาธิบำบัด เป็นต้น

### 2. ที่มาและความสำคัญของการศึกษาคืออะไร

โรคไส้ติ่งอักเสบ เป็นโรคที่มีภาวะเร่งด่วนทางศัลยกรรมช่องท้อง เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกเพศทุกวัย และจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดทางช่องท้องเป็นการรักษาเพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข แต่อย่างไรก็ดีการผ่าตัดจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย กระบวนการผ่าตัดจะมีการลงมีดผ่านผนังหน้าท้อง เมื่อเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับการบาดเจ็บ จะมีการหลั่งสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาของการอักเสบไปกระตุ้นปลายประสาทรับรู้สีกเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยมีความปวด นอกจากนี้ขั้นตอนการผ่าตัดจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการถ่างขยายช่องท้อง ทำให้ลำไส้ได้รับความกระทบกระเทือนขณะผ่าตัด ร่วมกับการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้สูญเสียการเคลื่อนไหว รวมถึงการใส่ยาแก้ปวดชนิดรุนแรง มีผลทำให้การเคลื่อนไหวลำไส้และการบีบตัวของกระเพาะอาหารลดลง ส่งผลให้เกิดอาการ

ท้องอืด ซึ่งความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและครอบครัว ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นหากสามารถจัดการความปวดและอาการท้องอืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูปสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในนอนโรงพยาบาลได้ ผู้วิจัยจึงตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ตั้งแบบเปิดหน้าท้อง โดยผู้วิจัยสนใจศึกษาผลของสมาธิบำบัดต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ตั้งแบบเปิดหน้าท้อง เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนากิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ตั้งแบบเปิดหน้าท้องให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### 3. ท่านจะปฏิบัติตัวอย่างไร เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

ท่านมีอิสระที่จะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยนี้หรือไม่ก็ได้ แต่หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้วิจัยได้รับทราบหากท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับการศึกษานี้ และท่านเต็มใจจะเข้าร่วมการศึกษา เราจะให้ท่านลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและเราจะขอความร่วมมือท่านปฏิบัติตามข้อกำหนดของการศึกษาดังนี้

**ก่อนเข้าห้องผ่าตัด** ผู้วิจัยเข้าพบท่านที่หอผู้ป่วยใน สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับท่านด้วยการแนะนำตัว พูดคุยกับท่านด้วยความเป็นกันเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัด ผลข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึก ความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัด อธิบายให้ทราบถึงการทำสมาธิบำบัดตามสภาพของท่านทั้งหมด 5 ครั้ง ในระยะ 1-3 วันหลังผ่าตัด สอนให้ท่านฝึกทำสมาธิบำบัด SKT และให้คู่มือสมาธิบำบัด SKT เพื่อให้ท่านสามารถทบทวนซ้ำ

**วันที่ 1-3 หลังผ่าตัด** ผู้วิจัยจะเข้าพบท่านในวันที่ 1-2 หลังผ่าตัด เวลา 06.00 น. และเวลา 17.00 น. และวันที่ 3 หลังผ่าตัด เวลา 06.00 น. สร้างสัมพันธภาพกับท่าน ประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด หลังจากนั้นผู้วิจัยจะประเมินความพร้อมของท่านก่อนเริ่มการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 ถ้าพบว่าท่านไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อมก่อนเริ่มทำสมาธิบำบัด ผู้วิจัยจะงดการทดลอง และประเมินซ้ำอีกครั้งในการเข้าพบท่านในครั้งถัดไป เมื่อท่านทำสมาธิบำบัด SKT เสร็จ ผู้วิจัยจะประเมินความปวดและอาการท้องอืดหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด

### 4. ประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัดได้ตั้งแบบเปิดหน้าท้องได้ แต่ไม่ได้รับรองว่าความปวดและอาการท้องอืดจะลดลงอย่างแน่นอน นอกจากนี้หากโครงการนี้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ตั้งแบบเปิดหน้าท้อง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ตั้งแบบเปิดหน้าท้องจะได้รับการบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น พยาบาลได้แนวทางในการประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการพยาบาลการจัดการความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ตั้งแบบเปิดหน้าท้องและผู้ป่วยหลังผ่าตัดชนิดอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพ และพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ตั้งแบบเปิดหน้าท้องและผู้ป่วยหลังผ่าตัดชนิดอื่น ๆ ต่อไป

### 5. ความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับการเข้าร่วมโครงการ

ขณะทำสมาธิบำบัดท่านอาจมีอาการง่วงนอน หากท่านมีอาการแน่นอึดอัดหรือหน้ามืด ใหหยุดปฏิบัติและลงนั่งหรือนอนพักทันที หรือหากผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าท่านมีอาการเหนื่อยหรือเมื่อยล้า หรืออาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้ท่านหยุดการทำสมาธิบำบัดทันที หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้การพยาบาลเบื้องต้นและแจ้งให้หัวหน้าเวรพยาบาลรับทราบเพื่อวางแผนให้การพยาบาลต่อไป

#### 6. ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบายกาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้วิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบแจ้งบุคลากรทีมสุขภาพหรือผู้วิจัยทันที เพื่อจะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที

#### 7. การป้องกันความเสี่ยง และการแก้ไขกรณีเกิดปัญหา

ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการทำสมาธิบำบัดร่วมกับได้รับการพยาบาลตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และก่อนเริ่มการทำสมาธิบำบัด ผู้วิจัยจะประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง หากท่านไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อมก่อนทำสมาธิบำบัด ผู้วิจัยจะงดทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 หากท่านมีอาการข้างเคียงระหว่างทำสมาธิบำบัด ผู้วิจัยจะให้ท่านหยุดปฏิบัติพร้อมกับให้การพยาบาลเบื้องต้นและแจ้งให้หัวหน้าเวรพยาบาลรับทราบเพื่อวางแผนให้การดูแลต่อไป หรือหากท่านรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจ ท่านสามารถขอยุติการทดลองได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาของท่าน

#### 8. ความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ ผู้สนับสนุนการวิจัย กรณีพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นายณรงค์ศักดิ์ ภูงสิ (ผู้ทำวิจัย) หมายเลขโทรศัพท์ 089-4163581 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

#### 9. วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับโรคหรือสภาวะที่ท่านทำการศึกษา

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากท่านยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

#### 10. ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ท่านจะไม่มีค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

#### 11. ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

การเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ท่านจะไม่ได้ค่าตอบแทนแต่อย่างใด

#### 12. การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา และการขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากโครงการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านมีความจำเป็นต้องส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น
- แพทย์พิจารณาเปลี่ยนแผนการรักษาให้ผ่าตัดแบบส่องกล้อง หรือได้รับการฉีดยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ในภายหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย
- ท่านเป็นผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัด เช่น การเกิดภาวะช็อค ท่านยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ภายหลังการผ่าตัด ระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือมีอาการสับสนใน 1-3 วันหลังผ่าตัด เป็นต้น

