

## บทความวิชาการ

### การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตร

สุพรรณษา จิตรสม<sup>a</sup>, บานเย็น แสนเรียน<sup>\*</sup>, พรหมกาย์ ต้นทอง<sup>\*\*</sup>

#### บทคัดย่อ

ความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นปัญหาที่สำคัญ เป็นความรู้สึกและประสบการณ์ของมารดาหลังคลอดที่รับรู้ถึงความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจากการผ่าตัด เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารกระตุ้นความปวด ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ทำให้อ่อนเพลีย วิตกกังวล รู้สึกไม่สุขสบาย ส่งผลต่อกิจวัตรประจำวัน การดูแลบุตรหลังคลอดและสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร ดังนั้นการดูแลการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยให้มารดาหลังคลอดเผชิญความปวดและควบคุมความปวดได้ โดยการจัดการความปวดมีทั้งวิธีที่ใช้ยา เช่น พาราเซตามอล ยา NSAIDs ยากลุ่มสเตียรอยด์ เป็นต้น ซึ่งเป็นบทบาทตามแผนการรักษาของแพทย์ และวิธีที่ไม่ใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทอิสระ เช่น การจัดทำ การนวด การสัมผัส การใช้ผ้ารัดหน้าท้อง และการจัดทำให้นมบุตร เป็นต้น พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการบูรณาการวิธีการเจ็บปวดผสมผสานกันทั้ง 2 วิธี เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความรุนแรงของอาการปวด ทำให้มารดาสามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ส่งผลให้มารดาหลังคลอดสามารถปรับตัวและแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ :** การจัดการความปวด; ผ่าตัดคลอด

<sup>\*</sup> อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล

<sup>\*\*</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

<sup>a</sup> Corresponding author : สุพรรณษา จิตรสม E-mail: paesupansa@gmail.com

รับบทความ: 29 ก.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 21 ส.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 21 ส.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 15 ก.ย. 65

## *Review Article*

# Pain Management After Cesarean Section

Supansa Chitsom<sup>\*a</sup>, Banyen Saenrian<sup>\*</sup>, Pornpaka Tonthong<sup>\*\*</sup>

## Abstract

Pain after cesarean section is a major problem. It is the feelings and experiences of postpartum mothers who perceive pain from a tissue injury damaged by surgery. Changes in pain stimulants affect the body and mind. Maternal emotions cause fatigue, anxiety, and discomfort and affect daily routine. Therefore, care for pain management after cesarean section correctly and appropriately helps postpartum mothers to face and control pain. Pain management includes medications such as paracetamol, NSAIDs, addictive drugs, etc.; based on doctors' treatment plans, and non-medicinal methods that are independent roles such as positioning, massaging, touching, using of abdominal bandages, and positioning during breastfeeding, etc. It is the nurses' important role in integrating both methods for effective pain management and effective pain relief which will ultimately allow mothers to recover faster so postpartum mothers can adapt and play a maternal role appropriately.

**Keywords** : Pain management; Cesarean section

---

\* Lecturer, Faculty of Nursing, Western University Watcharapol Campus

\*\* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

<sup>a</sup> Corresponding author : Supansa Chitsom E-mail: paesupansa@gmail.com

*Received: Jul. 29, 22; Revised: Aug. 21, 22; Accepted: Aug. 21, 22; Published Online: Sep. 15, 22*

## บทนำ

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นหัตถการทางศัลยศาสตร์ที่สำคัญ เป็นการผ่าตัดบริเวณผนังหน้าท้องและผนังมดลูก เพื่อนำตัวเด็กในครรภ์ออกมาทางแผลผ่าตัด<sup>(1)</sup> ในรายที่ไม่สามารถคลอดเองตามธรรมชาติ หรือในรายที่แพทย์เห็นชอบให้ผ่าตัดคลอด ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงมาก มีการได้รับการรับรู้ความรู้สึกทั่วไป หรือการรับรู้ความรู้สึกเฉพาะส่วน มีการสูญเสียเลือด ร่วมกับกระบวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ระหว่างผ่าตัด<sup>(2)</sup> ส่งผลกระทบต่อความสบายของมารดาหลังคลอดอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงแรก<sup>(3)</sup> ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากปัญหาหรืออาการต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย<sup>(4)</sup> เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความผิดปกติในร่างกาย เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานและประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกันไป ลักษณะความปวดเกิดจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด ทำให้มีการฉีกขาดเพิ่มขึ้น มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ เอ็น พังผืด หลอดเลือดและเส้นประสาท<sup>(5)</sup> ก่อให้เกิดการอักเสบ อาจเกิดการติดเชื้อ มีการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด และอาจมีการปวดตะคริว รู้สึกไม่สุขสบายเนื่องจากมดลูกหดตัวและกลับเข้าสู่ขนาดปกติก่อนการตั้งครรภ์<sup>(3,6)</sup> ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนถึงการทำลายเป็นความผิดปกติในร่างกาย นอกจากนี้ ความปวดยังทำให้ผู้ประสบความปวดนั้นเกิดความกลัวและความทุกข์ทรมานมากที่สุด

