



การจัดการความปวดด้วยการเจริญภาวนา PAIN MANAGEMENT THROUGH PRAYER

วัลัยนารี พรหมลา*¹ นพมาศ ขำสมบัติ² ศิริวรรณ ตันนุกูล³ ชัชวาล วงศ์สารี⁴ และ นฤนาท ยืนยง⁵
^{1,2,3}คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ⁴คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
⁵คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
 *ผู้รับผิดชอบบทความ: walainaree@hotmail.com

Walainaree Pommala*¹ Nopamas Khamsimbat² Siriwan Tunukoon³ Chutchavarn Wongsaree⁴
 and Nurunart Yuenyong⁵

^{1,2,3}Faculty of Nursing, Pathumthani University ⁴Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

⁵Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

*Corresponding author: walainaree@hotmail.com

บทคัดย่อ

ความปวดเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการสังการของสมอง หรือจากเนื้อเยื่อของร่างกาย ถูกทำลาย หรือเกิดจากความรู้สึกในจิตใจของแต่ละบุคคลที่ไม่พึงปรารถนา ดังนั้นพยาบาลจึงมีหน้าที่ในการจัดการความปวดที่เป็นบทบาทอิสระและไม่อิสระ รวมถึงบทบาทในการเป็นผู้ให้ความรู้ และภาวะผู้นำ ซึ่งหากพยาบาลสามารถให้การดูแลโดยการประเมินจากปัญหาของผู้ป่วย และสามารถลดอาการปวดได้โดยไม่ต้องใช้ยาอันเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อจัดการความปวด คือ การทำภาวนาทั้งแบบที่เป็นสมถะ และวิปัสสนา โดยสมถะสมาธิ คือ การเพ่งอยู่ในอารมณ์ใด อารมณ์หนึ่ง เพื่อให้เกิดความสงบเยือกเย็นในอารมณ์นั้น และวิปัสสนาสมาธิ ที่ต้องเอาสติเข้าไปรับรู้อยู่กับสภาวะที่เกิดขึ้นในขณะที่เกิดความรู้สึกปวดอย่างแท้จริงตามสิ่งที่ปรากฏ ซึ่งการเจริญภาวนาทั้งสองวิธีสามารถลดความปวดได้ ดังนั้นหากพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการเจริญภาวนาด้วยการทำสมาธิก็เป็นทางเลือกหนึ่งในการลดความปวดกับผู้ป่วยในกรณีที่ไม่ใช่ยา อันจะส่งผลดีต่อการบำบัดความปวดและทำให้ผู้ป่วยได้รับการความสบาย ปลอดภัย เกิดความพึงพอใจในการให้บริการ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

Received : 18 July 2021

Revised : 23 December 2021

Accepted : 23 December 2021

Online publication date : 29 December 2021



คำสำคัญ : การจัดการความปวด / การเจริญภาวนา

Abstract

Pain was a sensation produced by the brain's commands or from the tissues of the body being destroyed or caused by feelings in the mind of the individual that are not desirable. Therefore, nurses have independent and dependent roles in pain management including roles as educators and leadership. The nurses can provide care by assessing the patient's problems and can reduce pain without medication, providing an independent role of nurses in providing care to patients for pain management without using medication by practicing both Samatha and Vipassana meditation. Samatha meditation is focusing on a particular emotion in order to achieve peace and tranquility in that emotion, and Vipassana meditation is the state that occurs at the time of the actual pain sensation appears. Both methods of meditating can reduce pain. Therefore, if nurses are knowledge able about meditation which is an alternative way to reduce pain for patients without nursing medication. It will have a positive effect on pain treatment and make patients feel comfortable, safe, satisfied with the service, and effectively affect the quality of life of patients.

Keywords: Pain management / Prayer

บทนำ

ความปวดเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลที่พบบ่อย ไม่ว่าจะเป็นอาการปวดจากการบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุหรือปวดเรื้อรังจากโรคต่างๆ พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลาขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดด้วยวิธีการต่างๆซึ่งการระงับปวดที่ดีต้องมีการประเมินที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ อันจะเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่ความสำเร็จในการบำบัดความปวดด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาด้วยการจัดการความปวดด้วยการเจริญภาวนา เพื่อเกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ให้สามารถเผชิญและปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะสุขภาพ และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้เขียนจะ