### 13. การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นายณรงค์ศักดิ์ ภูงลี (ผู้ทำวิจัย)

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

### 14. สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

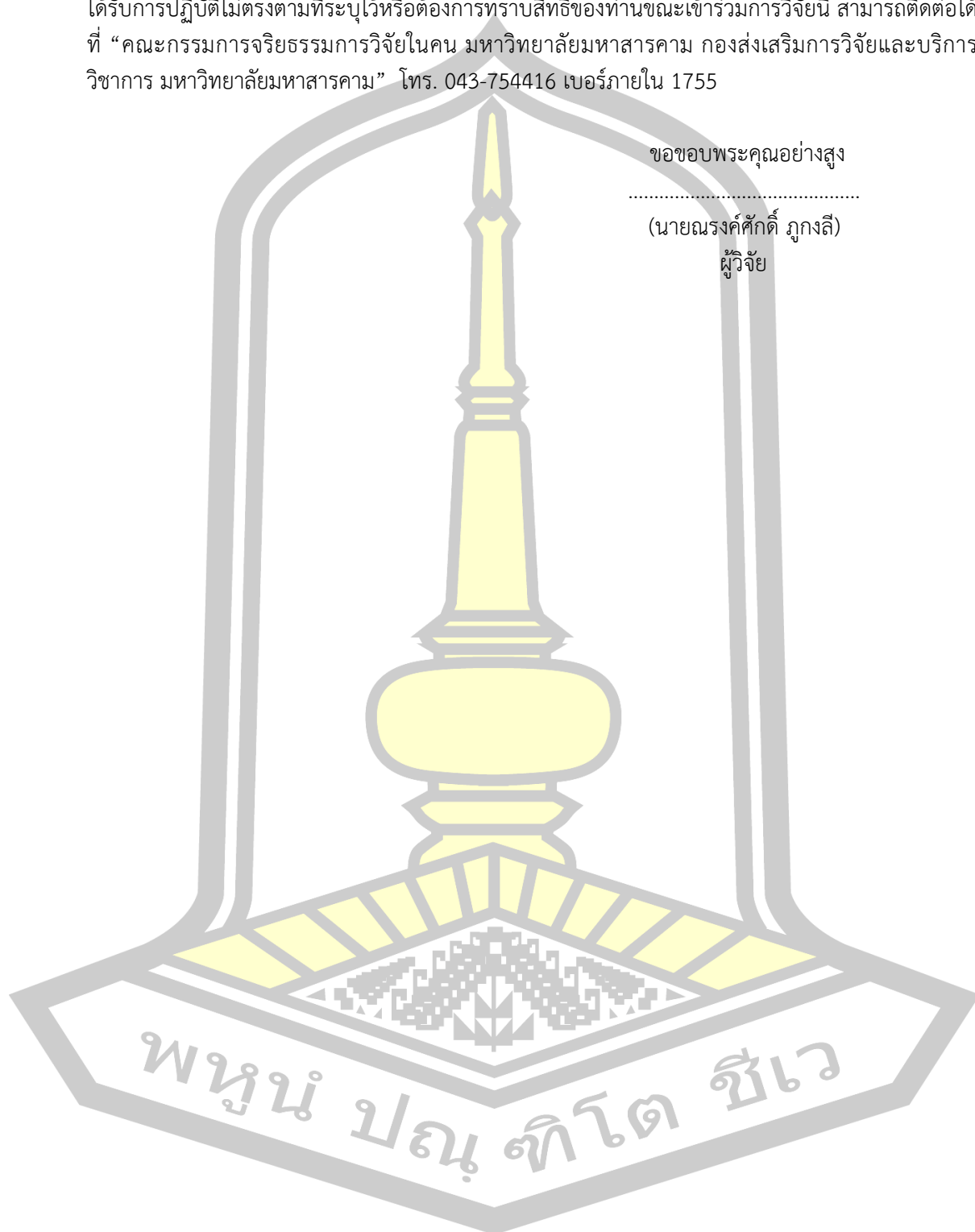
1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอลอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอลอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอม  
ที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

.....  
(นายณรงค์ศักดิ์ ภูงลี)

ผู้วิจัย



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มควบคุม)

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของสมาธิบำบัด SKT ต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง

**ชื่อผู้วิจัย** นายณรงค์ศักดิ์ ภูงกลี

**สถานที่วิจัย** หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

**สถานที่ทำงาน** หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

**เบอร์โทรศัพท์** 089-4163581

**เรียน** ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การศึกษา ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ มีผู้วิจัยมีเวลาอย่างเพียงพอในการให้ท่านตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

### 1. การศึกษาเกี่ยวข้องกับเรื่องอะไร

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องก่อนและหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด และเปรียบเทียบความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการศึกษาจะคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้นจำนวน 34 คน ระยะเวลาในการศึกษาต่อคนคือ 3 วันหลังผ่าตัด รูปแบบการศึกษาจะมีการสุ่มอาสาสมัครออกเป็น 2 กลุ่มเท่า ๆ กัน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 17 คน และกลุ่มทดลอง 17 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการทำสมาธิบำบัด เป็นต้น

### 2. ที่มาและความสำคัญของการศึกษาคืออะไร

โรคไส้ติ่งอักเสบ เป็นโรคที่มีภาวะเร่งด่วนทางศัลยกรรมช่องท้อง เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกเพศทุกวัย และจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดทางช่องท้องเป็นการรักษาเพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข แต่อย่างไรก็ดีการผ่าตัดจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระสภาพของร่างกาย กระบวนการผ่าตัดจะมีการลงมีดผ่านผนังหน้าท้อง เมื่อเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับการบาดเจ็บ จะมีการหลั่งสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาของการอักเสบไปกระตุ้นปลายประสาทรับรู้สีกเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยมีความปวด นอกจากนี้ขั้นตอนการผ่าตัดจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการถ่างขยายช่องท้อง ทำให้ลำไส้ได้รับความกระทบกระเทือนขณะผ่าตัด ร่วมกับการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้สูญเสียการเคลื่อนไหว รวมถึงการเข้ายาแก้ปวด

ชนิดรุนแรง มีผลทำให้การเคลื่อนไหวล่าช้าและการบีบตัวของกระเพาะอาหารลดลง ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืด ซึ่งความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและครอบครัว ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นหากสามารถจัดการความปวดและอาการท้องอืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูกายหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ลดค่าใช้จ่ายและระยะวันนอนโรงพยาบาลได้ ผู้วิจัยจึงตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง โดยผู้วิจัยสนใจศึกษาผลของสมาธิบำบัดต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนากิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### 3. ท่านจะปฏิบัติตัวอย่างไร เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

ท่านมีอิสระที่จะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยนี้หรือไม่ก็ได้ แต่หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้วิจัยได้รับทราบหากท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับการศึกษานี้ และท่านเต็มใจจะเข้าร่วมการศึกษา เราจะให้ท่านลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและเราจะขอความร่วมมือท่านปฏิบัติตามข้อกำหนดของการศึกษาดังนี้

**ก่อนเข้าห้องผ่าตัด** ผู้วิจัยเข้าพบท่านที่หอผู้ป่วยใน สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับท่านด้วยการแนะนำตัว พูดคุยกับท่านด้วยความเป็นกันเอง

**วันที่ 1-3 หลังผ่าตัด** ผู้วิจัยจะเข้าพบท่านในวันที่ 1 หลังผ่าตัด เวลา 06.00 น. ประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ และวันที่ 3 หลังผ่าตัด เวลา 06.00 น. ผู้วิจัยจะเข้าพบท่านอีกครั้งเพื่อประเมินความปวดและอาการท้องอืดหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

### 4. ประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องได้ แต่ไม่ได้รับรองว่าความปวดและอาการท้องอืดจะลดลงอย่างแน่นอน นอกจากนี้หากโครงการนี้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องจะได้รับการบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น พยาบาลได้แนวทางในการประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการพยาบาลการจัดการความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องและผู้ป่วยหลังผ่าตัดชนิดอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพ และพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้องและผู้ป่วยหลังผ่าตัดชนิดอื่น ๆ ต่อไป

### 5. ความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ

การวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงน้อย เนื่องจากท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ท่านอาจเสียเวลาในการประเมินความปวดและอาการท้องอืด อึดอัดหรือไม่สบายใจได้ และหากท่านมีอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างการศึกษา หรือหากผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าท่านมีอาการเหนื่อยหรือเมื่อยล้า

หรืออาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้ท่านหยุดการทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้การพยาบาลเบื้องต้นและแจ้งให้หัวหน้าเวรพยาบาลรับทราบเพื่อวางแผนให้การพยาบาลต่อไป

#### 6. ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบายกาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้วิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบแจ้งบุคลากรทีมสุขภาพหรือผู้วิจัยทันที เพื่อจะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที