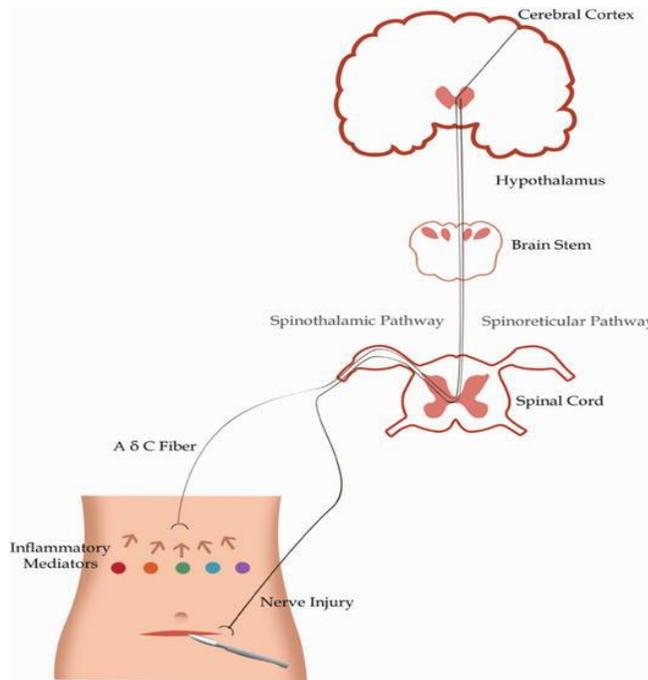
มารดาหลังคลอดจะมีความเจ็บปวดเฉียบพลันและรุนแรง เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเผชิญ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการเคลื่อนไหว และความรุนแรงจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีการขยับพลิกตัว มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จึงมักนอนเกร็งตัว ไม่ยอมลุกขึ้นเดินหรือขยับตัว มักนอนในท่าเดียววนๆ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อทางด้านจิตใจทำให้เกิดความกลัว ความทุกข์ทรมาน และวิตกกังวล เครียด และนอนไม่หลับ เป็นต้น<sup>(7)</sup> อีกทั้งความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องยังเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและบุตร<sup>(5)</sup> ส่งผลให้เริ่มไม่ให้นมบุตรได้ ซ้ำอีกด้วย<sup>(6,8)</sup> อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น ภาวะปอดแฟบ ลิ้มเลือดอุดตัน การทำงานของลำไส้ลดลง การติดเชื้อ และเกิดพังผืดในช่องท้องได้<sup>(4)</sup> หากไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพก็จะส่งผลให้เกิดอาการปวดเรื้อรัง ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้การรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้น

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทำได้หลายวิธี ทั้งโดยวิธีการใช้ยาและการไม่ใช้ยา ที่ต้องใช้ร่วมกันทั้ง 2 วิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง ระยะเวลา และชนิดของความเจ็บปวดหรือความต้องการของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวด

โดยไม่ใช้ยาอยู่หลายวิธี อาทิเช่น การประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด การเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่า การนอนนิ่งๆ การใช้เข็มขัดผ้ารัดหน้าท้อง การนวด การประคบเย็น การจัดทำให้นมบุตร เป็นต้น ซึ่งการจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของมารดาหลังการผ่าตัดคลอด ถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วย การจัดการความปวดอย่างรวดเร็ว จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานลดลง เป็นบทบาทที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องให้ความสำคัญและค้นหาแนวทางการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และส่งเสริมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเผชิญความเจ็บปวด และควบคุมความปวดด้วยตนเองได้เพิ่มขึ้น

ดังนั้น ผู้เขียนจึงทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับกลไก การประเมิน ผลกระทบ รวมทั้งการรักษา และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการ และวางแผน การให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีความปวดได้ดียิ่งขึ้น ช่วยลดอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดและช่วยให้มารดาหลังคลอดฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น สามารถดูแลตนเองและทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### กลไกการเกิดความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง



ภาพที่ 1 กลไกการเกิดความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตร<sup>(21)</sup>