อธิบายถึงกลไกของความปวด บทบาทพยาบาลกับการจัดการความปวด และการจัดการความปวด ด้วยการเจริญภาวา เพื่อนเป็นแนวทางให้พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการความปวดได้เข้าใจ และสามารถนำไปดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ความปวด หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนา และประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการมีทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย โดยความปวดที่เกิดขึ้นมีกลไกดังนี้

กลไกความปวดเกิดจากกระบวนการทางชีวเคมีและสรีรวิทยา ประกอบด้วย 5 กระบวนการได้แก่ (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ, 2555; Paul, et.al, 2006)

- Transduction
- Transmission
- Modulation and pathways
- Pain perception
- Pain behaviors

กระบวนการทั้ง 5 นี้สามารถเรียงลำดับเป็นขั้นตอนได้ดังต่อไปนี้

1. Transduction ซึ่งการทำงานจะเกี่ยวข้องกับ Prostaglandins และ Leukotrienes เป็น Pain sensitizers ช่วยให้ปลายประสาทของ C-fiber (Nociceptor) อ่อนไหวมี Threshold ที่ต่ำลงและถูกกระตุ้นด้วย K⁺ ได้ง่ายขึ้น เมื่อ Nociceptor ถูกกระตุ้นจะส่งกระแสไฟฟ้าไปตามเส้นประสาทเข้าสู่ไขสันหลัง แต่ในขณะเดียวกันจะมีกระแสประสาทบางส่วนวิ่งสวนทางออกไปยังทางแยกของ Nociceptor (Antidromic impulse) ไปหลั่งสาร Substance P (SP) ออกจากปลายประสาท C-fiber นั้นเอง ซึ่ง SP ที่หลั่งออกมานี้จะไปกระตุ้นและขยายหลอดเลือดให้หลั่งสาร Bradykinin (BK) ออกมาพร้อมๆ กับการหลั่งสาร Histamine (H) ออกจาก Mast cells และสาร Serotonin (5-hydroxytryptamine; 5HT) ออกจากเกร็ดเลือด สารที่ถูกหลั่งออกมาทั้งหมดนี้จะไปช่วยกระตุ้น Nociceptor ทำให้ Threshold ลดลงไปแล้วเกิดเป็น Nerve action potential (NAP) จะวิ่งไปตามเส้นประสาทเข้าสู่ไขสันหลังเพื่อส่งต่อไปยัง Cerebral cortex แล้วแปลผลเป็นความปวดขึ้น

นอกจากสารทั้งหมดที่ได้กล่าวไปแล้วยังมีสารเคมีอีกหลายตัวที่ถูกสร้างและ หลั่งออกมาในบริเวณที่มีเนื้อเยื่อถูกทำลาย(บริเวณอักเสบ) เช่น CGRP, C5a, PAF, opioids, IL-1, NO, CCK เป็นต้น ซึ่งสารทั้งหมดนี้จะช่วยกันเป็น “Sensitizing soup” ทำให้การกระตุ้น Nociceptor ของความปวดนั้นให้มี Threshold ต่ำลงเรื่อย ๆ นั้นเอง



2. Transmission คือ การส่งกระแสไฟฟ้าในรูปของ Nerve action potential (NAP) จากปลายประสาท Nociceptor ไปยังไขสันหลัง โดยเข้าทาง Dorsal horn ไป Synapse กับ Second order neurons ซึ่งตำแหน่งที่เข้าของ A คือ lamina 1 และ 2 ส่วน C-fiber จะเข้าทาง Lamina 2 และ Large-diameter fiber (A) จะเข้าทาง Dorsal column ผ่านไปยัง Lamina V แล้วส่ง Excitatory branches ไปที่ Wide dynamic range neurone (WDR) และ Inhibitory branches ขึ้นไปที่ประตูดู (G, gate) ซึ่งอยู่ใน Lamina 2 อีกด้วย นั่นก็คือทั้งหมดนี้จะไปบรรจบกันที่ประตูดู (G) ใน Substantia gelatinosa (SG) ซึ่งอยู่ใน lamina ของไขสันหลัง