#### 7. การป้องกันความเสี่ยง และการแก้ไขกรณีเกิดปัญหา

ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ท่านจะได้รับการประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ หากท่านมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจะให้การพยาบาลเบื้องต้นและแจ้งให้หัวหน้าเวรพยาบาลรับทราบเพื่อวางแผนให้การดูแลต่อไป หรือหากท่านรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจ ท่านสามารถขอยุติการทดลองได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาของท่าน

#### 8. ความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ ผู้สนับสนุนการวิจัย กรณีพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นายณรงค์ศักดิ์ ภูงสิ (ผู้ทำวิจัย) หมายเลขโทรศัพท์ 089-4163581 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

#### 9. วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับโรคหรือสภาวะที่ทำการศึกษา

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากท่านยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

#### 10. ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ท่านจะไม่มีค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

#### 11. ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

การเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ท่านจะไม่ได้ค่าตอบแทนแต่อย่างใด

#### 12. การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา และการขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากโครงการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านมีความจำเป็นต้องส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น
- แพทย์พิจารณาเปลี่ยนแผนการรักษาให้ผ่าตัดแบบส่องกล้อง หรือได้รับการฉีดยาระงับ

ความรู้สึกลังเลใจหลัง ในภายหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย

- ท่านเป็นผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัด เช่น การเกิดภาวะช็อค ท่านยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ภายหลังการผ่าตัด ระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือมีอาการสับสนใน 1-3 วันหลังผ่าตัด เป็นต้น

### 13. การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณี ที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัส ประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นายณรงค์ศักดิ์ ภูงลี (ผู้ทำวิจัย)

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

### 14. สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

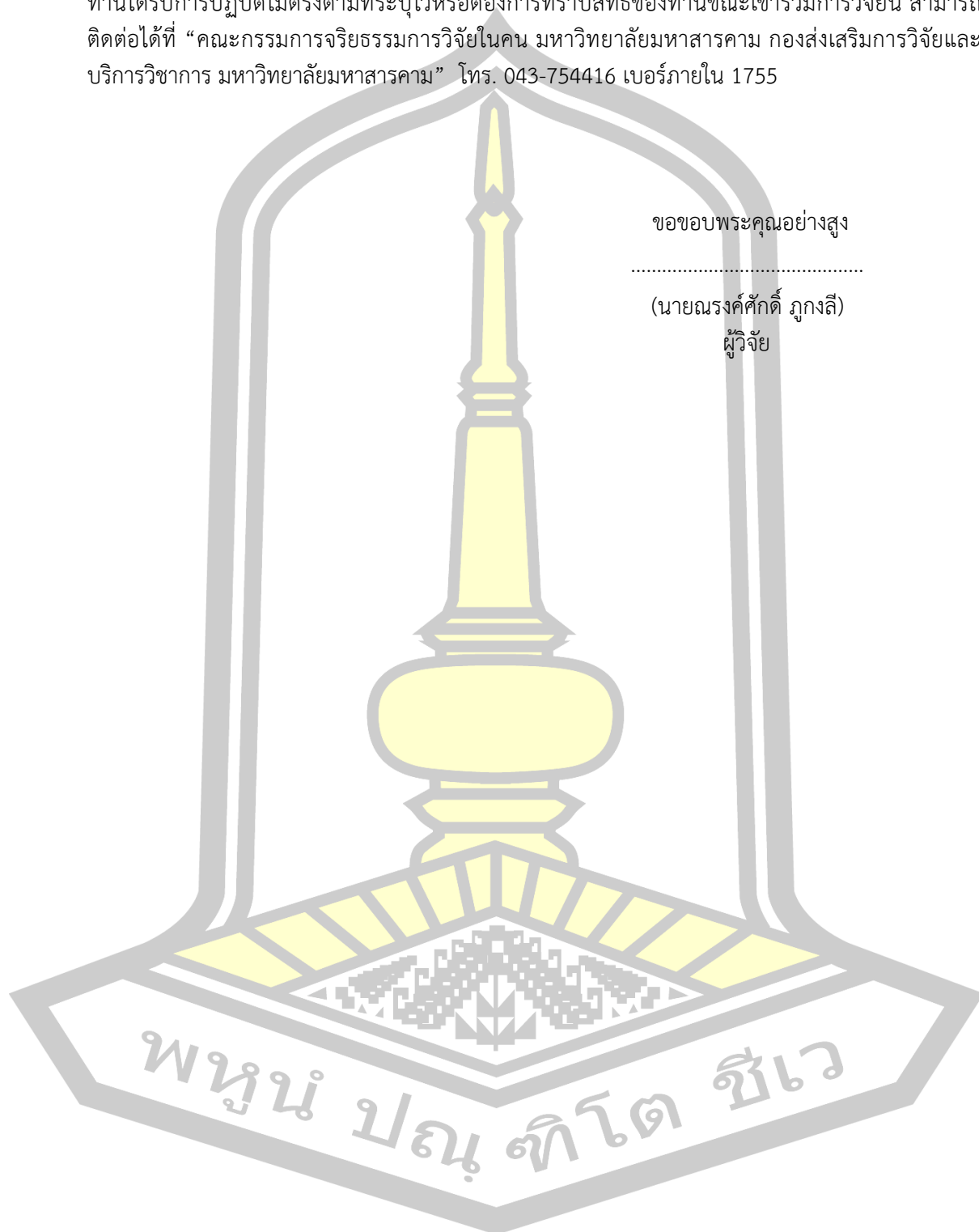
ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

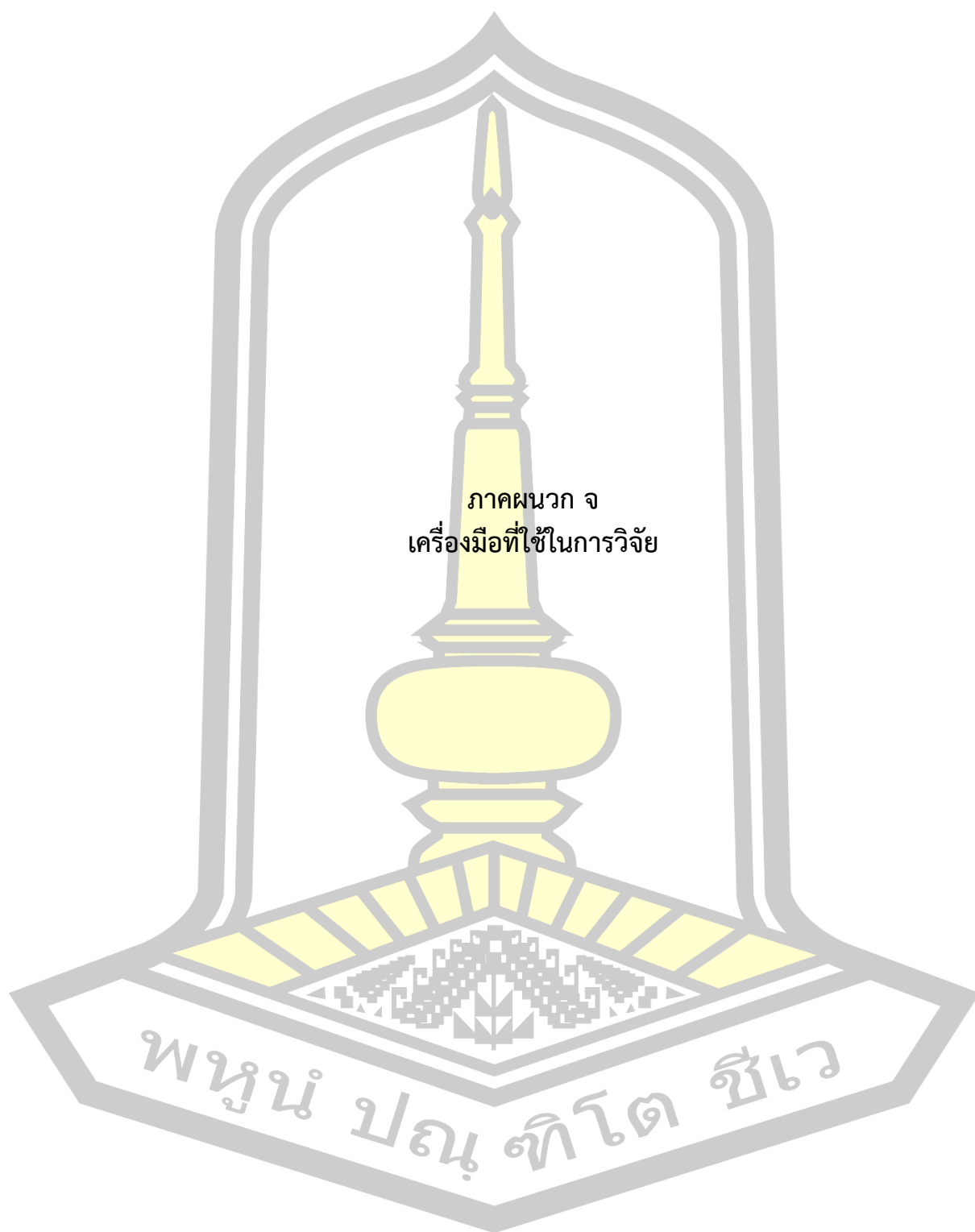
1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้ง ประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอลอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอลอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอม ที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพล บังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