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Cesarean section) เป็นการทำการคลอดทารกผ่านรอยผ่าตัดที่ผนังมดลูกและผนังหน้าท้อง<sup>(1,2)</sup> ซึ่งลักษณะความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เกิดจากการที่เนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องและผนังกล้ามเนื้อมดลูกได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ทำให้เนื้อเยื่อปล่อยสารกระตุ้นความเจ็บปวด ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) โปแตสเซียม (Potassium) ฮีสตามีน (Histamine) แบริคติน (Bradykinins) พรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) และ ซับสแตนที (Substance P) ก่อให้เกิดการอักเสบต่อเนื้อเยื่อรอบๆ แผลผ่าตัดและไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกที่ปลายประสาท ส่งสัญญาณอาการปวดไปตามเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (A-delta fiber) และเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (C-fiber)<sup>(9)</sup> ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่คอร์ซอล (Dorsal horn) ในไขสันหลัง นอกจากนี้เมื่อสัญญาณอาการปวดถูกส่งต่อไปยังสมอง ซึ่งเป็นแหล่งรับรู้และแปลข้อมูลอาการปวด สามารถทำให้เพิ่มระดับความรุนแรงและระยะเวลาของอาการปวดนานขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การหดตัวของมดลูกในระยะหลังคลอด การมีแก๊ซจำนวนมากในกระเพาะอาหารและลำไส้ การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง จากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ทำนอนไม่ถูกต้อง เป็นต้น ซึ่งความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง แต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน พยาบาลควรมีการสังเกตและประเมินความปวดหลังผ่าตัดคลอด ดังนี้

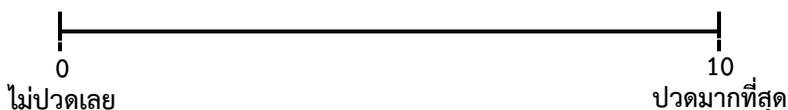
### การประเมินความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

การประเมินความปวดเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เป็นวิธีประเมินที่ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง สิ่งที่ต้องซักถามในการประเมินความปวด คือ ความรุนแรงของความปวดโดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความปวดด้วยตนเอง ตามเครื่องมือวัดความรุนแรงของความปวด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ มีดังนี้<sup>(9-10)</sup>

1. **มาตรวัดความปวดด้วยคำบรรยาย (Verbal rating scale: VRS)** ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกระดับความเจ็บปวดเป็นตัวเลขได้ เป็นการจัดระดับความปวดเป็นคำอธิบายสั้นๆ เป็นลำดับ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย ได้แก่ ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมากและปวดมากที่สุด

ไม่ปวดเลย    ปวดเล็กน้อย    ปวดปานกลาง    ปวดมาก    ปวดมากที่สุด

2. **มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual analogue scale: VAS)** มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่อยู่ในแนวนอนหรือแนวตั้งหรือแนวนอนมีความต่อเนื่องจาก 0-10 เซนติเมตร ด้านซ้ายสุดแสดงถึงไม่เจ็บปวดเลย และด้านขวาสุดแสดงถึงความรู้สึกเจ็บปวดมากที่สุด โดยให้ผู้ป่วยประเมินและทำเครื่องหมายกากบาทบนเส้นตรงตำแหน่งที่เป็นระดับความเจ็บปวดของตนในขณะนั้น





เปลี่ยนแปลง ทำให้คุณภาพการนอนหลับเปลี่ยนแปลง อาจนอนหลับได้ยาก ตื่นบ่อย และนอนต่อไม่หลับ<sup>(5,7)</sup> หากปล่อยให้มีความปวดยังคงอยู่นานจะมีโอกาสกลายเป็นความปวดเรื้อรัง ทำให้การรักษาซับซ้อนขึ้น และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต

## การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดมี 2 วิธีหลัก คือ ดังนี้

1. การจัดการความปวดแบบใช้ยา (Pharmacological therapy)<sup>(9,10,12)</sup> เป็นบทบาทตามแผนการรักษาของแพทย์ มีดังนี้

1.1 พาราเซตามอล (Paracetamol) เป็นยาระงับปวดและลดไข้แต่ไม่ลดการอักเสบ มีความปลอดภัยสูง ใช้บรรเทาความปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีกลไกออกฤทธิ์ยับยั้ง Prostaglandins ในบริเวณที่มีการบาดเจ็บ

1.2 ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroids anti-inflammatory drugs: NSAIDs) เป็นยาระงับปวด ต้านการอักเสบ และลดไข้ อาจใช้เพียงอย่างเดียว สำหรับปวดไม่รุนแรง หรือปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง ถ้าปวดมากควรเลือกใช้ร่วมกับยาอื่น มีกลไกออกฤทธิ์ยับยั้ง Prostaglandins ในระบบประสาทส่วนปลายและส่วนกลาง เมื่อใช้ร่วมกับยากลุ่ม Opioids ก็จะเสริมฤทธิ์ในการระงับปวดมากขึ้น และลดผลข้างเคียงของ Opioids เพราะใช้ Opioid น้อยลง เช่น Diclofenac และ Ibuprofen