3. Modulation and pathways เมื่อ A, C และ A fibers วิ่งเข้าสู่ไขสันหลังผ่าน Dorsal horn โดยก่อนที่มันจะถึงประตูดู (G) มันจะไปต่อกับ Second order neurons หลายชนิด เช่น Stalk cell, islet cell และ Antenna cell แล้วในที่สุดก็จะไป Synapse กับประตูดู (gate) ซึ่งอยู่ใน Substantia gelatinosa ซึ่งทำหน้าที่เปิด-ปิด รับความรู้สึกปวดตามทฤษฎีของ Melzack and Wall โดยการกระตุ้น A b จะปิดประตูดูรับความรู้สึกปวด แต่การกระตุ้น C-fiber จะเป็นการเปิดประตูดูส่ง Nerve impulse ผ่านไปยัง Wide dynamic range neuron (WDR) ใน Lamina 5 ซึ่งจะไปทำเป็น Pain pathways เข้าสู่ Thalamus นอกจากนี้ที่ตัวประตูดู (G) ยังมีการควบคุมการเปิด-ปิดรับความรู้สึกปวดจาก higher centers ของสมองอีกด้วย (Central control) เส้นประสาทขนาดใหญ่ (L; A) และเส้นประสาทขนาดเล็ก (S; C-fiber) จะส่งความรู้สึกเป็นกระแสไฟฟ้าไปยัง Substantia gelatinosa (SG) และ Central transmission cell (CT) ของ Spinal cord เมื่อกระตุ้น L-fiber จะมีผลกระตุ้นการทำงานของ SG cell ซึ่งจะไปยังยังการทำงานของ T cell เป็นการปิดประตูดู ทำให้ไม่ได้รับความรู้สึกปวด ในทางตรงกันข้าม ถ้ากระตุ้น S-fiber จะไปยังยังการทำงานของ SG cell แต่กระตุ้นการทำงานของ T cell ทำให้ประตูดูเปิดรับความรู้สึกปวดได้

4. Pain perception เมื่อมีการกระตุ้น T cell ทำให้ประตูดูเปิด จะกลายเป็น Pain pathway ที่มีชื่อว่า Neospinothalamic tract (NT) วิ่งตรงเข้าสู่บริเวณ Lateral thalamus แล้วไปสิ้นสุดที่ Somatosensory cortex (SSC) ซึ่งแปลความรู้สึกเป็นความเจ็บปวด และส่วน C-fiber จะกลายเป็น Paleospinothalamic tract (PT) โดยมีสาขาแยกไปยัง Reticular formation (RF) และ Limbic system (LM) แล้วไปสิ้นสุดที่ Association cortex (ASC) โดยผ่านทาง Medial thalamus เป็นความรู้สึกปวด ซึ่งมีทั้งความทุกข์ทรมานและต้องการการบำบัดรักษา

5. Pain behaviors เกิดจากกระแสประสาทจาก Association cortex (ASC) จะถูกส่งผ่านไปยัง Motor cortex เพื่อบอกว่ามีความปวดเกิดขึ้นแล้ว และร่างกายก็จะแสดงอาการนี้ออกมาได้หลายรูปแบบ เช่น ร้องครวญ หน้านิ่ว คิ้วขมวด ร้องไห้ หรือนอนนิ่ง ๆ เป็นต้น ส่วน



Impulse จาก Somatosensory cortex (SSC) จะส่งผ่านไปยัง Motor cortex เช่นกัน แต่เพื่อเตือนให้ร่างกายทราบว่ามีอันตรายที่เกิดขึ้นเท่านั้น ให้หลีกเลี่ยงเสีย

กลไกการเกิดความรู้สึกเจ็บและปวดโดยกระบวนการทั้ง 5 นี้รวมกันเรียกว่า Nociception ซึ่งหมายถึงการที่ Noxious stimuli (เข็มแทง มีดบาด น้ำร้อนลวก) ถูกเปลี่ยนให้เป็นกระแสไฟฟ้า (Electrical impulse) แล้ววิ่งไปตามเส้นประสาท C-fiber เข้าสู่ไขสันหลัง และถูกส่งต่อไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งก่อนที่จะมีการแปลเป็นความเจ็บและความปวดนั้น จะต้องถูก Modulation ทั้งที่ประตู่ (G) และจาก Higher brain centers เสียก่อน

