

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อการลดความปวด ของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

จิรพรรณ ชัยยา¹ศุภวรรณ ใจบุญ²จริยาพร ศรีสว่าง³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวด ปริมาณการใช้ออกซิเจนทารกแรกเกิด เวลาครั้งแรกที่เริ่มขยับตัวหลังผ่าตัดของมารดาหลังได้รับการผ่าตัดคลอดระหว่างที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการความปวด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอด ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการความปวด 2) แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดคลอด 3) แบบบันทึกปริมาณการใช้อาลดปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอด และ 4) แบบบันทึกเวลาครั้งแรกที่เริ่มขยับตัวหลังผ่าตัดคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ linear mixed-effects model

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดโดยรวมตลอดช่วงเวลาที่ติดตามอาการตั้งแต่ที่ 4 ถึง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 0.64 คะแนน (95% CI:-1.58, 0.30) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.180) ปริมาณการใช้อาลดปวดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเคลื่อนไหวครั้งแรกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ดังนั้น โปรแกรมการจัดการความปวดสามารถช่วยลดปริมาณการใช้อาลดปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอด และช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเริ่มเดินข้างเตียงได้เร็วกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ไม่ได้รับโปรแกรม

คำสำคัญ: การจัดการความปวด/ การผ่าตัดคลอด/ ความปวดหลังผ่าตัด

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลฝาง เชียงใหม่

² อาจารย์พยาบาล กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เชียงใหม่

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เชียงใหม่
Corresponding Author, E-mail: j.srisawang2011@gmail.com

Research article

The Effect of a Pain Management Program on Alleviating Pain in Women Undergoing Cesarean Section

*Jeerapan Chaiya*¹*Supawan Jaiboon*²*Jariyaporn Srisawang*³

Abstract

This study is quasi-experimental research comparing pain scores, opioid consumption, and time to first ambulation after cesarean section between mothers who received a pain management program and those who received standard nursing care. The sample consisted of postpartum mothers who underwent cesarean section and were treated at the obstetrics and gynecology ward of Fang Hospital, Chiang Mai province. The sample was selected specifically according to inclusion criteria; the total sample size was 36 participants, divided into two groups with 18 participants per group. The research tools included 1) a pain management program, 2) a postpartum pain assessment form 3) an opioid consumption record and 4) a record of the first-time mobilization post-cesarean section. Data were analyzed using descriptive statistics and the linear mixed-effects model.

The study found that the overall average pain score during the follow-up period, from 4 to 48 hours post-surgery, in the experimental group was 0.64 points lower than that of the control group (95% CI: -1.58, 0.30); however, this difference was not statistically significant ($p = 0.180$). The experimental group consumed significantly less opioids compared to the control group ($p < 0.001$). Furthermore, the experimental group demonstrated a significantly shorter time to first ambulation than the control group ($p < 0.001$). Therefore, the pain management program effectively reduced the amount of pain medication used by post-cesarean women and enabled earlier ambulation compared to those who did not receive the program.

Keywords: pain management/ cesarean section/ postoperative pain

¹Registered Nurse, Professional level, Head nurse in Obstetrics and Gynecology department, Fang Hospital, Chiang Mai

²Lecturer, Division of Adult Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Maejo University, Chiang Mai

³Assistant Professor, Division of Maternal Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Maejo University, Chiang Mai. Corresponding Author, E-mail: j.srisawang2011@gmail.com

บทนำ

การผ่าตัดคลอดของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติในช่วง ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 พบอัตราการผ่าตัดคลอดประมาณร้อยละ 38.63, 38.80 และ 38.15 ตามลำดับ¹ ซึ่งสูงกว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำไว้ที่ ร้อยละ 10–15 ของจำนวนการคลอด² การผ่าตัดคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดดังนี้ อาการปวดแผลผ่าตัดซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และรุนแรงมากในระยะ 24 ชั่วโมงแรก และอาจเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยเสียเลือดจนทำให้เกิดอาการหรืออาการแสดงของสารน้ำในร่างกายไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิต เป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก³ อาการปวดจะค่อย ๆ ลดลง ในระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด⁴ หากไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น การนอนหลับ การเริ่มให้นมบุตร ภาวะปวดแสบ ล้มเลือดอุดตัน การทำงานของลำไส้ลดลง การติดเชื้อและเกิดพังผืดในช่องท้องได้ และในที่สุดอาจส่งผลให้เกิดอาการปวดเรื้อรัง ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้การรักษา มีความยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตได้ ส่วนผลกระทบ ในด้านจิตใจพบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอด มักมีความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัว เช่น กลัวสัมผัสร่างกายกับสามีเปลี่ยนแปลง กังวลเกี่ยวกับการหายของแผล กลัวและวิตกกังวลว่าตนเองหรือทารกจะได้รับอันตรายหรือเสียชีวิต เป็นต้น ซึ่งมีผลทำให้ความผูกพันระหว่างมารดา และทารกลดลง⁵ เป็นอุปสรรคต่อการสร้างความผูกพัน ระหว่างมารดาและทารก⁶ อีกทั้งการที่มารดา หลังคลอดมีความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้การหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินลดลง ทำให้การกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมล่าช้า ส่งผลให้มารดาน้ำนมไหลช้า หรือทำให้การหลั่งน้ำนม ไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก⁷ นอกจากนี้ ยังพบว่า ระยะเวลากการผ่าตัด ชนิดของ

ยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ความปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพิ่มมากขึ้น⁸⁻⁹

จะเห็นได้ว่าความเจ็บปวดแผลผ่าตัดคลอดเป็นความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอด ดังนั้นการจัดการความปวดแผลผ่าตัดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดจึงถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลมารดาหลังคลอด การจัดการความปวดอย่างรวดเร็วจะช่วยให้มารดา หลังคลอดมีความทุกข์ทรมานลดลง ซึ่งเป็นบทบาท ที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องให้ความสำคัญและค้นหาแนวทางการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในมารดา หลังผ่าตัดคลอดแต่ละราย เพื่อส่งเสริมให้มารดา หลังคลอดเผชิญความเจ็บปวดและควบคุมความปวด โดยตนเองได้เพิ่มขึ้น^{6,10} การจัดการความปวด แบ่งได้เป็น 2 วิธี ได้แก่ 1) การจัดการความปวด โดยใช้ยา ซึ่งมักจะใช้ยาในกลุ่ม โอปิออยด์ (opioid) อย่างไรก็ตามการได้รับยาในกลุ่มนี้จำนวนมาก อาจเกิดผลข้างเคียงของยาที่พบบ่อย ได้แก่ กดการหายใจ มีผลต่อการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียน อาจเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีผื่น คลื่นไส้ อาเจียน และมีอาการท้องผูก¹¹ 2) การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา เป็นวิธีการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาปวดด้วยยา และช่วยลดปริมาณยาบรรเทาปวด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของยาบรรเทาปวดที่ได้รับ อีกทั้งยังเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายและมีความเสี่ยงน้อยต่อมารดาหลังคลอด^{10,12}

การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยามีหลายวิธี ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีบรรเทาอาการปวดและการขอยาบรรเทาปวดให้ผู้ป่วยทราบ เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ อบอุ่นใจว่ามีพยาบาลคอยช่วยเหลือเกี่ยวกับการบรรเทาปวด¹³ 2) การจัดทำผู้ป่วยที่ถูกต้อง (positioning) จะช่วยลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อและขจัดแรงกดและความตึงตัวของบริเวณที่เจ็บปวด ลดการตึงตัวของแผลผ่าตัด

สามารถผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีการแข็งเกร็ง และลดความปวดได้ดี¹⁴ 3) การนวดมือและเท้ามารดาหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จะทำให้อาการปวดแผลผ่าตัดคลอดลดลง¹⁵ เนื่องจากการนวดจะกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ส่งผลให้หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง หายใจช้าลง ส่งผลให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและอาการปวดลดลง¹⁶ 4) การจัดท่าให้นมบุตร ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก โดยการจัดท่านอนหงายแบบประยุกต์ (modified lying position: MLP) จะช่วยลดระดับความปวดแผลผ่าตัดคลอดได้ดีและเพิ่มความสุขสบายในการให้นมบุตรมากกว่าท่านอนตะแคง¹⁷⁻¹⁸ 5) การทำสมาธิบำบัด แบบ SKT (Somporn Kantharadussadee Triamchaisri) ที่พัฒนาขึ้นโดยสมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี¹⁹ ทำให้ร่างกายผ่อนคลาย สมอจะหลังสารสื่อประสาทที่ชื่อเอ็นโดฟินซึ่งเป็นสารแห่งความสุข สารแห่งความสงบ ทำให้การรับรู้ความปวดของผู้ป่วยลดลง²⁰ การใช้ผ้ารัดหน้าท้อง สามารถช่วยลดอาการปวดแผลผ่าตัดทางหน้าท้องได้ โดยเฉพาะแผลผ่าตัดคลอด ช่วยให้สามารถขยับตัวได้สะดวก อาการตึงแผลลดลง ลดอาการบวมของมดลูก และลดปริมาณการใช้ยาลดปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้^{10,21} การประคบเย็น สามารถลดความปวดหลังผ่าตัดได้เนื่องจากการใช้ความเย็นที่อุณหภูมิระหว่าง 10-15 องศาเซลเซียส เป็นระยะเวลา 20-30 นาที ทุก 2 ชั่วโมงต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยความเย็นจะไปลดการทำงานของตัวรับสัมผัสของปลายประสาทรับความรู้สึก ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา คือช่วยลดการไหลเวียนเลือด ลดอุณหภูมิของผิวหนังและกล้ามเนื้อ ลดการเผาผลาญของเนื้อเยื่อ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ และทำให้การส่งกระแสประสาทความปวดล่าช้า จึงทำให้ความปวดลดลง²²⁻²⁵

จากสถิติการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลฝาง ในปีงบประมาณ 2564-2566 มีจำนวน 557, 495 และ 630 คนต่อปีตามลำดับ²⁶ มารดาหลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกส่วนใหญ่มีระดับความปวด (pain score) ประมาณ