1.3 ยาระงับปวดชนิดเสพติด (Opioid or narcotic analgesic drug) ใช้บรรเทาปวดในระดับรุนแรงถึงปานกลาง ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางโดยกระตุ้น Opioid receptor ภายในสมอง หรือ Dorsal horn ของไขสันหลัง ออกฤทธิ์ต่อศูนย์ควบคุมการหายใจ ซึ่งมีฤทธิ์การออกฤทธิ์ระงับปวดได้รวดเร็ว เป็นยาระงับปวดที่ใช้สำหรับปวดรุนแรงมากแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.3.1 กลุ่มที่มีฤทธิ์อ่อน (Weak opioid) ใช้บรรเทาความปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เช่น Tramadol, Codeine, Oxycodone เป็นต้น ออกฤทธิ์ผ่าน 2 กลไก คือ กลไกแรกจับกับ  $\mu$ -Opioid receptor กลไกที่ 2 คือยับยั้งการนำกลับของ Serotonin และ Norepinephrine ในระบบประสาทส่วนกลาง ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ 4-6 ชั่วโมง ผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ที่พบน้อยแต่รุนแรง เช่น กดการหายใจและท้องผูก ขนาดยาที่แนะนำ 50-100 มิลลิกรัม

1.3.2 กลุ่มที่มีฤทธิ์แรง (Strong opioid) ใช้บรรเทาความปวดในระดับรุนแรง เช่น Morphine และ Pethidine เป็นต้น เป็นยากลุ่ม Opioid ออกฤทธิ์ผ่านกลไกเช่นเดียวกับ Tramadol แต่ จับกับ  $\mu$ -Opioid receptor ได้มากกว่า ออกฤทธิ์แรงกว่า และนานกว่า Tramadol เมื่อฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ระยะเวลาการเริ่มออกฤทธิ์ 5-20 นาที และออกฤทธิ์นาน 2-4 ชั่วโมง ผลข้างเคียง เช่น ง่วงซึม หรือ กดการหายใจ

2. การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy) เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลกระทำได้โดยไม่มีข้อห้าม เพื่อสนับสนุนให้การรักษาอาการปวดจากการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้จะช่วยลดอันตรายจากผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับมารดาและทารกยังทำให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจและตนเองมีคุณค่า รู้สึกถึงความสามารถในการคุมตนเองได้ ซึ่งการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยามีหลายวิธีให้เลือกใช้ ดังนี้

2.1 การให้ข้อมูล ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลต่างๆ ก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้อง การให้ความรู้ สร้างความเข้าใจของผู้ป่วยต่อความปวดและข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของความปวด ระยะเวลาหรือความรุนแรงของความปวด การประเมินความปวด วิธีลดอาการปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา การปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการปวด แนะนำให้ผู้สามารถขอพยาบาลปวดตั้งแต่ระยะเริ่มปวด เพื่อให้การระงับปวดมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนให้การบรรเทาความปวดโดยใช้ยาได้ผลดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พงนิ เวงค์ศิริ และศุภกิตวัน พิทักษ์แทน<sup>(13)</sup> โดยการให้โปรแกรมการจัดการความปวดซึ่งมีการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติแบบง่าย การใช้สื่อต่างๆ เช่น หนังสือ คู่มือ การฟังเทป การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เป็นต้น โดยการให้ข้อมูลทั่วไปเพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญความปวด จะช่วยลดความรู้สึกไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ความรู้สึกและลดการตอบสนองทางอารมณ์ได้ การให้ความสนใจเอาใจใส่และรับฟังปัญหาผู้ป่วยทำให้เกิดความพึงพอใจ รู้สึกประทับใจ จะช่วยบรรเทาอาการปวดลงได้ดีกว่าการจัดการความปวดด้วยยาอย่างเดียว

2.2 การจัดท่าผู้ป่วย (Positioning) การจัดท่าที่ถูกต้องจะช่วยลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อและขจัดแรงกดและความตึงของบริเวณที่เจ็บปวด โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย หรือนอนในท่าศีรษะสูง 30 องศา และช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ช่วยให้อาการกล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ลดการตึงตัวของแผลผ่าตัด ลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดการรับรู้ความปวดหลังผ่าตัดและกล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เรืองศรี<sup>(14)</sup> เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีหลังผ่าตัดคลอด การพลิกตะแคงตัว/เปลี่ยนอิริยาบถ โดยให้พลิกตะแคงตัวซ้าย-ขวา เมื่อรู้สึกตัว เริ่มจากให้ตะแคงตัวก่อนลุกนั่ง ใช้แขนลดความตึงของท้อง ปรับเตียงให้ศีรษะสูง ลุกนั่งช้าๆ สักพัก และหยุดพักก่อนยืน ใช้มือประคองแผลและควรพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง สามารถผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีการแข็งเกร็ง ลดความปวดได้ดี