ทฤษฎี ควบคุมประตู่ (Gate control theory) เกิดขึ้นในปี 1965 โดย Melzack and Wall ได้นำเสนอทฤษฎีประตู่ควบคุมความเจ็บปวด (Gate Control Theory) โดยอธิบายการเกิดความเจ็บปวดว่า เกิดจากภาวะที่ไม่สมดุลของสัญญาณประสาทที่ส่งจาก Nociceptors กับ Proprioceptors (Ia, Ib) ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายว่าการส่งต่อสัญญาณรับรู้ถูกควบคุมโดยสัญญาณประสาทจากเส้นประสาทขนาดเล็กที่นำกระแสประสาทช้า และเส้นประสาทขนาดใหญ่ที่นำกระแสประสาทเร็ว ซึ่งการกระตุ้นเส้นประสาทขนาดเล็กมีผลเปิดประตู่แต่การกระตุ้นเส้นประสาทขนาดใหญ่มีผลปิดประตู่ (ลดความเจ็บปวด) ประตู่ที่ควบคุมการส่งสัญญาณประสาทความรู้สึกเจ็บปวดจะส่งสัญญาณต่อไปยัง Transmitter cells หรือ T cells จะถูกควบคุมโดยสัญญาณจากเส้นประสาทขนาดเล็กและใหญ่ นอกจากนี้การควบคุมประตู่ยังสามารถทำได้จากทั้งเส้นประสาทขาขึ้น และขาลง หมายความว่า สัญญาณประสาทจากระบบประสาทส่วนกลางมีผลในการควบคุมประตู่ด้วย การควบคุมการปิดหรือเปิดประตู่หรือควบคุมการส่งสัญญาณความรู้สึกเจ็บปวดไปสู่สมองเกิดขึ้นที่ Dorsal horn ของไขสันหลัง ซึ่งไขสันหลังทำตัวเปรียบเสมือนประตู่เปิดและปิด การส่งต่อสัญญาณประสาทที่นำความรู้สึกเจ็บปวด ก่อนที่จะถูกส่งไปสู่สมอง ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนอง ต่อความเจ็บปวด ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการกับความเจ็บปวด โดยมีกระบวนการที่สำคัญดังนี้

1. โครงสร้างของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งประกอบด้วยใยประสาทการรับรู้ขนาดใหญ่ (A fiber) และขนาดเล็ก (C fiber) ที่นำกระแสความเจ็บปวด (Pain impulse) เข้าสู่ไขสันหลัง (Spinalcord) ก้านสมอง (Brain stem) และเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ซึ่งเป็นส่วนที่แปลผล บริเวณไขสันหลังจะมีกลุ่มเซลล์ทำหน้าที่ปิด-เปิดประตู่ การกระตุ้นบริเวณผิวหนัง เช่น การถู การนวด การกดจุดการใช้ความร้อน-ความเย็น เป็นต้น ซึ่งจะกระตุ้นเส้นประสาทขนาดใหญ่ที่อยู่บริเวณเนื้อเยื่อของผิวหนังนำกระแสประสาทที่เร็วกว่าและมากกว่ากระแสประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก ระบบควบคุมประตู่จะปิด ทำให้กระแสความเจ็บปวดไปไม่ถึงสมองจึงไม่เกิดความเจ็บปวด ตรงกันข้ามถ้าใยประสาทขนาดเล็กที่นำกระแสประสาทจากการหดรัดตัวของมัดลูกและ



ปากมดลูกมีจำนวนมากกว่าใยประสาทขนาดใหญ่ระบบควบคุมประตูจะเปิด กระแสความเจ็บปวดก็จะถูกส่งไปยังสมอง เกิดการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บปวด

2. ก้านสมอง ธารามัสและเปลือกสมอง เมื่อถูกกระตุ้นจะส่งสัญญาณยับยั้งไปบริเวณประตูทำให้ประตูปิด ดังนั้นกระแสความเจ็บปวดจึงไม่สามารถขึ้นไปถึงสมอง เมื่อกระตุ้นใยประสาทสมองจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกระแสความเจ็บปวดได้หลายวิธี คือการกระตุ้นประสาทสัมผัส (Sensory stimulation) เช่น การได้ยิน การสัมผัส การมองเห็น เป็นต้น การกระตุ้นการรับรู้ (Cognitive stimulation) เช่น การใช้กิจกรรมเฉพาะที่ต้องใช้ความคิด การใช้สมาธิ เป็นต้น การปรับอารมณ์ความรู้สึก (Affective modulation) เช่น การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การลดความวิตกกังวลโดยการให้ความรู้ เป็นต้น และยังขึ้นอยู่กับ 3 ระบบ ดังต่อไปนี้