.....  
(นายณรงค์ศักดิ์ ภูงลี)  
ผู้วิจัย





ภาคผนวก จ  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุ ประถมศึกษา

## ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (บันทึกโดยผู้วิจัย)

### 1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วย บันทึกโดยผู้วิจัย ซึ่งได้ข้อมูลจากการสอบถาม  
สังเกต และจากเวชระเบียนผู้ป่วย

#### 1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1) เพศ
 

|                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เพศชาย | <input type="checkbox"/> เพศหญิง |
|---------------------------------|----------------------------------|
- 2) อายุ ..... ปี
- 3) สถานภาพสมรส
 

|                               |                               |                                |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> โสด  | <input type="checkbox"/> หย่า | <input type="checkbox"/> หม้าย |
| <input type="checkbox"/> สมรส | <input type="checkbox"/> แยก  |                                |
- 4) ศาสนา
 

|                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> พุทธ   | <input type="checkbox"/> อิสลาม |
| <input type="checkbox"/> คริสต์ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ  |
- 5) ระดับการศึกษาสูงสุด
 

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ   | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา           | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี  |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ ..... |                                     |
- 6) อาชีพ
 

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม            | <input type="checkbox"/> ค้าขาย                         |
| <input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป        | <input type="checkbox"/> รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ ..... |   |
- 7) โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 

|  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ                    | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง |
| <input type="checkbox"/> โรคปอดเรื้อรัง              | <input type="checkbox"/> โรคภูมิแพ้ | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง          |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ (ถ้ามี)..... |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> ปฏิเสธโรคประจำตัว           |                                     |   |

รหัสประจำโครงการวิจัย.....

- |                          |             |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | กลุ่มทดลอง  |
| <input type="checkbox"/> | กลุ่มควบคุม |

## 8) สิทธิการรักษาในครั้งนี้

- ( ) หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ( ) ประกันสังคม  
 ( ) ชำระเงินเอง ( ) สิทธิข้าราชการ  
 ( ) อื่นๆ โปรดระบุ .....

## 1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

## 1) ประสบการณ์การผ่าตัด

.....

## 2) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ..... นาที

## 3) ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด ..... ml

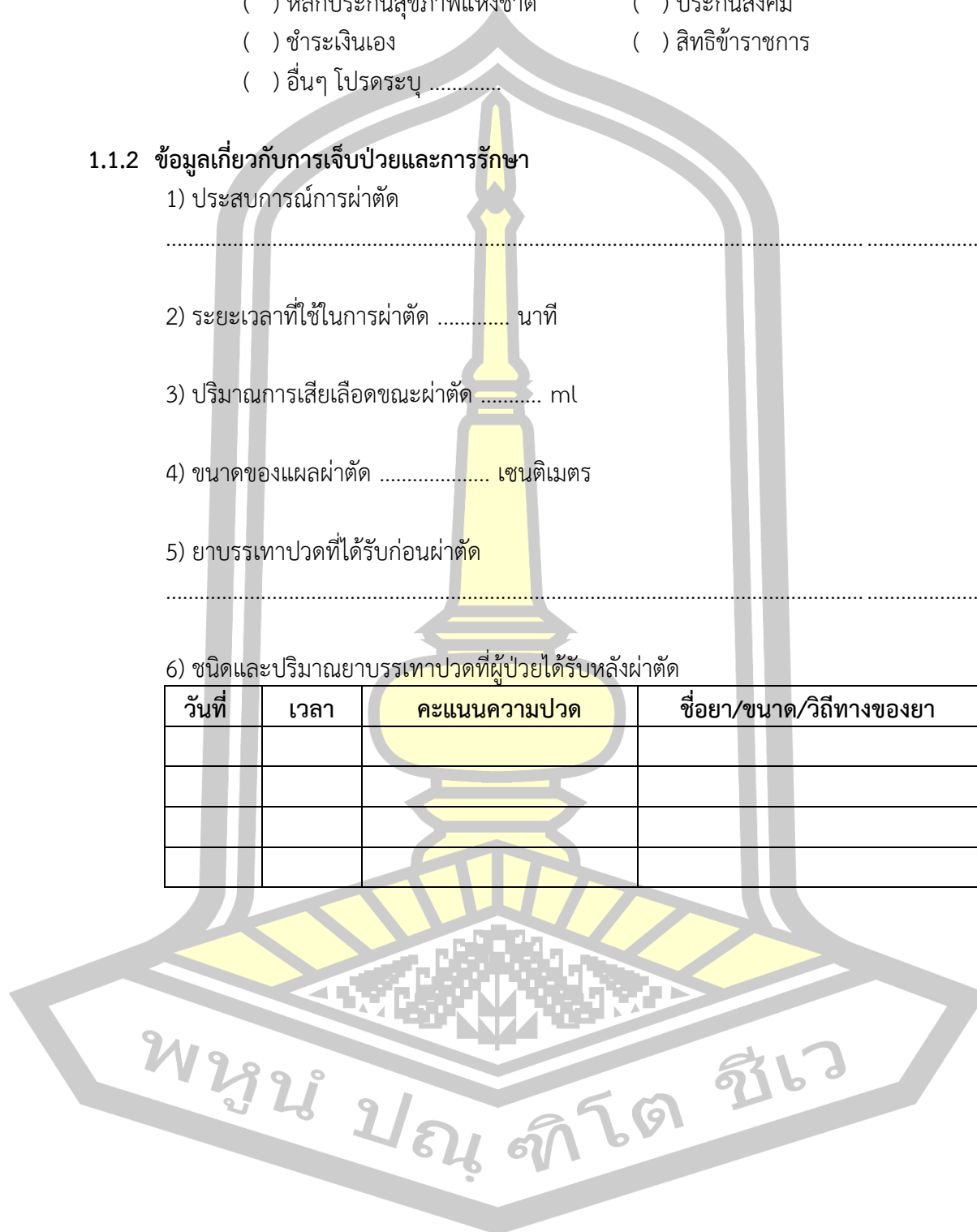
## 4) ขนาดของแผลผ่าตัด ..... เซนติเมตร

## 5) ยาบรรเทาปวดที่ได้รับก่อนผ่าตัด

.....

## 6) ชนิดและปริมาณยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับหลังผ่าตัด

| วันที่ | เวลา | คะแนนความปวด | ชื่อยา/ขนาด/วิธิต่างของยา |
|--------|------|--------------|---------------------------|
|        |      |              |                           |
|        |      |              |                           |
|        |      |              |                           |
|        |      |              |                           |



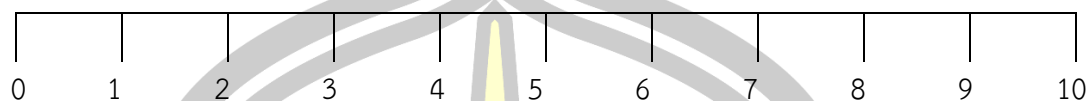
## 1.2. แบบประเมินอาการท้องอืด

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอาการท้องอืด ผู้วิจัยให้คะแนนตามอาการที่เกิดขึ้น ตามเกณฑ์ดังนี้

| การประเมิน  | เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนนที่ได้                                      |  |
|---|------------------|--|--|
|   |                  | ก่อนทดลอง<br>วันที่ 1 หลังผ่าตัด<br>เวลา..... น. | หลังทดลอง<br>วันที่ 3 หลังผ่าตัด<br>เวลา..... น. |
| <b>1. ความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง</b><br>-ปวดแน่นอึดอัดท้องมาก (8-10 คะแนน)<br>-ปวดแน่นอึดอัดท้องปานกลาง (5-7 คะแนน)<br>-ปวดแน่นอึดอัดท้องน้อย (2-4 คะแนน)<br>-ไม่รู้สึกปวดแน่นอึดอัดท้อง (0-1 คะแนน)                                | 4<br>3<br>2<br>1 |  |  |
| <b>2. การเรอ</b><br>-ไม่มีอาการเรอใน 4 ชั่วโมง<br>-มีการเรอ 1 ครั้งใน 4 ชั่วโมง<br>-มีอาการเรอ 2 ครั้งใน 4 ชั่วโมง<br>-มีอาการเรอมากกว่า 3 ครั้งใน 4 ชั่วโมง  | 4<br>3<br>2<br>1 |  |  |
| <b>3. การผายลม</b><br>-ไม่มีการผายลมเลย ใน 4 ชั่วโมง<br>-มีการผายลม 1 ครั้ง ใน 4 ชั่วโมง<br>-มีการผายลม 2 ครั้ง ใน 4 ชั่วโมง<br>-มีการผายลม 3 ครั้งขึ้นไป ใน 4 ชั่วโมง  | 4<br>3<br>2<br>1 |  |  |
| <b>4. เสี่ยงการเคลื่อนไหวของลำไส้</b><br>-ไม่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้<br>-มีการเคลื่อนไหวลำไส้ น้อยกว่า 3 ครั้ง/นาทีย<br>-มีการเคลื่อนไหวลำไส้ 3-5 ครั้ง/นาทีย<br>-มีการเคลื่อนไหวลำไส้ มากกว่า 5 ครั้ง/นาทีย                      | 4<br>3<br>2<br>1 |  |  |
| <b>5. ประเมินขนาดของเส้นรอบท้อง</b><br>(ขนาดเส้นรอบท้องปกติก่อนผ่าตัด..... ซม.)<br>-เพิ่มจากปกติ $\geq 6.1$ เซนติเมตร<br>-เพิ่มจากปกติ 4.1-6.0 เซนติเมตร<br>-เพิ่มจากปกติ 2.1-4.0 เซนติเมตร<br>-เพิ่มจากปกติ $\leq 2.0$ เซนติเมตร | 4<br>3<br>2<br>1 |  |  |
| <b>คะแนนรวม</b>   |                  |  |  |

### 1.3. แบบบันทึกคะแนนความปวดแผลผ่าตัดช่องท้อง

**คำชี้แจง** ผู้วิจัยประเมินความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) ประกอบด้วยข้อความถาม คือ ขณะนี้ท่านมีความปวดเท่าใด

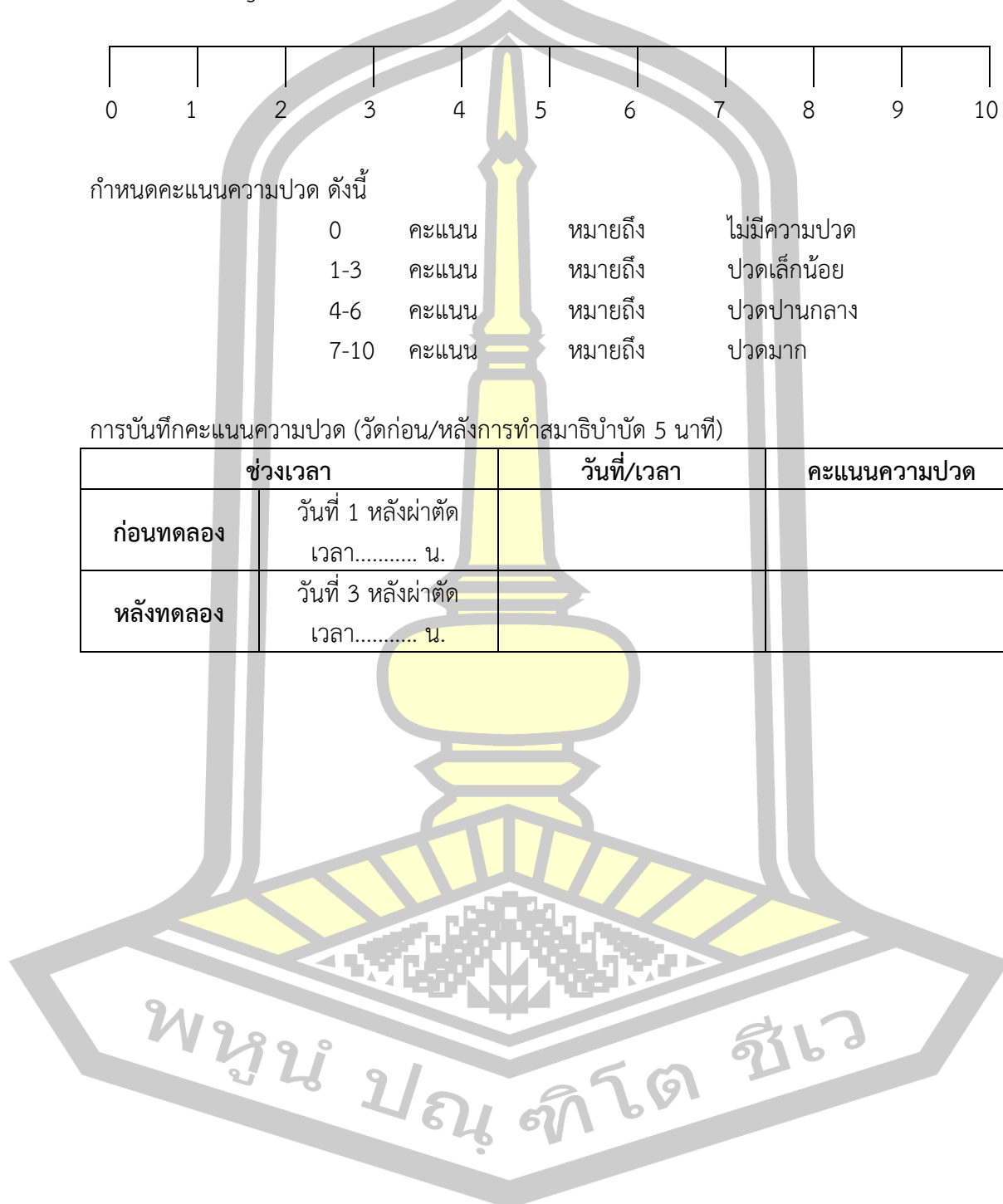


กำหนดคะแนนความปวด ดังนี้

|      |       |         |              |
|------|-------|---------|--------------|
| 0    | คะแนน | หมายถึง | ไม่มีความปวด |
| 1-3  | คะแนน | หมายถึง | ปวดเล็กน้อย  |
| 4-6  | คะแนน | หมายถึง | ปวดปานกลาง   |
| 7-10 | คะแนน | หมายถึง | ปวดมาก       |

การบันทึกคะแนนความปวด (วัดก่อน/หลังการทำสมาธิบำบัด 5 นาที)

|           | ช่วงเวลา                            | วันที่/เวลา | คะแนนความปวด |
|-----------|-------------------------------------|-------------|--------------|
| ก่อนทดลอง | วันที่ 1 หลังผ่าตัด<br>เวลา..... น. |             |              |
| หลังทดลอง | วันที่ 3 หลังผ่าตัด<br>เวลา..... น. |             |              |



## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

### 2.1. แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการทำสมาธิบำบัด SKT

**คำชี้แจง** ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 การบันทึกจะบันทึกจากการสอบถาม สังเกต และการวัดสัญญาณชีพ

| การประเมิน  | ช่วงเวลา   |        |            |        |            |        |            |        |            |        |
|---|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
|   | ครั้งที่ 1 |        | ครั้งที่ 2 |        | ครั้งที่ 3 |        | ครั้งที่ 4 |        | ครั้งที่ 5 |        |
|   | คำตอบ      |        | คำตอบ      |        | คำตอบ      |        | คำตอบ      |        | คำตอบ      |        |
|   | ใช่        | ไม่ใช่ | ใช่        | ไม่ใช่ | ใช่        | ไม่ใช่ | ใช่        | ไม่ใช่ | ใช่        | ไม่ใช่ |
| 1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้วัน เวลา สถานที่  |            |        |            |        |            |        |            |        |            |        |
| 2. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที  |            |        |            |        |            |        |            |        |            |        |
| 3. อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 16-24 ครั้ง/นาที  |            |        |            |        |            |        |            |        |            |        |
| 4. ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ระหว่าง 90-140 mmHg และขณะหัวใจคลายตัวอยู่ระหว่าง 60-90 mmHg |            |        |            |        |            |        |            |        |            |        |
| 5. ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน  |            |        |            |        |            |        |            |        |            |        |
| 6. ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด   |            |        |            |        |            |        |            |        |            |        |
| สรุปความพร้อมของผู้ป่วย (พร้อม / ไม่พร้อม)  |            |        |            |        |            |        |            |        |            |        |

**หมายเหตุ :** ไม่พร้อม หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติข้อใดข้อหนึ่ง ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างงดการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 และจะประเมินอีกครั้งในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งถัดไป



## 2.2. แบบประเมินความสามารถของผู้ป่วยก่อนการทำสมาธิบำบัด SKT

คำชี้แจง ผู้วิจัยประเมินความสามารถของผู้ป่วยก่อนการทำสมาธิบำบัด SKT บันทึกจากการสอบถาม สังเกต การตรวจร่างกายและการวัดสัญญาณชีพ

| ช่วงเวลา  | ระดับความสามารถของผู้ป่วย                                       |  |  |
|---|---|--|--|
|   | ระดับที่ 1 นอน  | ระดับที่ 2 นั่ง  | ระดับที่ 3 ยืน   |
|   | 1.อาการ/สัญญาณชีพคงที่<br>2.มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถนั่งและยืนได้ | 1.อาการ/สัญญาณชีพคงที่<br>2.สามารถลุกนั่งบนเตียงได้<br>3.มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถลุกยืนได้<br>4.ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ | 1.อาการ/สัญญาณชีพคงที่<br>2.สามารถลุกยืนข้างเตียงได้<br>3.ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ<br>4. Motor power grade 5 |
| การทำสมาธิบำบัด<br>ครั้งที่ 1<br>วันที่/เวลา..... | ระดับของผู้ป่วยที่ประเมินได้                                    |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 1 นอน                         | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 2 นั่ง   | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 3 ยืน  |
| การทำสมาธิบำบัด<br>ครั้งที่ 2<br>วันที่/เวลา..... | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 1 นอน                         | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 2 นั่ง   | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 3 ยืน  |
| การทำสมาธิบำบัด<br>ครั้งที่ 3<br>วันที่/เวลา..... | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 1 นอน                         | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 2 นั่ง   | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 3 ยืน  |
| การทำสมาธิบำบัด<br>ครั้งที่ 4<br>วันที่/เวลา..... | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 1 นอน                         | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 2 นั่ง   | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 3 ยืน  |
| การทำสมาธิบำบัด<br>ครั้งที่ 5<br>วันที่/เวลา..... | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 1 นอน                         | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 2 นั่ง   | <input type="checkbox"/> ระดับที่ 3 ยืน  |

พูน ปณ ทิโต ชเว

### ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

#### 3.1 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยของกลุ่มทดลอง

คำชี้แจง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 ในระยะ 1-3 วันหลังผ่าตัด โดยจะให้ทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 ในท่านอน ท่านั่งหรือทำยืน ตามระดับความสามารถของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองจะได้รับการทำสมาธิบำบัด SKT ทั้งหมด 5 ครั้ง ดังต่อไปนี้

| การทดลอง   | ช่วงเวลา                          | กิจกรรม                         |
|------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ครั้งที่ 1 | วันที่ 1 หลังผ่าตัด เวลา 06.00 น. | การทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 |
| ครั้งที่ 2 | วันที่ 1 หลังผ่าตัด เวลา 17.00 น. | การทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 |
| ครั้งที่ 3 | วันที่ 2 หลังผ่าตัด เวลา 06.00 น. | การทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 |
| ครั้งที่ 4 | วันที่ 2 หลังผ่าตัด เวลา 17.00 น. | การทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 |
| ครั้งที่ 5 | วันที่ 3 หลังผ่าตัด เวลา 06.00 น. | การทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 |

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยของกลุ่มทดลอง มีดังต่อไปนี้

| ช่วงเวลา                         | กิจกรรม   | ระยะเวลา |
|----------------------------------|---|----------|
| ก่อนผ่าตัด<br>ใช้เวลา<br>20 นาที | <p>1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยใน สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย</p> <p>1.1) วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อศึกษาผลของการทำสมาธิบำบัดต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง</li> </ul> <p>1.2) ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภายหลังจากท่านเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการทำสมาธิบำบัดทั้งหมด 5 ครั้ง และจะได้รับการประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนและหลังการทดลอง</li> <li>- ระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการวิจัย ท่านยังคงได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลตามปกติ</li> </ul> <p>1.3) ระยะเวลาในการวิจัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ท่านจะได้รับการทำสมาธิบำบัดในระยะวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด รวมทั้งหมด 5 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งที่ผู้วิจัยเข้าพบ จะใช้ระยะเวลาประมาณ 20-25 นาทีต่อครั้ง</li> </ul> <p>1.4) การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง และท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดการวิจัย โดยไม่ต้องบอกเหตุผลในการถอนตัว</li> </ul> | 5 นาที   |

| ช่วงเวลา | กิจกรรม   | ระยะเวลา |
|----------|---|----------|
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวขณะร่วมวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการได้รับการรักษาทั้งสิ้น</li> <li>- ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวมนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น</li> <li>- ท่านจะได้รับการประเมินความพร้อมก่อนเริ่มทำการวิจัยทุกครั้ง ขณะดำเนินงานวิจัยถ้าพบอาการผิดปกติจะหยุดการวิจัยและให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และรายงานพยาบาลบนหอผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป</li> </ul>  |          |
|          | <p>2. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน</p> <p>2.1) โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไส้ติ่ง เป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายที่ยื่นออกไปจากลำไส้ใหญ่ส่วนต้น อยู่ส่วนล่างข้างขวาของช่องท้อง ไม่ใช่อวัยวะที่มีความจำเป็นต่อระบบทางเดินอาหาร (Guttadauro, 2022)</li> <li>- ไส้ติ่งอักเสบ มีสาเหตุจากการอุดตันของไส้ติ่ง เช่น มีเศษอาหารตกลงไปในไส้ติ่ง หรือเกิดจากการอุดตันที่เกิดจากพยาธิลำไส้ เช่น พยาธิไส้เดือน ทำให้มีการติดเชื้อแล้วเกิดการอักเสบขึ้น (Guttadauro, 2022)</li> </ul> <p>2.2) วิธีการรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ การรักษาที่เหมาะสม คือ การได้รับการผ่าตัดเอาไส้ติ่งออกร่วมกับการใช้ยาปฏิชีวนะ</li> <li>- ท่านจะได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง ร่วมกับได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ซึ่งเป็นการผ่าตัดบริเวณท้องน้อยด้านขวา ผ่านผนังหน้าท้อง เข้าไปบริเวณลำไส้ส่วนลำไส้ใหญ่ส่วนต้นเพื่อนำเอาไส้ติ่งออกมา ขนาดแผลผ่าตัดยาว 3-10 เซนติเมตร โดยใช้เวลาผ่าตัดประมาณ 1 ชั่วโมง (Perrakis, 2021)</li> </ul> <p>2.3) ผลข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หลังกลับจากห้องผ่าตัด ท่านอาจเกิดผลข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เช่น อาการง่วงนอน อ่อนเพลีย ไม่มีแรง คลื่นไส้อาเจียน รู้สึกสับสนมึนงง เป็นต้น</li> <li>- หากท่านมีอาการข้างต้น ให้ท่านนอนพักบนเตียง และแจ้งบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อการดูแลรักษาผลข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้น</li> <li>- ท่านอาจมีอาการเสียงแหบ คอแห้ง เจ็บคอ เนื่องจากท่านได้รับการสอดท่อช่วยหายใจผ่านทางปากเข้าไปในลำคอ</li> </ul> | 10 นาที  |