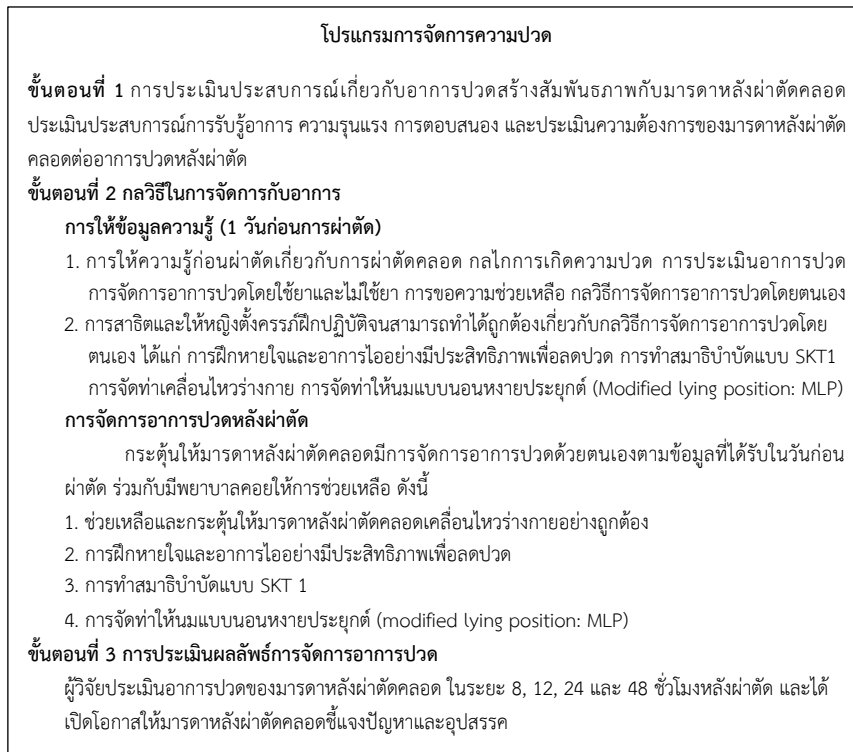
6-8 คะแนน โดยโรงพยาบาลฝางมีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดด้วยการใช้ยาเป็นหลัก โดยแพทย์จะสั่งยาภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด คือยากลุ่ม opioid ให้ทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละอาการ ซึ่งขึ้นอยู่กับทักษะของพยาบาลผู้ดูแล เช่น การจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย และการดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น แต่ยังไม่มีการประเมินความปวดแบบต่อเนื่อง และยังไม่มีความรู้ในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่เป็นรูปแบบชัดเจน ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อการลดความปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอด เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยไปวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ²⁷ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักคือ 1) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (symptom experience) โดยการประเมินประสบการณ์การมีอาการ สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังผ่าตัดคลอด ประเมินประสบการณ์การรับรู้อาการ ความรุนแรง การตอบสนอง และประเมินความต้องการของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ต่ออาการปวดหลังผ่าตัด 2) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) เป็นกระบวนการจัดการอาการโดยพยาบาลใช้โปรแกรมการจัดการอาการปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด กลไกการเกิดความปวด กลวิธีจัดการอาการปวดโดยตนเอง และการขอความช่วยเหลือ และ 3) ผลลัพธ์การจัดการอาการ (symptom outcomes) ซึ่งเป็นผลที่เกิด

จากประสบการณ์ในการจัดการอาการปวดและกลวิธีการจัดการกับอาการปวดที่เหมาะสม โดยการประเมินจากสภาพของอาการ (symptom status) ได้แก่ การประเมินระดับความปวดหลัง

ผ่าตัด ในระยะ 8, 12, 24 และ 48 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด การประเมินปริมาณยาแก้ปวดที่ได้รับ และการประเมินระยะเวลาที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายครั้งแรกหลังผ่าตัด (ภาพที่ 1)



- คะแนนความปวดหลังผ่าตัด
- ปริมาณยาแก้ปวดที่ได้รับหลังผ่าตัด
- ระยะเวลาที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายครั้งแรกหลังผ่าตัด

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความปวดของมารดาหลังผ่าตัดตลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ระยะเวลา 8, 12, 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
2. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณการใช้ยาลดปวดของมารดาหลังผ่าตัดตลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบเวลาที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายครั้งแรกหลังผ่าตัดของมารดาหลังผ่าตัดตลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ระยะเวลา 8, 12, 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

2. ปริมาณการใช้ยาลดปวดของมารดาหลังผ่าตัดตลอดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
3. เวลาที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายครั้งแรกหลังผ่าตัดของมารดาหลังผ่าตัดตลอดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบค่าระดับความปวด ที่ระยะเวลา 8, 12, 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ปริมาณการใช้ยาลดปวด และเวลาครั้งแรกที่เริ่มขยับตัวหลังผ่าตัดของมารดาหลังผ่าตัดตลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังผ่าตัดคลอด ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2567 โดยการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาชาร่วมกับมอร์ฟีนเข้าช่องไขสันหลัง (spinal block with intrathecal morphine) 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด ได้แก่ ภาวะช็อค 2) มีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด 3) มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะวิกฤตและต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 18 คน ต่อกลุ่ม กำหนดค่าขนาดของผล effect size f อ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้า¹² ได้ค่า effect size f เท่ากับ 0.50 และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ($\alpha = 0.05$) อำนาจการทดสอบร้อยละ 90 (power = 0.90) ทั้งนี้ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จะต้องใช้ทั้งหมดเท่ากับ 28 ราย โดยได้ปรับเปลี่ยนขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการถอนตัวออกจากโครงการ (drop-out rate) ร้อยละ 20 ได้จำนวนตัวอย่างจำนวน 36 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความปวด เป็นโปรแกรมสนับสนุนการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด เพื่อส่งเสริมให้มีความรู้และกลวิธีในการจัดการอาการปวดแบบไม่ใช้ยาด้วยตนเอง ร่วมกับการกระตุ้นและช่วยเหลือจากพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ²⁷