2.1 ระบบรับรู้และแยกแยะ (Sensory-discriminative system) ระบบนี้รับสัญญาณประสาทจากใยประสาทเอ-เดลตา (A-delta) มาที่ไขประสาทส่วนหลัง (Dorsal horn) และส่งผ่านไปยังสมองส่วนนีโอสไปโนธาลามิกแทรค (Neospinothalamic tract) ไปที่ธารามัส (thalamus) และส่งผ่านไปยังโซมาโตเซนซอรี คอर्टเท็กซ์ (Somatosensory cortex) ทำให้เกิดการรับรู้และแปลผลเกี่ยวกับการแยกแยะตำแหน่ง ลักษณะความรุนแรง และระยะเวลาของความเจ็บปวด

2.2 ระบบเร้าทางอารมณ์ (Motivational-affective system) ระบบนี้รับสัญญาณประสาทจากใยประสาทซี (C-fiber) มาที่ไขประสาทส่วนหลัง (Dorsal horn) ส่งผ่านไปยังสมองส่วนพาลีโอสไปโนธาลามิก แทรค (Paleo spinothalamic tract) มาที่เรติคูลาร์ โฟร์เมชัน (Reticular formation) บริเวณก้านสมอง (Brain stem) ธารามัส (Thalamus) ระบบลิมบิก (Limbic system) และที่เปลือกสมอง (Cerebral cortex) ทำให้เกิดการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์และแปลผล เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่พึงพอใจ เป็นทุกข์ต่อการเกิดความเจ็บปวด ทำให้มีแนวโน้มที่จะกระทำโต้ตอบ หลีกหนี ยับยั้ง หรือกำจัดความเจ็บปวด ระบบเร้าทางอารมณ์นี้ จะกระตุ้นการทำงานของระบบควบคุม การส่งผ่านสัญญาณประสาทนำลงให้ยับยั้งการส่งผ่านสัญญาณประสาทความเจ็บปวดและแสดงผลกลับไปที่ระบบควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังด้วย

2.3 ระบบคิดพิจารณาและประเมินผล (Cognitive-evaluation system) เป็นกระบวนการของระบบประสาทส่วนกลางระดับสูงขึ้นไปคือ นีโอคอร์ติคอล (Neocortical) ซึ่งอยู่บริเวณคอर्टเท็กซ์ (Cortex) ระบบนี้จะประเมินสัญญาณประสาทนำเข้าของความเจ็บปวดโดยเกี่ยวข้องกับความรู้ความจำประสบการณ์เดิมในอดีต ปฏิกริยาที่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด โดยแสดงต่อทั้งระบบรับรู้ และแยกแยะ ระบบเร้าทางอารมณ์ และระบบควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังด้วย และเมื่อสัญญาณประสาทส่งผ่านเข้าสู่คอर्टเท็กซ์แล้วจะส่งกลับมาที่ระบบควบคุมประตูที่ระดับไข



เส้นหลังทางคอร์ติโคสไปนอลแตรค (Corticospinal tract) เพื่อควบคุมความเจ็บปวดโดยการปรับสัญญาณประสาทความเจ็บปวด

การทำงานของทั้ง 3 ระบบนี้จะเกิดขึ้นพร้อมกัน ทำงานประสานกันและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวด สามารถบอกตำแหน่ง ลักษณะ ความรุนแรง ระยะเวลาของความเจ็บปวด และลักษณะของสิ่งกระตุ้นได้อย่างละเอียด รวมทั้งทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมต่อความเจ็บปวด โดยการเตรียมพร้อมที่จะต่อสู้หรือหนีซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยมีปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องเช่น ประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เคยได้รับ ลักษณะทางวัฒนธรรมและสังคม เป็นต้น ดังนั้นความเจ็บปวดจึงมิได้เป็นเพียงสิ่งที่เกิดจากการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดให้เกิดความเจ็บปวดเท่านั้น แต่ยังเป็นประสบการณ์ที่สำคัญของบุคคลอีกด้วย (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ, 2542; Bonica & Loeser, 2001; Keane et al., 2002) ดังนั้นหากไม่สามารถจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นได้ย่อมส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้ ซึ่งผลกระทบของความปวดที่เกิดขึ้นกับร่างกายมีมากมาย