ภาพที่ 2 การจัดทำนอนศรีษะสูงลดปวด<sup>(14)</sup>

2.3 การสัมผัสหรือการนวด เป็นการสื่อสารแบบไม่ใช้ภาษาที่ทำให้ผู้ป่วยแสดงสิ่งที่ตนเองรู้สึก ระหว่างสัมผัสหรือนวดผู้ป่วยได้มีการพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทำให้รู้สึกผ่อนคลาย<sup>(14)</sup> ทำให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมองให้หลั่งสารเอ็นโดฟิน (Endorphins) และ เอนคาฟาลินส์ (Enkephalins) เพื่อยับยั้งความเจ็บปวด ช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและส่งเสริมให้หลอดเลือดขยายตัว จึงมีการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมากขึ้นทำให้เซลล์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่มีกรดแลคติกมากระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวดทำให้ความปวดลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น จากการศึกษา นพรัตน์ ชารานะ<sup>(15)</sup> พบว่า การนวดมือและเท้าข้างละ 5 นาที รวม 20 นาที จะกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic) ส่งผลให้หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง หายใจช้าลง ส่งผลให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ทำให้อาการปวดแผลผ่าตัดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของชินชฐา ผลงาม และรัชนาถ มั่นคง<sup>(16)</sup> โดยการนวดประคบด้วยเจลความร้อนขึ้น ร่วมกับการนวดหัวนมและลานนม เพิ่มการไหลเวียนเลือด เพิ่มการซึมผ่านของ Prolactin และ Oxytocin ไปสู่ lactocyte และ alveolar cell ทำให้เกิดการสร้างและหลั่งน้ำนม ช่วยบรรเทาอาการปวด

2.4 การใช้ผ้ารัดหน้าท้อง (Abdominal binder) โดยใช้ผ้าที่มีคุณสมบัติยืดหยุ่นและกระชับ ใช้พันหน้าท้องของผู้ป่วยในระดับเดียวกับแผลผ่าตัด และไม่รัดแน่นหรือหลวมเกินไป ทำให้บริเวณที่ได้รับการผ่าตัดตลอดตั้งแต่ชั้นผิวหนัง ชั้นไขมัน ชั้นกล้ามเนื้อตลอดจนกล้ามเนื้อดลูก ได้รับการประคับประคองลดแรงกระแทกต่างๆ โดยเฉพาะขณะการเคลื่อนไหว ไอ จาม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเลี้ยงดูทารกแรกเกิด เพื่อความสบาย ทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกมีความสุข สงบ พึงพอใจ และความปวดแผลผ่าตัดลดลง มีการใช้ผ้าชนิดสเปนเด็กพันรอบลำตัวบริเวณหน้าท้อง โดยแบ่งผ้าออกเป็นแถบผ้าด้านใน มีขนาดความยาว 47 นิ้ว ความกว้าง 9 นิ้ว และด้านนอกเป็นเส้นยางยืดสีดำ มีขนาดความยาว 38 นิ้ว ความกว้าง 6 นิ้ว พร้อมทั้งติดเทปตีนตุ๊กแก (Velcro tape) เพื่อปรับระดับให้กระชับกับสรีระของมารดาหลังผ่าตัดคลอด รองรับอาการกดทับที่แผลผ่าตัดตลอดจากเส้นยางยืดด้านนอก<sup>(3)</sup> จะช่วยประคับประคอง

บริเวณแผลผ่าตัด เพิ่มสมรรถภาพของปอดและลดการเคลื่อนไหวของผนังกล้ามเนื้อหน้าท้อง ช่วยให้มดลูกหดรัดตัวเร็วขึ้น ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณเนื้อเยื่อผ่าตัดเพิ่มขึ้น<sup>(4)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญารัตน์ สิงห์แดง อุษณีย์ สังคมกำแพง และธนิตย์ สังคมกำแพง<sup>(17)</sup> ที่พบว่า การใช้ที่รัดหน้าท้องมีการปวดแผลหลังผ่าตัดที่ 6, 24 และ 48 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน



ภาพที่ 3 การใช้ผ้ารัดหน้าท้องลดปวด<sup>(3)</sup>

2.5 การประคบเย็น (Cold pack) การใช้ความเย็นบริเวณผิวหนังที่น้อยกว่า 15 องศาเซลเซียส นาน 10-30 นาที ช่วยลดอุณหภูมิที่ผิวหนังและกล้ามเนื้อ ลดการไหลเวียนเลือด ลดการเผาผลาญของเนื้อเยื่อ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นการกระตุ้นประสาทส่วนปลายทำให้เกิดการส่งกระแสประสาทล่าช้า ทำให้ความปวดลดลง<sup>15</sup> จากการศึกษาของศศิณารมย์ โลหิตไทย และบุญยิ่ง ทองคุปต์<sup>(18)</sup> โดยใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นออกแบบผ้าเป็น 5 ส่วนโดยใช้ผ้าโสร่ง ที่มีคุณสมบัติในการระบายอากาศได้ดี และทำความสะอาดได้ง่าย ด้านหน้ามีช่องกระเป๋าสามารถรัดซิปปิดได้ (สำหรับใส่ Cold pack) ด้านในกระเป๋าบุด้วยผ้าใยขนาด 8 x 10 นิ้ว เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำจากการคลายความเย็นของถุงเจล ไหลซึมไปยังบริเวณแผล ซึ่งอาจทำให้แผลอักเสบและติดเชื้อได้ พบว่า มีค่าเฉลี่ยความปวดแผลผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องลดลงอย่างต่อเนื่อง การประคบเย็นและการรัดหน้าท้อง เป็นการปรับเปลี่ยนความรู้สึกเจ็บปวด โดยเกิดการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้ปิดประตูโดยทำให้เกิดกระแสประสาทที่มีกลไกยับยั้งเกิดขึ้น และการกดทำให้สารเบต้าเอนโดर्फิน ซึ่งสามารถออกฤทธิ์ในการลดความเจ็บปวดได้ รู้สึกมีความสุข พึงพอใจและสุขสบายขึ้น ดังนั้นการรัดผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นจึงสามารถลดอาการปวดแผลผ่าตัดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ พยาบาลสามารถนำผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นไปประยุกต์ ใช้ควบคู่กับวิธีการใช้ยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการบรรเทาปวดได้

2.6 การฝังดนตรี ดนตรีบำบัดทำให้เกิดการกระตุ้นผ่านกระบวนการได้ยินและระบบประสาท ไปยังสมอง ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางกายได้ เป็นผลให้สมองหลั่งสารเอนโดर्फิน ซึ่งเป็นสาร

ที่มีคุณสมบัติคล้ายฝิ่น มีผลต่อการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ส่งผลให้มีความปวดลดลง จากผลการศึกษาของ อัจราพร โชติพงษ์ และอวยพร ภัทรภักดีกุล<sup>(19)</sup> โดยให้ผู้ป่วยได้รับการฟังดนตรี เช่น เพลงร้องลูกทุ่ง เพลงร้องลูกกรุง เพลงบรรเลงทั่วไป และเพลงบรรเลงไทยเดิม โดยมีจังหวะไม่เร็วเกินไป ประมาณ 60 บีตต่อนาที จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที โดยครั้งแรกหลังจากได้รับยามอร์ฟีน 3 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง ในชั่วโมงที่ 2 จัดให้ฟังดนตรีตามชอบ 1 ครั้ง จากนั้นจัดให้นอนในท่าที่สบาย และประเมิน ความปวดและสัญญาณชีพหลังจากฟังดนตรี พบว่า ความปวดลดลง เพราะจะทำให้ผู้ฟังรู้สึกสงบ ผ่อนคลายได้ เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจมุ่งความสนใจไปยังสิ่งอื่น

2.7 การจัดทำให้นมบุตร มี 4 ช่วง คือ ก่อนให้นมบุตร เตรียมให้นมบุตร ขณะให้นมบุตร และ ให้นมบุตรเสร็จ ซึ่งแต่ละช่วงของการจัดทำมารดาจำเป็นต้องขยับ พลิกตัว กล้ามเนื้อหน้าท้องถูกดึงรั้ง และกระทบกระเทือน ทำให้ปวดแผลผ่าตัดคลอดมากขึ้น จากการศึกษาของ ทิพาวรรณ คำห้าง สุนิสา ปัทมา ภรณ์พงศ์ และสิริธร สงวนเจียม<sup>(5)</sup> พบว่า การจัดทำให้นมบุตรหลังของมารดาผ่าตัดคลอดในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรก ท่านอนหงายแบบประยุกต์ (Modified lying position: MLP) โดยการจัดให้มารดานอน หงายราบหนุนหมอน 1 ใบ สะโพกและหลังอยู่ในแนวตรง บุตรนอนด้านข้างของมารดาในท่าตะแคง เข้าหามารดา เพื่อป้องกันการกดทับแผลผ่าตัด บุตรนอนบนที่นอนหรือหมอนหนุนที่มีความยาวตั้งแต่ รีกแร่มารดาจนถึงสะโพก มีความสูงระดับเดียวกับลำตัวมารดาหรือต่ำกว่าเล็กน้อย มีความกว้างพอ ที่จะรองรับตัวบุตร มารดาใช้วงแขนโอบกอดบุตรโดยให้ศีรษะบุตรหงนคอเล็กน้อยอยู่บนต้นแขนของมารดา หรือใช้หมอนหนุนศีรษะเพื่อปรับระดับปากของบุตรให้อยู่ในระดับพอดีกับหัวนมมารดา จะช่วยลดระดับ ความปวดแผลผ่าตัดคลอดดีและเพิ่มความสุขสบายในการให้นมบุตรมากกว่าท่านอนตะแคง สอดคล้องกับ การศึกษาของ นูรีฮา ฤทธิหมุน และอัญชลี อินทสร<sup>(20)</sup> ที่พบว่า ระดับความปวดแผลผ่าตัดโดยรวม ช่วงให้นมบุตรท่านอนหงายแบบประยุกต์ต่ำกว่าท่านอนตะแคงอย่างมีนัยสำคัญ (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 การจัดทำให้นมบุตร ท่านอนหงายประยุกต์และท่านอนตะแคง<sup>(19)</sup>