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 4 ส่วนคือ

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ

ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ข้อมูลการตั้งครรภ์ และการผ่าตัดคลอด

2.2 แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดคลอด ใช้มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scale: VAS)²⁷

2.3 แบบบันทึกปริมาณการใช้ยาลดปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอด เป็นแบบบันทึกจำนวนของการใช้ยาลดปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก ได้แก่ ยา tramadol ทางหลอดเลือดดำ โดยบันทึกเป็นมิลลิกรัม

2.4 แบบบันทึกเวลาครั้งแรกที่เริ่มขยับตัวหลังผ่าตัดคลอด เป็นแบบบันทึกเวลาครั้งแรกหลังผ่าตัดที่มารดาหลังคลอดเริ่มหย่อนขาข้างเดียว และลุกเดินข้างเดียว โดยนับเป็นจำนวนชั่วโมงหลังผ่าตัด หากมีเศษนาทีให้ระบุจำนวนชั่วโมง : จำนวนนาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

โปรแกรมการจัดการความปวด แบบบันทึกปริมาณการใช้ยาลดปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอด และแบบบันทึกเวลาครั้งแรกที่เริ่มขยับตัวหลังผ่าตัดคลอด ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความชัดเจนของการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 1 ท่าน ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1

แบบบันทึกเวลาครั้งแรกที่เริ่มขยับตัวหลังผ่าตัดคลอด ได้รับการตรวจสอบการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย และใช้วิธีการประเมินความน่าเชื่อถือระหว่างผู้สังเกต (inter-rater reliability) โดยให้ผู้ประเมินจำนวน 2 คน

(ผู้เก็บข้อมูลวิจัย) สังเกตเวลาครั้งแรกที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดเริ่มขยับตัว หลังจากนั้นนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าเพื่อหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient: ICC) ได้เท่ากับ 1 ส่วนแบบบันทึกปริมาณการใช้ยาลดปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดไม่ได้นำมาทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือเนื่องจากเป็นการบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติของมารดาหลังคลอดโดยตรง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลฝาง รหัสโครงการ COA No. 15/2566 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการรักษาข้อมูลความลับของผู้ป่วย และปฏิบัติการรักษาสีทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม

กรณีกลุ่มควบคุม ดูแลให้ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ดังนี้

1. ประเมินความปวดหลังผ่าตัดคลอด 4 (T0), 8 (T1), 12 (T2), 24 (T3) และ 48 (T4) ชั่วโมงหลังผ่าตัด ถ้ามีคะแนนความปวด ≥ 4 คะแนน ให้ยา tramadol 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ
2. บันทึกจำนวนของการใช้ยา tramadol ใน 24 ชั่วโมงแรก ที่ให้ทางหลอดเลือดดำ
3. บันทึกเวลาครั้งแรกที่เริ่มหย่อนขาข้างเดียว และลุกเดินข้างเดียว

กรณีกลุ่มทดลอง ดูแลให้ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ร่วมกับโปรแกรมการจัดการความปวด ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด (24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด)

1. ชักถามผู้คลอดเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย และเปิดโอกาสให้ได้เล่าถึงประสบการณ์อาการปวด

ตามการรับรู้ของผู้คลอด รวมทั้งการจัดการอาการปวด ผลของการจัดการอาการปวด และประเมินความต้องการของผู้คลอดต่ออาการปวดหลังการผ่าตัดคลอด

2. ผู้วิจัยให้ความรู้ก่อนผ่าตัด เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด กลไกการเกิดความปวด การประเมินอาการปวด การจัดการอาการปวด โดยใช้ยาและไม่ใช้ยา การขอความช่วยเหลือในการบรรเทาอาการปวด กลวิธีการจัดการอาการปวดโดยตนเอง

3. ผู้วิจัยสาธิตและให้ผู้คลอดฝึกปฏิบัติจนสามารถทำได้ถูกต้องเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการปวดโดยตนเอง ได้แก่ การฝึกหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดปวด การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT1 การจัดทำเคลื่อนไหวร่างกาย การจัดทำให้นมแบบนอนหงายประยุกต์ (modified lying position: MLP)

ระยะหลังผ่าตัด

1. ประเมินความปวดหลังผ่าตัดคลอด 4 (T0), 8 (T1), 12 (T2), 24 (T3) และ 48 (T4) ชั่วโมงหลังผ่าตัด ถ้ามีคะแนนความปวด ≥ 4 คะแนน ให้ยา tramadol 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ
2. ดูแลจัดทำที่สุขสบาย และจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อลดอาการปวด
3. กระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีการจัดการอาการปวดด้วยตนเองตามข้อมูลที่ได้รับในวันก่อนการผ่าตัด ร่วมกับมีพยาบาลคอยให้การช่วยเหลือ ตามระยะเวลาดังนี้

8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

- ช่วยเหลือและกระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเคลื่อนไหวร่างกายอย่างถูกต้อง
- การฝึกหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดปวด
- การจัดทำให้นมแบบนอนหงายประยุกต์

12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

- การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1
- ช่วยเหลือและกระตุ้นให้มารดา

หลังผ่าตัดคลอดเคลื่อนไหวย่างกายอย่างถูกต้อง

24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

- กระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัด

คลอดมีการจัดการอาการปวดด้วยตนเองตามข้อมูลที่ได้รับก่อนหน้าอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง

4. สอบถามปัญหาเกี่ยวกับการจัดการความปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอด และถ้าหากมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการความปวดของตนเอง ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือ/ ข้อเสนอแนะทันที

5. ประเมินอาการปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ระยะเวลา 8 (T1), 12 (T2), 24 (T3) และ 48 (T4) ชั่วโมงหลังผ่าตัด

6. บันทึกจำนวนของการใช้ยา tramadol ใน 24 ชั่วโมงแรก ที่ให้ทางหลอดเลือดดำ

7. บันทึกเวลาครั้งแรกที่เริ่มหย่อนขาข้างเดียว และลุกเดินข้างเดียว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, NY, USA: IBM Corp.) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการผ่าตัดคลอดของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลเชิงคุณภาพรายงานด้วยความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณรายงานด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ตามความเหมาะสมของข้อมูล

2. สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายละเอียดดังนี้

2.1 เปรียบเทียบคุณลักษณะ

ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ได้แก่ ประสิทธิภาพการได้รับการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด

ในอดีต ชนิดของการผ่าตัดในปัจจุบัน ใช้ Chi-squared test ส่วนข้อมูล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะแผลผ่าตัด ใช้ Fisher's exact test เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ใช้ Independent samples t-test และระยะเวลาในการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียไป ใช้ Mann-Whitney U test

2.2 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง

ของระดับความปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังผ่าตัดที่ 8, 12, 24, และ 48 ชั่วโมง โดยใช้สถิติ linear mixed-effects model รายงานด้วยค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มพร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

2.3 เปรียบเทียบปริมาณการใช้

ยาลดปวด และระยะเวลาครั้งแรกที่เริ่มเคลื่อนไหวของมารดาหลังผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้ Independent samples t-test

ผลการวิจัย

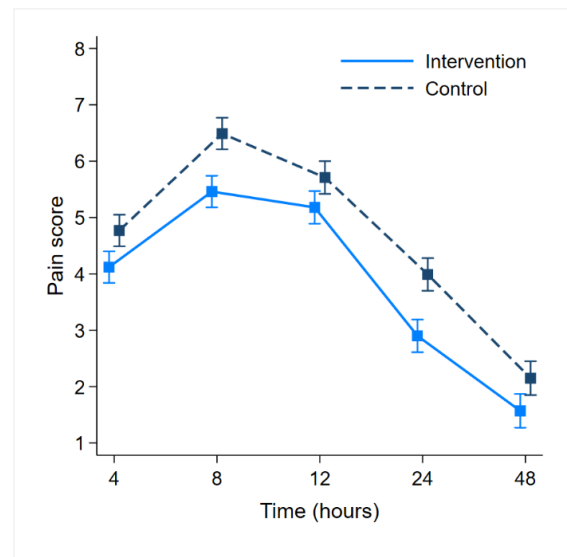
ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดที่ได้รับ

การผ่าตัดคลอด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 29.67 ± 4.59 ปี และ 28.22 ± 7.23 ปี ตามลำดับ (p-value = 0.480) น้ำหนักเฉลี่ย 73.49 ± 11.41 kg และ 70.27 ± 12.97 kg ตามลำดับ (p-value = 0.434) ส่วนสูงเฉลี่ย 156.44 ± 5.55 cm และ 155.94 ± 4.82 cm ตามลำดับ (p-value = 0.775) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 30.05 ± 4.52 kg/m² และ 28.79 ± 4.49 kg/m² ตามลำดับ (p-value = 0.408) สถานภาพสมรส ร้อยละ 100 และ 94.4 ตามลำดับ (p-value = 1.000) ส่วนมากมีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 44.4 และ 27.8 ตามลำดับ (p-value = 0.807) ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 27.8 และ 33.3 ตามลำดับ (p-value = 0.202) และทั้งหมด

นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 และ 100 ตามลำดับ

ข้อมูลการผ่าตัดของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประสบการณ์การได้รับการผ่าตัดในอดีต ร้อยละ 38.9 และ 33.3 ตามลำดับ (p-value = 0.729) ได้แก่ การผ่าตัดคลอด ร้อยละ 33.3 และ 22.2 ตามลำดับ (p-value = 0.457) และการผ่าตัดไส้ติ่ง ร้อยละ 5.6 และ 16.7 ตามลำดับ (p-value = 0.603) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากมีชนิดการผ่าตัดที่ได้รับปัจจุบันด้วย low transverse cesarian section ร้อยละ 61.1 และ 72.2 ตามลำดับ (p-value = 0.480) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการผ่าตัดเท่ากับ 58 นาที (IQR: 45 - 65) และ 40.5 นาที (IQR: 38 - 57) ตามลำดับ (p-value = 0.006) ส่วนมากมีลักษณะแผลผ่าตัดแบบ Pfannenstiel incision ร้อยละ 66.7 และ 83.3 ตามลำดับ (p-value = 0.443) และมีความเสี่ยงของปริมาณเลือดที่เสียเท่ากับ 300 ml (IQR: 300 - 400) และ 300 ml (IQR: 200 - 300) ตามลำดับ (p-value = 0.252)

การเปรียบเทียบคะแนนความปวดของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอด การเปรียบเทียบคะแนนความปวดของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะ 4, 8, 12, 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดหลังผ่าตัดคลอดที่ 4, 8, 12, 24 และ 48 ชั่วโมง เฉลี่ย 3.61 ± 0.70 คะแนน, 4.94 ± 1.06 คะแนน, 4.67 ± 0.91 คะแนน, 2.39 ± 0.61 คะแนน และ 1.06 ± 0.54 คะแนน ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความปวดหลังผ่าตัดคลอดที่ 4, 8, 12, 24 และ 48 ชั่วโมง เฉลี่ย 5.28 ± 0.67 คะแนน, 7.00 ± 1.33 คะแนน, 6.22 ± 1.00 คะแนน, 4.50 ± 1.43 คะแนน และ 2.67 ± 0.77 คะแนน ตามลำดับ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของความปวดของมารดาหลังคลอด เมื่อปรับค่าจากอิทธิพลของความปวดก่อนการทดลอง (adjust mean) ณ ช่วงเวลา 4, 8, 12, 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ที่ 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 0.39 คะแนน (95%CI: -1.14, 0.37) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.313) ที่ 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.11 คะแนน (95%CI: -0.65, 0.88) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.776) ที่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 0.44 คะแนน (95%CI: -1.23, 0.34) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.266) และที่ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.06 คะแนน (95%CI: -0.75, 0.86) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.892) โดยที่การเปลี่ยนแปลงของระดับความปวดโดยรวมตลอดช่วงเวลาติดตามอาการตั้งแต่ที่ 4 ถึง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 0.64 คะแนน (95%CI: -1.58, 0.30) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.180) (ตารางที่ 1)

การเปรียบเทียบปริมาณการใช้ยาลดปวดของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอด

การเปรียบเทียบปริมาณการใช้ยาลดปวดของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานของปริมาณการใช้ยาลดปวด tramadol เท่ากับ 50 มิลลิกรัม (ค่าพิสัยควอไทล์: 0 - 50) และ 150 mg (ค่าพิสัยควอไทล์: 150 - 150) ตามลำดับ โดยที่กลุ่มทดลองมีปริมาณการใช้ยาลดปวดหลังผ่าตัดคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

การเปรียบเทียบเวลาครั้งแรกที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีเวลาครั้งแรกที่เริ่มหย่อนขาข้างเดียวหลังผ่าตัดคลอดเฉลี่ย 11.73 ± 3.14 ชั่วโมง และ 16.53 ± 4.98 ชั่วโมงตามลำดับ โดยที่ กลุ่มทดลองมีเวลาครั้งแรกที่เริ่มหย่อนขาข้างเดียวหลังผ่าตัดคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 4.80 ชั่วโมง (95%CI: -7.62, -1.98) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีเวลาครั้งแรกที่เริ่มเดินข้างเดียวหลังผ่าตัดคลอดเฉลี่ย 12.23 ± 3.18 ชั่วโมง และ 18.25 ± 4.35 ชั่วโมงตามลำดับ โดยที่ กลุ่มทดลองมีเวลาครั้งแรกที่เริ่มเดินข้างเดียวหลังผ่าตัดคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 6.01 ชั่วโมง (95%CI: -8.59, -3.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนความปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ระยะเวลา 8, 12, 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ระดับความปวด/เวลา	กลุ่มทดลอง (n = 18)			กลุ่มควบคุม (n = 18)			Difference	
	Change from baseline (95% CI)	p-value		Change from baseline (95% CI)	p-value		between Groups (95%CI)	p-value
หลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง (T0)	Reference			Reference				
หลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง (T1)	1.33 (0.80, 1.87)	<0.001		1.72 (1.19, 2.26)	<0.001		-0.39 (-1.14, 0.37)	0.313
หลังผ่าตัด 12 ชั่วโมง (T2)	1.06 (0.51, 1.60)	<0.001		0.94 (0.40, 1.49)	0.001		0.11 (-0.65, 0.88)	0.776
หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง (T3)	-1.22 (-1.78, -0.67)	<0.001		-0.78 (-1.33, -0.22)	0.006		-0.44 (-1.23, 0.34)	0.266
หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง (T4)	-2.56 (-3.13, -1.99)	<0.001		-2.61 (-3.18, -2.04)	<0.001		0.06 (-0.75, 0.86)	0.892
โดยรวม							-0.64 (-1.58, 0.30)	0.180

Abbreviation: CI, confident interval. Analyses were conducted with the use of a linear mixed-effects model with an exchangeable correlation matrix adjusted for baseline value, tramadol, and operative time.

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ชนิดของการขยับตัว	กลุ่มทดลอง (n = 18)		กลุ่มควบคุม (n = 18)		Mean difference (95%CI)	p-value
	M	SD	M	SD		
หย่อนขาข้างเดียว	11.73	3.14	16.53	4.98	-4.80 (-7.62, -1.98)	0.001
เดินข้างเดียว	12.23	3.18	18.25	4.35	-6.01 (-8.59, -3.43)	<0.001

Abbreviations: CI, confidence interval; M, mean; SD, standard deviation. P-value corresponds to Independent samples t-test.