บทบาทพยาบาลกับการจัดการความปวด

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งบทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดนั้นมีทั้งบทบาทอิสระและไม่อิสระ รวมถึงบทบาทในการเป็นผู้ให้ความรู้ และภาวะผู้นำ เป็นต้น ดังนั้นหากพยาบาลสามารถให้การดูแลรักษาได้เองโดยประเมินจากปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะกิจกรรมที่สามารถลดอาการปวดได้โดยไม่ต้องใช้ยา ซึ่งการใช้ยาก็มีความเสี่ยงและเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี และมีประสิทธิภาพนั้นต้องอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยและมีขั้นตอน และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งปัจจุบันพบว่ามียุทธวิธีการจัดการกับความปวดมากมาย เช่น การนวด การผ่อนคลาย การสวดมนต์ และการทำสมาธิ การเล่นเกมดิจิทัล การเล่นเกมดนตรี เป็นต้น ซึ่งต้องเป็นกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจที่เคยทำมาก่อน (Wilkie, 2000) หากพยาบาลสามารถบริหารจัดการความปวดให้ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่ใช้ยาด้วยการเจริญภาวนาและสอนแก่ผู้ป่วยให้ปฏิบัติได้ย่อมส่งผลดีต่อผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยจะได้รับการความสุขสบาย ปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจ ในการให้บริการด้วยการจัดการความปวด

การจัดการความปวดด้วยการเจริญภาวนา

การจัดการความเจ็บปวดด้วยการเจริญภาวนา สามารถคลายความตึงเครียดที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งแสดงให้เห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองที่เปลี่ยนจากภาวะของการตื่นตัวแบบเครียด



ไปสู่ภาวะการตื่นตัวรับรู้แบบที่พร้อมแต่ไม่ตื่นเต้น (Restal alterness) ทำให้ความวิตกกังวลลดลง ลดการเฝ้าทางอารมณ์ เช่น ความหงุดหงิด ฉุนเฉียว การทำ สมาธิทำให้มีการลดระดับกรดแลคติก และระดับคอร์ติซอลในเลือด ซึ่งสารเคมีทั้ง 2 ชนิดนี้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าให้เกิดความเจ็บปวด

การภาวนา มีอยู่ 2 แบบ คือ สมาธิแบบสมถะ (Concentration meditation) และ วิปัสสนาสมาธิ (Mindfulness meditation) ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงทั้งสมถะ และวิปัสสนาสมาธิ (พระธรรมปิฎก, 2540)

การจัดการความปวดด้วยการทำสมาธิแบบสมถะ คือ การเป็นสมาธิที่ตั้งมั่นอยู่กับอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งโดยเฉพาะ มีภาวะจิตที่แน่วแน่ต่อสิ่งที่กำหนด หรือภาวะจิตที่มีอารมณ์เป็นหนึ่ง (เอกัคคตา) (พระธรรมปิฎก, 2544)หรือเป็นการปฏิบัติแบบธรรมดาต่างๆ คือ กำหนดความนึกคิดให้ใจจดจ่อสงบนิ่งอยู่กับสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพียงอย่างเดียว เช่น การกำหนดจิตให้นิ่งจดจ่ออยู่ที่ลมหายใจเข้าออก หรืออยู่ที่คำ พุทสองสามพยางค์ เช่น พุทโธ สัมมา อรหัง การนับ หนึ่ง สอง สาม เพื่อให้เกิดการคงอยู่กับอารมณ์นั้นๆ เพื่อให้เกิดความสงบเยือกเย็น และมีอารมณ์เดียวแนบแน่นอยู่กับสิ่งนั้น (พระกัมมภูฏานาจารย์ อู บัณฑิตาภิวัจนะ, 2543) อาการปวดก็จะถูกกลืน และคลายความปวดไปได้ และจากการศึกษาของ เก็จทอง เสตะสีกร (2541) พบว่า การฝึกสมาธิแบบสมถะในผู้ป่วยแผลไหม้ ส่งผลให้ความปวดลดลงได้ ผู้ป่วยที่เคยฝึกสมาธิมาก่อน จึงอาจจะทำ สมาธิเพื่อระงับความเจ็บปวดให้กับตนเอง ลักษณะของจิตที่เป็นสมาธิ ต้องเป็นจิตที่มีคุณภาพและสมรรถภาพดีที่สุด มีพลัง ราบเรียบ สงบซึ่ง ไส้กระจ่าง นุ่มนวล ควรแก่การเจริญสมาธิตามวิธีธรรมชาติ ซึ่งการทำสมาธิมีผลต่อระบบสรีรวิทยาของร่างกายช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจโดยมีผลไปลดการเฝ้าทางอารมณ์และการรับรู้ในระดับสมองและส่งผลลงมาควบคุมความปวดศีรษะโดยการปิดประตู (Close gate) ในระดับไขสันหลังทำให้ไม่สามารถส่งสัญญาณความปวดศีรษะได้ ทั้งยังช่วยลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิคที่สมองส่วนไฮโปธาลามัสด้วยทำให้อาการปวดลดลง การทำสมาธิถือเป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ลึกซึ้งที่สุด เพราะจิตใจจะสงบ และปลอดภัยจากความคิดที่ซ้ำซาก ฟุ้งซ่าน วิตกกังวล เศร้า โกรธ ฯลฯ หากฝึกสมาธิเป็นประจำ จะทำให้จิตใจเบิกบาน อารมณ์เย็น งามแจ่มใสหายเครียด จนตัวเองและคนใกล้ชิตรู้สึกถึงความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีนี้ได้อย่างชัดเจน