2.8 การกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง (Transcutaneous electrical nerve stimulation: TENS) เป็นการกระตุ้นเส้นประสาทด้วยคลื่นไฟฟ้าผ่านผิวหนัง โดยจะกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ได้ เมื่อใยประสาทขนาดใหญ่ถูกกระตุ้น จะนำไปสู่ขบวนการยับยั้งการทำงานของเซลล์ที (T cell) จะทำให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมองให้มีการหลั่งสารยับยั้งสัญญาณเจ็บปวด จึงทำให้ความปวดลดลง<sup>(10,12)</sup>

### ตัวอย่างการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ผู้เขียนได้ศึกษาจากแนวคิดทฤษฎีข้อค้นพบจากการศึกษาเอกสาร ตำรา บทความทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. บทความวิจัย เรื่อง *ผลของรูปแบบผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดแผลผ่าตัดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง*<sup>(18)</sup> ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 25 ราย โดยการให้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นหลังผ่าตัดคลอดครบ 8 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความปวดในระยะก่อน ระยะหลังใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นทันที และระยะหลังใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นในช่วงวันที่ 4, 8, 12 และ 16 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และในระยะหลังใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความปวดแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องลดลงอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญ

2. บทความวิจัย เรื่อง *การจัดการให้นมบุตรเพื่อลดระดับความปวดแผลผ่าตัดและเพิ่มประสิทธิภาพการให้นมของมารดาหลังผ่าตัดคลอด*<sup>(5)</sup> ในมารดาผ่าท้องทำคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก จำนวน 350 ราย หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลแพร่ โดยให้ผู้ป่วยจับฉลากทำให้การให้นมบุตร ถ้าครั้งที่ 1 จับฉลากได้ทำนอนหงายแบบประยুক্ত ครั้งที่ 2 จะใช้ทำนอนตะแคง ถ้าครั้งที่ 1 จับฉลากได้ทำนอนตะแคง ครั้งที่ 2 จะใช้ทำนอนหงายแบบประยুক্ত ทำการทดลอง 1 รอบ รวมเป็น 2 ครั้ง ห่างกันทุก 2-3 ชั่วโมง หรือ 1 มื้อนม พบว่า ระดับความปวดแผลผ่าตัดโดยรวมช่วงให้นมบุตรโดยการจัดการทำนอนหงายแบบประยুক্তต่ำกว่าทำนอนตะแคง ( $p < 0.0001$ ) และค่าความสุขสบายทำนอนหงายแบบประยুক্তมีค่าสูงกว่าทำนอนตะแคง

3. บทความวิจัย เรื่อง *การพัฒนาแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีหลังผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลเกาะสมุย*<sup>(14)</sup> ในสตรีผ่าตัดคลอดโดยการดมยาสลบ จำนวน 35 คน โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีหลังผ่าตัดคลอด ประกอบด้วย ให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติการลดความปวด เช่น การฝึกการหายใจลึกๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัว/การเปลี่ยนอิริยาบถ การใช้มือลูบบริเวณแผล สวดมนต์ ฟังเพลงที่ชอบ หรือใช้ยาตามแผนการรักษาหากไม่ได้ผล สอนการประเมินความปวดหลังผ่าตัด สังเกตชีพจร ความดันโลหิต และให้ปฏิบัติตัวตามที่แนะนำไว้ พบว่า สตรีหลังผ่าตัดคลอดมีความปวดลดลงหลังการผ่าตัด เมื่อรู้สึกตัวก่อนออกจากห้องพักฟื้น