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดที่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปริมาณการใช้ยาแก้ปวด และเวลาที่เริ่มขยับตัวในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแนวทางการจัดการอาการของดอด้และคณะ²⁷ เป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลที่มีอาการปวดได้เกิดการประเมินความรุนแรงของอาการปวดที่เกิดขึ้นและหาวิธีจัดการกับอาการนั้น ๆ หากอาการปวดไม่ทุเลาก็จะแสวงหาวิธีการจัดการใหม่ ซึ่งมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในด้านการจัดการอาการความปวดที่เกิดขึ้น โดยการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด กลไกการเกิดความปวด กลวิธีการจัดการอาการปวดโดยตนเอง และการขอความช่วยเหลือเมื่อไม่สามารถจัดการความปวดด้วยตนเองได้ เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการจัดการความปวดก็สามารถจัดการอาการปวดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้คะแนนความปวดลดลง แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับความปวดโดยรวมตั้งแต่ที่ 4 ถึง 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีระดับความปวดลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึงมีการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการ

ความปวดสามารถลดความปวดได้ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับปริมาณยาแก้ปวดกลุ่ม opioid มากกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากการได้รับการส่งเสริมให้สามารถจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยกลุ่มทดลองได้รับการจัดทำและช่วยเหลือผู้ป่วยให้เคลื่อนไหวได้ถูกต้อง ซึ่งเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่แข็งแรง ลดความตึงของหน้าท้อง ลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดการรับรู้ความปวดหลังผ่าตัดและกล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย ทำให้ลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้¹³ รวมทั้งได้รับการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT1 เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดความสงบผ่อนคลาย และร่างกายหลั่งสารแห่งความสุข (endorphin) เพิ่มขึ้น ทำให้การรับรู้ความรู้สึกปวดลดลง จึงไม่ได้อาศัยยาแก้ปวดเพิ่มขึ้น ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนของยา opioid ได้แก่ กดการหายใจและความรู้สึกตัว คลื่นไส้ อาเจียน คัน ลำไส้ทำงานช้า ท้องผูก เป็นต้น¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ จำเนียร คงประพันธ์ และคณะ²⁰ พบว่า การทำสมาธิบำบัด SKT1 ช่วยบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัดได้ นอกจากนี้การทำให้นอนแบบนอนหงายประยุกต์ (modified lying position: MLP) ช่วยบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดและเพิ่มความสุขสบายในการให้นมบุตรมากกว่าการนอนตะแคง เพราะไม่ให้อึดกล้ามเนื้อหน้าท้องถูกดึงรั้งและกระทบกระเทือนมากเกินไป¹⁷⁻¹⁸

อีกทั้งโปรแกรมการจัดการอาการปวดยังช่วยส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมีการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว เป็นการป้องกันภาวะ

ท้องอืด แน่นท้อง ท้องผูก เพราะการเคลื่อนไหวช่วยให้กระเพาะอาหารและลำไส้กลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันภาวะหลอดเลือดขาและปอดอุดตัน ซึ่งจะทำให้ระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดสั้นลง และลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล²⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิกันต์ ฤกษ์ และปชาณัฐ นนไทยวิกุล³⁰ พบว่า โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น สามารถลดอาการปวดหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องได้ และการศึกษาของ ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย และคณะ³¹ ที่ศึกษาการจัดการอาการต่อความปวดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องจากบาดเจ็บ โดยใช้แนวทางการจัดการอาการของดอดด์และคณะ²⁷ พบว่า โปรแกรมการจัดการอาการสามารถบรรเทาความปวดและส่งเสริมการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้ และการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบว่า ระดับความปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ระดับความปวดในกลุ่มทดลองน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³² ดังนั้น โปรแกรมการจัดการความปวดจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการจัดการความปวดร่วมกับการจัดการความปวดแบบใช้ยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดให้ดียิ่งขึ้น ช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น สามารถดูแลตนเองและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำโปรแกรมการจัดการความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดบริเวณช่องท้อง

อื่น ๆ ทั้งนี้การจัดการความปวดต้องคำนึงถึงชนิดของการผ่าตัด และวิธีการระงับความรู้สึกร่วมด้วย

2. การวิจัยครั้งถัดไปอาจพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดนี้ให้เป็นแนวปฏิบัติตาม กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (clinical nursing practice guideline) เช่น ตามแบบจำลองของไอโอวา (IOWA Model of Evidence Based Practice to Promote Quality Care) โดย Titler MG และคณะ³³ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาในการร่วมโครงการวิจัย และจะนำผลการวิจัยไปพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [วันที่อ้างถึง 14 ธันวาคม 2566]: ที่มา <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/cesareansection/index?year=2023>
2. วรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย. แนวโน้มการผ่าคลอดในไทยเพิ่มสูง: ถึงเวลาต้องพูดคุยอย่างจริงจังแล้วหรือไม่?. Policy Brief. 2565; 10:139.
3. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. [Internet]. 2021[cited 2023 Oct 20]. Available from: <https://www.eatright.org/>
4. Songthamwat M, Norsuwan S, Napamadh P, Songthamwat S. Factors associated with post-cesarean pain. Clin Acad. 2019;43(5):163–70.