การจัดการความปวดด้วยการทำสมาธิแบบวิปัสสนา ซึ่งการเจริญวิปัสสนา หมายถึงการเจริญสติปัญญา 4 ได้แก่ กาย เวทนา จิต และธรรม (พระธรรมธีรราชมหามุนี, 2550) สำหรับการจัดการความปวดด้วยการทำสมาธิแบบวิปัสสนา คือ การที่บุคคลเข้าไปรู้สภาพที่ปรากฏของร่างกาย และสภาวะอารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น รวมถึงความคิด โดยไม่จดจ่ออยู่กับสภาวะใดสภาวะหนึ่ง หรือเป็นการย้ายอารมณ์หนึ่งไปสู่อีกอารมณ์หนึ่ง โดยใช้ปัญญาในการพิจารณาสภาวะที่

เกิดขึ้นตามหลักอริยสัจ 4 คือ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ และมรรค ซึ่งทุกขเวทนาเป็นกิจที่ควรกำหนดรู้ สมุทัย เป็นกิจที่ควรละ นิโรธ เป็นกิจที่ควรทำให้แจ้ง และมรรค ต้องทำให้รู้แจ้ง (พระธรรมปิฎก, 2544) เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกปวดเกิดขึ้นโดยเป็นทุกขเวทนา ซึ่งเป็นหนึ่งในสติปัฏฐาน 4 เป็นกิจที่ควรกำหนดรู้ หากผู้ป่วยสามารถกำหนดรู้ถึงความปวดที่เกิดขึ้น เข้าไปดูลักษณะอาการที่ปรากฏเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไปในทุกขณะจิต ซึ่งความปวดไม่ได้หายไป มีแต่ความปวดใหม่เกิดขึ้นมาในปัจจุบัน และหากยังรับรู้ถึงความปวดที่เกิดขึ้นว่าเป็นทุกข์ทรมาน โกรธ หรือเคียด เป็นต้น ก็ให้เอาสติเข้าไปรับรู้ถึงสภาวะอาการที่เกิดขึ้นในขณะนั้นอย่างแท้จริง

การรับรู้ถึงความปวดโดยที่ไม่ไปยึดติดกับอาการปวด เพราะเป็นเพียงรูปที่เกิดดับเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาไม่สามารถควบคุมได้ เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นไปตามกฎแห่งไตรลักษณ์ คือ อนิจจัง ทุกขัง และอนัตตา (อารี นัยบ้านดำน และทิพมาศ ชินวงศ์, 2556) ซึ่งหากบุคคลใดสามารถฝึกปฏิบัติสมาธิ จนสามารถเข้าไปเห็นความจริงของลักษณะอาการปวดที่เกิดขึ้นได้ หรือแม้กระทั่งสภาวะอื่นที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากความปวด จะทำให้จิตตั้งมั่นอยู่ในความระลึกรู้ มีสติ และปัญญารู้แจ้งได้ ซึ่งสรุปก็คือ ความปวดเป็นเพียงสภาวะที่ถูกรู้โดยสติเท่านั้น ดังภาพประกอบที่ 1 (พระกัมมัญฐานาจริยะ อุ บัณฑิตาภิวงสะ, 2543)



ภาพประกอบที่ 1 การเจริญภาวนาแบบวิปัสสนากับการรับรู้ความปวด

จากการศึกษาผลของสมาธิแบบวิปัสสนาต่อความปวดที่เกิดจากการกระตุ้นไฟฟ้า พบว่าความปวดลดลงภายหลังจากการฝึกปฏิบัติสมาธิ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้การทำสมาธิมีประสิทธิภาพในการยับยั้งความปวด คือ ไม่ได้ส่งผลต่อการทำงานของสมองส่วนใดส่วนหนึ่งเพียงส่วนเดียวแต่ส่งผลต่อกระบวนการหลายระดับที่สมองสั่งให้เกิดความรู้สึกปวด (Zeidan, Gordon, Merchant & Goolkasian, 2010) นอกจากนี้ขณะที่มีการเจริญภาวนาพบว่า จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทาง



สรีรวิทยา คือ กล้ามเนื้อจะเกิดการคลายตัว มีผลทำให้อัตราการหายใจลดลง ความต้านทานของผิวหนังเพิ่มขึ้น และมีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (endorphin) จะมีความรู้สึกสดชื่น สบาย และการฝึกสมาธิยังสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ (จำลอง ดิษยวณิช, 2544) ซึ่งจะทำให้สามารถลดความปวดได้หากร่างกายเกิดการผ่อนคลาย

บทสรุป

ความปวดที่เกิดขึ้นเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการสังการของสมอง และหรือจากเนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลาย พยาบาลผู้มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการความปวดที่เกิดขึ้น ต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงความปวด และการจัดการความปวดนอกจากการใช้ยา นั่นคือการเจริญภาวนาเพื่อบำบัดความปวดที่เกิดขึ้นทั้งในด้าน สมถะสมาธิ คือ การเพ่งอยู่ในอารมณ์ใด อารมณ์หนึ่ง เพื่อให้เกิดความสงบเยือกเย็นในอารมณ์นั้น และวิปัสสนาสมาธิ ที่ต้องเอาสติเข้าไปรับรู้อยู่กับสภาวะที่เกิดขึ้นในขณะที่เกิดความรู้สึกปวดอย่างแท้จริงตามสิ่งที่ปรากฏ ซึ่งการเจริญภาวนาทั้งสองวิธีสามารถลดความปวดได้ ดังนั้นหากพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการเจริญภาวนาด้วยการทำสมาธิก็เป็นทางเลือกหนึ่งในการลดความปวดกับผู้ป่วยในกรณีที่ไม่ใช้ยา และจะส่งผลดีต่อการบำบัดความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บรรณานุกรม

- เก็จทอง เสตะกสิกร. (2541). **ผลการฝึกสมาธิชนิดอปปปัญญา 4 ในผู้ป่วยแผลไหม้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จำลอง ดิษยวณิช. (2544). **จิตวิทยาของความดับทุกข์ : ประโยชน์ของการฝึกสมาธิ**. เชียงใหม่: บริษัท กลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- พระกัมมัฏฐานาจริยะ อุ บัณฑิตาภิวงสะ. (2543). **การอบรมศีล เจริญภาวนาเบื้องต้น และวิปัสสนาญาณ**. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.
- พระธรรมธีรราชมหามุนี. (2550). **วิปัสสนากรรมฐาน**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทประยูรวงศ์พรินต์ติ้ง จำกัด
- พระธรรมปิฎก. (2544). **พุทธธรรม**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ธรรมสภา.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ. (2555). **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล**. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- อารี นุ้ยบ้านด่าน และทิพมาศ ชิมวงศ์. (2556). “สมาธิกับการรับรู้ความปวด”. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. ปีที่ 33 ฉบับที่ 1. (มกราคม-เมษายน). หน้า 69-74.

- Editor. (2010). **Meditation reduces the emotional impact of pain**. [Online]. Available from <http://www.manchester.ac.uk/aboutus/news/archive/list/item/?id=5801&year=2010&month=06..> Cited on 20 February 2020.
- Melzack, R., Wall PD. (1965). "Pain mechanisms: A new theory". **Science**. Vol. 150. pp. 971-979.
- Paul M. Paris, Donald M. Yealy. (2006). **Pain management**. In Adams, Barsan (eds): Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice: (6th ed.). Mosby Elsevier.
- Wilkie, DJ. (2000). **Nursing management pain**. St. Louis: Mosby.
- Zeidan, F., Gordon, N.S., Merchant, J. & Goolkasian, P. (2010). "The effects of brief mindfulness meditation training on experimentally induced pain". **The Journal of Pain**. Vol.11 No.3. pp 199-209.