## บทสรุป

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องอย่างมีประสิทธิภาพนั้น อาจมีความจำเป็นต้องผสมผสานทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น การให้ข้อมูล การจัดทำให้นมบุตร การสัมผัส การนวด การใช้ผ้ารัดหน้าท้อง การประคบเย็น การฟังดนตรี การกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง เป็นต้น ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของระดับการปวด หรือประสบการณ์ การรับรู้ และ ความทนต่อการเจ็บปวดของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันไป พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ในการประเมินความปวด เพื่อให้การบริหารจัดการความปวด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความปวด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้ตรงตามความต้องการ อันจะนำมาซึ่งการฟื้นตัวของมารดา หลังคลอดได้เร็วยิ่งขึ้นต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. ปัญญา สนั่นพานิชกุล. แนวคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วารสารศูนย์การศึกษา แพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2561;35(3):312-20.
2. ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, พรพรรณ ภูสาหัส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัด คลอดทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2558;16(1):101-8.
3. คະນິงนิตย์ อ่อนปาน, นรภรณ์ ขุนกำแหง. ผลของผ้ารัดหน้าท้องต่อความปวดแผลหลังผ่าตัดคลอด. วารสารศูนย์การแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2563;37(3):196-203.
4. Ibrahim Karaca, Mustafa Ozturk, Ismail Alay, Onur Ince, Suna Yildirim Karaca, Volkan Sakir Erdogan, Murat Ekin. Influence of abdominal Binder usage after cesarean delivery on postoperative mobilization, pain and distress: A randomized controlled trial. The Euracian Journal of Medicine. 2019;51(3):214-8.
5. ทิพาวรรณ คำहां, สุนิสา ปัทมาภรณ์พงศ์, สิริธร สงวนเจียม. การจัดทำให้นมบุตรเพื่อลดระดับความ ปวดแผลผ่าตัดและเพิ่มประสิทธิภาพการให้นมของมารดาหลังผ่าตัดคลอด. Journal of the Phrae Hospital. 2559;23(2):38-46.
6. Deussen AR, Ashwood P, Martis R, Stewart F & Grzeskowiak LE. Relief of pain by uterine cramping or involution after giving birth. Cochrane Database Syst Rev. 2020; 51(4): 34-40.
7. วิศิษฐ์ จันทรคุณภาส, กิตติภัต เจริญขวัญ. การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มเพื่อเปรียบเทียบความ เจ็บปวดและการฟื้นตัวของการทำงานในสตรีมีครรภ์หลังจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่ม ที่ใช้ผ้าที่ยึดรัดหน้าท้องกับรายที่ไม่ใช้ผ้าที่ยึดรัดหน้าท้อง. [รายงานการวิจัย]. เชียงใหม่: ภาควิชา สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
8. ปาริฉัตร นิลแย้ม, ลัดดา เพิ่มพูนผลประเสริฐ, ปาริชาติ อภิเดชากุล, ชุษณา รุ่งจินตามัย. การเปรียบเทียบการประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราชโดย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและบุคลากรจากหน่วยระงับปวดในโรงพยาบาลศิริราช. วิสัญญีสาร. 2559;42(4):292-9.

9. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;34(1):6-14.
10. มณฑิรัจฉัตร สุนทรกุลวงศ์. คุณภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2561.
11. สีนินาฏ หงส์ระนัย. การเปรียบเทียบความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลังในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;26(2):76-83.
12. กันตา โกสุมภ์. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปราจีนบุรี. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.
13. พงนี วงศ์ศิริ, ศุภดิวัน พิทักษ์แทน. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดต่อการลดความปวด ความวิตกกังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยคลอดบุตรที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต. 11;33(3):441-60.
14. เพ็ญศรี เรืองศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลสมุย. วารสารมหาจุฬานาครธรรม์. 2564;8(9):144-60.
15. นพรัตน์ ธาราณะ. การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด. พยาบาลสาร. 2564;48(4):324-35.
16. ชนิษฐา ผลงาม, รัชนาถ มั่นคง. ผลการรณรงค์ประคบเต้านมด้วยเจลความร้อนขึ้นร่วมกับการกระตุ้นหัวนมและลานนมต่อการหลั่งน้ำนมครั้งแรกและปริมาณการไหลของน้ำนมในมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2564;14(1):156-69.
17. ธัญญารัตน์ สิงห์แดง, อุษณีย์ สังคมกำแหง, ธนินิตย์ สังคมกำแหง. การใช้ที่รัดหน้าท้องเพื่อลดการปวดแผลผ่าตัดหลังคลอดบุตร. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. 2563;28(1):52-9.
18. ศศิณาภรณ์ โลहितไทย, บุญยิ่ง ทองคุปต์. ผลของรูปแบบผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดแผลผ่าตัดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;27(1): 23-32.
19. อัจราพร โชติพินัง, อวยพร ภัทรภักดีกุล. ผลของการฟังดนตรีตามชอบต่อความปวดและสัญญาณชีพในผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558;26(2):43-53.
20. นูริยา ฤทธิหมุน, อัญชลี อินทสร. ผลของการจัดทำให้นมบุตรต่อระดับความปวดแผลผ่าตัดและประสิทธิภาพการให้นมมารดาหลังผ่าตัดทำคลอด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2555;32(3): 37-50.
21. Al-Mahrezi A, Al-Shidhani A. Is Chronic Post-Surgical Pain Preventable?. In: Shallik NA, editor. Pain Management in Special Circumstances [Internet]. London: IntechOpen; 2018 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/62711>