5. Benton M, Salter A, Tape N, Wilkinson C, Turnbull D. Women's psychosocial outcomes following an emergency caesarean section: A systematic literature review. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 ;19(1):535.
6. สุพรรณษา จิตรสม, บานเย็น แสนเรียน, พรผกาย์ ตันทอง. การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3): 868-81.
7. ัญญา อ่อนผิว, วาทีนี ชุณหปราณ, เจนจิรา คันทักษ์. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกป่วย: บทบาทสำคัญของพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2564;8(2):93-109.
8. Hussen I, Worku M, Geleta D, Mahamed AA, Abebe M, Molla W, et al. Post-operative pain and associated factors after cesarean section at Hawassa University Comprehensive Specialized Hospital, Hawassa, Ethiopia: A cross-sectional study. Ann Med Surg (Lond). 2022;81:104321.
9. Chan JJI, Thong SY, Tan MGE. Factors affecting postoperative pain and delay in discharge from the post-anaesthesia care unit: A descriptive correlational study. Proceedings of Singapore Healthcare. 2018;27(2):118-24.
10. ศศิณารณ์ โลหิตไทย, บุญย้ง ทองคุปต์. ผลของรูปแบบผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดแผลผ่าตัดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;27(1):23-32.
11. Thienthong S, Niruthisard S, Ittichaikulthong W, Tontisirin N, Tungwiwat S, Nimmaanrat S, et al. Clinical Guidance for Acute Postoperative Pain Management 2019 The Royal College of Anesthesiologists of Thailand (RCAT) and The Thai Association for the Study of Pain (TASP) : Second Edition. Thai J Anesthesiol. 2020; 46(1): 47-80.
12. เกศริน อินธิยศ, วลัยลดา ฉันท์เรืองวนิชย์, เกศศิริ วงษ์คงคำ, ชินา โอฬารรัตนพันธ์. ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดด้วยการประคบเย็นร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องต่อระดับความปวดและการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยในนิเวศที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง. วารสารสภาการพยาบาล. 2564;36(3):83-102.
13. พจณี วงศ์ศิริ, ศุภดิวัน พิทักษ์แทน. ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดต่อการลดความปวดความวิตกกังวล และความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ ห้องพักรฟื้น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562 ;33(3): 441-60
14. เพ็ญศรี เรืองศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลเกาะสมุย. วารสารมหาจุฬานาครทรรณ. 2564; 8(9):144-59.
15. Sharma, K., Kumar, R. Study to Assess the Effectiveness of Foot and Hand Massage on Reducing Pain among Post Natal Mothers Who Had Undergone Caesarean Section. International Journal of Nursing Education. 2019;11(1):79-84.

- 16.นพรัตน์ ธารณะ. การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด. พยาบาลสาร. 2564; 48(4):325-35.
- 17.นุรีฮา ฤทธิหมุน, อัญชลี อินทสร. ผลการจัดทำให้นมบุตรต่อระดับความปวดแผลผ่าตัดและประสิทธิภาพการให้นมของมารดาหลังผ่าตัดทำคลอด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2555;32(3):37-49.
- 18.ทิพวรรณ คำห้าง, สุนิสา ปัทมาภรณ์พงศ์, สิริธร สงวนเจียม. การจัดทำให้นมบุตรเพื่อลดระดับความปวดแผลผ่าตัด และเพิ่มประสิทธิภาพการให้นมของมารดาหลังผ่าตัดทำคลอด. Journal of the Phare Hospital. 2565;23(2):38-46.
- 19.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพฯ: วี อินดี ดีไซน์; 2561.
- 20.จำเนียร คงประพันธ์, พชรพรรณ เหมือนหม้อ, ขจรศรี ช้อนมณี. ผลของสมาธิบำบัดแบบ SKT 1, 8 ต่อระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมดลูก/รังไข่ ห่อผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2566; 31(1):87-98.
- 21.Singdaeng, T., Sangkomkamhang, U., Sangkomkamhang, T. Using Abdominal Binder for Reducing Postoperative Wound Pain After Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2020; 28(1): 52-59.
- 22.Srirussamee, Y., Wutthibenjarussamee, K., Tangsiriwatthana, T. The Effect of Cold Gel Pack on Pain Reduction in Patients Undergoing Complete Surgical Staging: A Randomized Controlled Trial. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2023; 31(4):293-301.
- 23.Muaddi H, Lillie E, Silva S, Cross JL, Ladha K, Choi S, et al. The Effect of Cryotherapy Application on Postoperative Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Surg. 2023;277(2):e257-e65.
- 24.Ravindhran B, Rajan S, Balachandran G, Mohan LN. Do Ice Packs Reduce Postoperative Midline Incision Pain, NSAID or Narcotic Use? World J Surg. 2019;43(11):2651-7.
- 25.Chumkam A, Pongrojapaw D, Chanthasenanon A, Pattaraarchachai J, Bhamarapratana K, Suwannarurk K. Cryotherapy Reduced Postoperative Pain in Gynecologic Surgery: A Randomized Controlled Trial. Pain Res Treat. 2019;2019:2405159.
- 26.งานสารสนเทศ โรงพยาบาลฝาง. รายงานข้อมูล. HosXp. 2566.
- 27.Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing. 2001;33(5):668-76.
- 28.Couper, M., Tourangeau, R., Conrad, F., et al. Evaluating the effectiveness of visual analog scales: A web experiment. Social Science Computer Review. 2006;24(2):227-45.
- 29.ศิริพรรณ ภมรพล. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2559; 9(2): 14-23.

- 30.ธนิกานต์ ภฤชนะ, ปชาณัฐ์ นันไทยทวีกุล.
ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดตับแบบเปิดช่องท้อง.
วารสารพยาบาล. 2566; 72(4): 21-31.
- 31.ทวิศักดิ์ แก้วเปี้ย, อินทิรา ปากันทะ, ธิดารัตน์ คำบุญ. ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566; 15(1): 68-81.
- 32.สายสมร ศักดาศรี. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หอผู้ป่วยนรีเวชโรงพยาบาลน่าน. โรงพยาบาลน่าน. 2565:1-19.
- 33.Titler MG, Kleber C, Steelman VJ, Rakel BA, Budreau G, Everett LQ, et al. The IOWA model of evidencebased practice to promote quality care. Crit Care Nurs Clin North Am. 2001; 13:497-509.