| ช่วงเวลา                         | กิจกรรม   | ระยะเวลา |
|----------------------------------|---|----------|
|                                  | <p>ในระหว่างผ่าตัด</p> <p>2.4) ความปวดแผลผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ท่านจะมีความปวดแผลหลังผ่าตัด จากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ</li> <li>- การบรรเทาความปวดมีทั้งแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา เช่น การจัดท่านอนศีรษะสูง การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด การฟังเพลงที่ชอบ การหายใจเข้าลึก ๆ เพื่อผ่อนคลาย และการทำสมาธิ เป็นต้น</li> <li>- ผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวดชนิดรุนแรง เช่น อาการง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน อาการท้องอืด สับสน และหายใจช้า เป็นต้น</li> </ul> <p>2.5) อาการท้องอืดหลังผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อาการท้องอืดจากกระเพาะอาหารและลำไส้ยังไม่ฟื้นกลับมาทำหน้าที่ภายหลังการผ่าตัด ซึ่งเกิดจากผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และลำไส้ได้รับการกระทบกระเทือนขณะผ่าตัด</li> <li>- อาการท้องอืดหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นอึดอัดท้อง ไม่เรอ ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ และการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง เป็นต้น (Adiamah &amp; Lobo, 2020)</li> <li>- การลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่ง การเริ่มอาหารเร็วหลังผ่าตัด เป็นต้น</li> </ul> |          |
|                                  | <p>3. สอนและฝึกให้กลุ่มตัวอย่างทำสมาธิบำบัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการทำสมาธิบำบัดตามสภาพของผู้ป่วยในแต่ละระดับ และสอนให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทำสมาธิบำบัด SKT</li> <li>- ผู้วิจัยมอบโปสเตอร์การทำสมาธิบำบัดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนซ้ำได้</li> </ul> <p>4. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างครั้งถัดไป คือ พรุ่งนี้เช้า เวลา 06.00 น.</p>   | 5 นาที   |
| วันที่ 1 หลังผ่าตัด เวลา 6.00 น. | 1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนได้รับการทำสมาธิบำบัด   | 3 นาที   |

| ช่วงเวลา   | กิจกรรม   | ระยะเวลา       |
|--|---|----------------|
| <p>การทดลองครั้งที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 ใช้เวลาครั้งละ 20-23 นาที</p> | <p>2. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มการทำสมาธิบำบัด ถ้าพบว่าผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อมก่อนเริ่มทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 ผู้วิจัยจะงดการทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 และประเมินซ้ำอีกครั้งในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งถัดไป</p>  | <p>2 นาที</p>  |
|  | <p>3. หากกลุ่มตัวอย่างผ่านการประเมินความพร้อมก่อนเริ่มการทำสมาธิบำบัด ผู้วิจัยจะจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ แขนงป้ายห้ามรบกวน อธิบายให้ญาติและผู้มาเยี่ยมรับทราบไม่ให้รบกวนผู้ป่วยขณะทำสมาธิบำบัด</p> <p>4. จัดท่าทางให้สุขสบาย ดูแลความสุสบายก่อนการทำสมาธิบำบัด เช่น ดูแลขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น</p>  | <p>5 นาที</p>  |
|  | <p>5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 มีขั้นตอนดังนี้</p> <p>5.1. ผู้วิจัยจะประเมินสภาพผู้ป่วยแบ่งตามลำดับ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระดับที่ 1 นอนบนเตียง อาการ/สัญญาณชีพคงที่ ไม่สามารถนั่งและยืนได้</li> <li>- ระดับที่ 2 นั่งบนเตียง อาการ/สัญญาณชีพคงที่ นั่งบนเตียงได้แต่ไม่สามารถลุกยืนได้</li> <li>- ระดับที่ 3 ยืน อาการ/สัญญาณชีพคงที่ สามารถลุกยืนข้างเตียงได้ ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ Motor power grade 5</li> </ul> <p>5.2. ให้กลุ่มตัวอย่างทำสมาธิบำบัด SKT เทคนิคที่ 2 ในท่านอน ท่านั่ง หรือทำยืน ตามความพร้อมในแต่ละระดับ โดยมีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ยืนตรงในท่าที่สบาย สวมหรือไม่สวมรองเท้าก็ได้ แยกเท้าห่างเท่ากับช่วงไหล่ ถ้าสวมรองเท้าต้องเป็นรองเท้าแบน ค่อย ๆ หลับตาลง</li> <li>2) ค่อย ๆ ชูมือขึ้นเหนือศีรษะ ฝ่ามือสองข้างประกบกัน ต้นแขนแนบศีรษะ</li> <li>3) สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 ช้า ๆ แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1-5 อีกครั้งถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30 รอบ แล้วค่อย ๆ ลืมตาขึ้นช้า ๆ</li> <li>4) ค่อย ๆ แยกฝ่ามือออกจากกันช้า ๆ แขนตรงและเหยียดในท่าหงายฝ่ามือ ค่อย ๆ ลดระดับมือลงพร้อมกับลดระดับแขนที่ยืดเหยียดและมือลงไป 1 จังหวะนับ 1 ลดระดับแขนที่ยืดเหยียดและมือลงไปอีก 1 จังหวะนับ 2 ค่อย ๆ ลดมือลงช้า ๆ พร้อมกับนับจังหวะไปเรื่อย ๆ จนถึง 30 ระดับมือลดลงมาระดับต้นขาพอดี คิวฝ่ามือชิดต้น</li> </ol> | <p>10 นาที</p> |

| ช่วงเวลา                               | กิจกรรม  | ระยะเวลา |
|--|--|----------|
|  | <p>ขา ขยับมือและขา เท้า เล็กน้อยในท่ายืนตรง</p> <p>5) ถ้าทำในท่านั่ง ต้องนั่งหลังตรง แล้วค่อย ๆ ยกมือขึ้น ฝ่ามือประกบกัน และฝึกเช่นเดียวกับท่ายืน</p> <p>6) ถ้าทำในท่านอน ต้นแขนสองข้างต้องแนบใบหู ฝ่ามือที่ประกบกัน ต้องไม่ปล่อยลดไปถึงระดับพื้น หลังฝึกครบ 30 รอบ ให้ลดระดับแขนลงโดยต้องทำซ้ำ ๆ ค่อย ๆ ลดแขนลง ข้อศอกพับและค่อย ๆ ลดมือลงจนถึงต้นขา นับ 1-30 จังหวะเช่นเดียวกับท่ายืนหรือท่านั่ง</p> |          |
| วันที่ 3<br>หลังผ่าตัด<br>เวลา 6.00 น. | 1. ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างทำสมาธิบำบัดครบแล้ว ผู้วิจัยซักถามความสบาย ประเมินความปวดและอาการท้องอืดหลังได้รับการทำสมาธิบำบัด  | 3 นาที   |

### 3.2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยของกลุ่มควบคุม

**คำชี้แจง** ผู้วิจัยจะจัดให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และจะได้รับการประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนและหลังการทดลอง โดยขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยของกลุ่มควบคุม มีดังต่อไปนี้

| ช่วงเวลา   | กิจกรรม   | ระยะเวลา |
|------------|---|----------|
| ก่อนผ่าตัด | <p>1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยใน สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย</p> <p>1.1) วัตถุประสงค์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อศึกษาผลของการทำสมาธิบำบัดต่อความปวดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง</li> </ul> <p>1.2) ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภายหลังจากท่านเข้าร่วมการวิจัย ท่านยังคงได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลตามปกติ และจะได้รับการประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ</li> </ul> <p>1.3) ระยะเวลาในการวิจัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ท่านจะได้รับการประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนการทดลองในวันที่ 1 หลังผ่าตัด เวลา 06.00 น. หลังจากนั้นท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด และจะได้รับการประเมินความปวดและอาการท้องอืดหลังการทดลองในวันที่ 3 หลังผ่าตัด เวลา 06.00 น.</li> <li>- ผู้วิจัยจะเข้าพบท่านตามระยะเวลาที่กำหนด และจะ</li> </ul> | 5 นาที   |

| ช่วงเวลา  | กิจกรรม   | ระยะเวลา |
|---|---|----------|
|   | <p>ประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้ท่านได้รับการพยาบาลตามปกติ และจะประเมินความปวดและอาการท้องอืดหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ</p> <p>1.4) การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง และท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดการวิจัย โดยไม่ต้องบอกเหตุผลในการถอนตัว</li> <li>- การไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวขณะร่วมวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการได้รับการรักษาทั้งสิ้น</li> <li>- ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวมนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น</li> </ul> |          |
|   | <p>2. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับจำนวนครั้งในการเข้าพบและการประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ</p> <p>3. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างครั้งถัดไป คือ พรุ่งนี้เช้า เวลา 06.00 น.</p>  | 5 นาที   |
| <p><b>วันที่ 1</b><br/><b>หลังผ่าตัด</b><br/>เวลา 6.00 น.</p> | <p>1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ</p>   | 5 นาที   |
| <p><b>การทดลอง</b><br/>วันที่ 1-3<br/><b>หลังผ่าตัด</b></p>   | <p>1. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติตามมาตรฐานโรงพยาบาล ในระยะวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด</p>  |          |
| <p><b>วันที่ 3</b><br/><b>หลังผ่าตัด</b><br/>เวลา 6.00 น.</p> | <p>1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความปวดและอาการท้องอืดก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ</p>   | 5 นาที   |
| <p><b>หลังการทดลอง</b></p>                                    | <p>1. หลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจะสอนและฝึกให้กลุ่มควบคุมทำสมาธิบำบัด เพื่อให้ได้รับประโยชน์เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมมีอิสระที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการฝึกสมาธิบำบัดดังกล่าว</p>  | 5 นาที   |

### 3.3 สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการวิจัย

คำชี้แจง สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการวิจัย ได้แก่ สายวัดรอบเอว และ Stethoscope เพื่อใช้ประกอบการประเมินอาการท้องอืด และโปสเตอร์แสดงจำนวนครั้งการทำสมาธิบำบัดและขั้นตอนในการปฏิบัติ มอบให้กลุ่มทดลองในครั้งแรกที่เข้าพบก่อนการผ่าตัด เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถทบทวนซ้ำได้

## การทำสมาธิบำบัด

ท่านจะได้รับการทำสมาธิบำบัดทั้งหมด 5 ครั้ง

- 1** วันที่ 1 หลังผ่าตัด เวลา 06.00-07.00 น.
- 2** วันที่ 1 หลังผ่าตัด เวลา 17.00-18.00 น.
- 3** วันที่ 2 หลังผ่าตัด เวลา 06.00-07.00 น.
- 4** วันที่ 2 หลังผ่าตัด เวลา 17.00-18.00 น.
- 5** วันที่ 3 หลังผ่าตัด เวลา 06.00-07.00 น.

**SKT** สมาธิบำบัด

ทำที่ 1

หลังผ่าตัดทำทางจุกเล็ก ๆ กลับมาหายใจได้วัน 1-3 แล้วผ่อนคลายใจจากทางผ่าตัด



ผู้ที่เริ่มฝึกมีก  
เวลาทำท่าสมาธิ  
20 รอบ  
สมาธิใจ

ผู้ที่ฝึกชำนาญแล้ว  
เวลาทำท่าสมาธิ  
30-40 รอบ  
สมาธิใจ

ประโยชน์ของทำนี้  
ให้ผ่อนคลายจากทางผ่าตัด  
ลดความเครียด

**SKT** สมาธิบำบัด

ทำที่ 2

ชุด 2 ทำหัดพร้อมกับให้ต้นแบบแบบ  
ชุดสมาธิใช้งานรอบ  
แล้วปล่อยมือซ้ำๆ เป็น 1-30



ผู้ที่เริ่มฝึกมีก  
เวลาทำท่าสมาธิ  
20 รอบ  
สมาธิใจ

ผู้ที่ฝึกชำนาญแล้ว  
เวลาทำท่าสมาธิ  
30-40 รอบ  
สมาธิใจ

ประโยชน์ของทำนี้  
สมาธิใจดี สบายใจ  
ลดความเครียด

## ขั้นตอนการปฏิบัติ

**1** เตรียมความพร้อม

จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ  
จัดท่าทางให้สบาย  
ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ  
ก่อนการทำสมาธิบำบัด

**หากอาการของท่านยังไม่คงที่**

1. ท่านสามารถทำสมาธิบำบัดโดยการกำหนดลมหายใจในท่านอน

2. ให้ท่านหลับตา หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจนับ 1-3 และค่อยๆ หายใจออกทางปาก นับ 1-5 ถือว่าครบ 1 รอบ ให้ทำทั้งหมด 30 รอบ

**2** หากทำในท่ายืน

1. ยืนในท่าที่สบาย แยกเท้าห่างกับช่วงไหล่ และค่อย ๆ กลับตา

2. ชูมือขึ้นเหนือศีรษะ ฝ่ามือสองข้างประกบกัน

3. สูดลมหายใจเข้าทางจุกเล็กๆ นับ 1-5 กลั้นหายใจ นับ 1-3 และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ นับ 1-5 ถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำ 30 รอบแล้วค่อยๆ ลืมตา

4. ค่อย ๆ แยกฝ่ามือออกจากกัน ค่อย ๆ ลดระดับมือลงมาระดับต้นขา ค่อยๆ ฝ่ามือชิดต้นขา

**3** หากทำในท่านอน

1. ต้นแขนสองข้างต้องแนบในหู ฝ่ามือประกบกันต้องไม่ปล่อยลงไปถึงระดับพื้น

2. หลังทำครบ 30 รอบ ให้ลดระดับแขนลงช้าๆ ช้อนอกพับและค่อยๆ ลดมือลงจนถึงต้นขา

**4** หากทำในท่านั่ง

นั่งหลังตรง ยกมือขึ้น ฝ่ามือประกบกัน และทำเช่นเดียวกับท่ายืน

## ประวัติผู้เขียน

|                      |  |
|----------------------|--|
| ชื่อ                 | นายณรงค์ศักดิ์ ภูงลี   |
| วันเกิด              | 27 พฤษภาคม 2538  |
| สถานที่เกิด          | จังหวัดกาฬสินธุ์   |
| สถานที่อยู่ปัจจุบัน  | บ้านเลขที่ 80 หมู่ที่ 18 ต.บัวบาน อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์ 46120  |
| ตำแหน่งหน้าที่การงาน | พยาบาลวิชาชีพ  |
| สถานที่ทำงานปัจจุบัน | โรงพยาบาลยางตลาด   |
| ประวัติการศึกษา      | พ.ศ. 2550 ประถมศึกษา โรงเรียนโคกก่องราษฎร์นุกูล<br>พ.ศ. 2553 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนโคกคำวิทยา<br>พ.ศ. 2556 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์<br>พ.ศ. 2561 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา<br>พ.ศ. 2568 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ<br>พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัย<br>มหาสารคาม |
| ทุนวิจัย             | -  |
| ผลงานวิจัย           | -  |

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว