

ความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งตัว

Pain and Pain Management in Cesarean Section under General Anesthesia

ทิพวรรณ บุญสนอง*¹ สุตศิริ หิรัญชุนหา² ประไพพิศ นาคสุวรรณ³ กุสุมา รัตนพันธ์³ วชิรี จำปีพันธ์³

Thippawan Bunsanong*¹ Sudsiri Hirunchunha² Prapaipit Nagsuwan³ Kusuma Rattanapan³ Wacharee Jumpeepan³

¹สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ 80160

¹School of Nursing, Walailak University, Thailand 80160

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 90110

²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Thailand 90110

³โรงพยาบาลท่าศาลา นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80160

³Thasala Hospital, Nakornsrihamaraj Thailand 80160

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความปวด การจัดการความปวดและความพึงพอใจในการได้รับการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งตัว โดยใช้กรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงคือผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมี 4 ส่วน คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความปวด แบบสอบถามการจัดการความปวดของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความปวดใน 24 48 และ 72 ชั่วโมง โดยใช้สถิติ Friedman

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความปวดเฉลี่ยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดที่ 24 และ 48 ชั่วโมงอยู่ในระดับมากและอยู่ในระดับน้อย 72 ชั่วโมง ($\bar{X} = 8.3$ S.D. = 1.66, $\bar{X} = 5.52$ SD = 1.51, $\bar{X} = 3.71$ SD = 1.97) ตามลำดับ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 268.89$ p < 0.01.) การจัดการความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกสูงสุดคือ การนอนนิ่งๆ ร้อยละ 75 ซึ่งผลกระทบสูงสุดคือ การลุกนั่งได้น้อย ร้อยละ 7 ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในระดับมากทั้งที่ห้องพักรักษาตัวและหอผู้ป่วย ร้อยละ 77, 81 ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความปวดและการจัดการความปวด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว

Corresponding Author) : *E-mail : thipawb@gmail.com

ทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ประเภททุนส่งเสริมนักวิจัยใหม่

วันที่รับ (received) 31 พ.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 มิ.ค. 2564 วันที่ตอบรับ 15 พ.ค. 2564

Abstract

This descriptive research aimed to explore post-operation pain, pain management methods, and satisfaction in pain management among patients who have cesarean sections performed under general anesthesia. Symptom management was used as the conceptual framework by using the Symptom Management Model by Dodd and colleague. The sample consisted of patients admitted to a ward at Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. Research participants were recruited by the purposive sampling method. A total of 100 patients were surveyed. Data were collected via a demographics questionnaire, the pain management questionnaire developed by the researcher based on a literature review, the pain assessment (NRS) questionnaire was used to assess the pain management of patients in 24, 48, and 72 hours, as well as the patient satisfaction questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics and the Friedman with Dunn-Bonferroni post hoc test.

Results indicated that the mean pain level of post-operative patients was high at 24 and 48 hours and lower at 72 hours after surgery ($\bar{X} = 8.3$ SD 1.66, $\bar{X} = 5.52$ SD = 1.51, $\bar{X} = 3.71$ SD = 1.97), respectively. The difference was statistically significant ($\chi^2 = 268.89$ p <.01). The pain management in the first 24 hours of a post-operative patient was resting at 75%. The effect of postoperative pain in the first 24 hours was sitting down at 7%. So in the first 24 hours, 75% of patients were prescribed bed rest to manage their pain and for 7%. Patients had a high level of satisfaction in pain management both in the recovery room and in the hospital ward at 77%, and 81% respectively.

Keywords: pain, pain management, cesarean section, general anesthesia

บทนำ

การผ่าคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean section) การผ่าตัดเพื่อคลอดทางหน้าท้อง มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีอัตราการเพิ่มขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก จากรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าสถิติการผ่าตัดคลอดมีอัตราการเพิ่มจากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 31¹ ในประเทศกลุ่มเอเชียมีอัตราผ่าคลอดรวมเพิ่มขึ้นเป็น อันดับสองของโลก คือ ร้อยละ 15.1 และมีอัตราการเพิ่มของการผ่าคลอดเฉลี่ยต่อปีสูงสุดคือร้อยละ 6.4 ต่อปี สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอัตราผ่าคลอดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.5 ต่อปี และในประเทศไทยสูงกว่าภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (ร้อยละ 15) โดยมีอัตราผ่าคลอดร้อยละ 20.7 ใน ปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็นร้อยละ 39.4 ใน ปี พ.ศ. 2557²

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผู้ป่วยจะได้รับการระงับความรู้สึกโดยวิธีการใช้ยาชาเฉพาะที่ทางไขสันหลัง (Spinal block) หรือการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว (General anesthesia) ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วย จากการศึกษาภาวะ

แทรกซ้อนในมารดาและผลต่อทารกแรกคลอดในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยวิธีฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง เปรียบเทียบกับการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวมีระดับความปวดในระดับสูงกว่า³ และจะมีระดับความปวดที่สูงในระยะแรกหลังผ่าตัด⁴

ซึ่งความปวดหลังผ่าตัดจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหลัง การผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยลุกนั่งขยับร่างกายได้ลำบาก นอนไม่หลับ และเริ่มให้นมบุตรได้ช้า หากไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพก็จะส่งผลให้เกิดอาการปวดเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทั้งนี้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีได้ทั้งการใช้ยา ที่นิยมคือให้ยาทางหลอดเลือดดำ แต่จะต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงที่จะต้องไม่มีผลต่อการให้นมบุตร ใช้ยาน้อยแต่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของกล้ามเนื้อ การเริ่มกลับมาทำงานของลำไส้ การลุกเดินได้เร็วขึ้น สามารถให้นมบุตรได้ และไม่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน คัด เวียนศีรษะ และจากการศึกษาที่ผ่านมาผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเอง ได้แก่ การนอนนิ่งๆ

การหายใจเข้าออกลึกๆ และการขอยาแก้ปวดจากแพทย์ และพยาบาล⁵

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาโรงพยาบาลท่าศาลา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนเตียงเท่ากับ 270 เตียง ผู้ป่วยที่มารับบริการด้านวิสัญญีมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี และผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งในและนอกเวลาราชการเฉลี่ยประมาณ 100-200 รายต่อเดือนมีจำนวนมากเป็นอันดับ 1 ของการผ่าตัดทั้งหมด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั้งตัวเท่านั้น เนื่องจากยังไม่มีวิสัญญีแพทย์ แม้จะมีงานวิจัยก่อนหน้านี้ในต่างประเทศเกี่ยวกับระดับความปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่จะมีระดับความปวดสูงกว่าการได้รับยาชาทางช่องไขสันหลัง แต่ยังไม่มีการเพื่อศึกษาความปวด และการจัดการความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ผู้วิจัยจึงศึกษาปัญหาดังกล่าวในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความปวดต่อไป

คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งตัว จะมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดใน 24 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัยของการวิจัยเพื่อศึกษา

1. ระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งตัว
2. วิธีการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งตัว
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แบบจำลองการจัดการกับอาการ⁶ อาการเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องหาวิธีการจัดการ โดยอาการปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญที่บุคคลและครอบครัวต้องได้รับการจัดการ ซึ่งอาการปวดหลังผ่าตัดเป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงทางกายจิต สังคมและความรู้สึกนึกคิด แบบจำลองการจัดการกับอาการมี 3 แนวคิดที่สัมพันธ์กัน

ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลของอาการ (outcomes) ซึ่งแนวคิดทั้ง 3 นี้ยังเกี่ยวข้องกับลักษณะ ของบุคคล สิ่งแวดล้อมรวมทั้ง ภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วย การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อและเส้นประสาทในช่องท้องถูกทำลาย จึงมีการหลั่งสารเคมีออกมาซึ่งจะไปกระตุ้น ตัวกระตุ้นความปวด ทำให้ผู้ป่วยมีความปวดโดยเฉพาะ ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษา ว่า ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความรุนแรงของความปวด จัดการกับความปวด ผู้ป่วยแต่ละคนต่างมีกลวิธีในการจัดการกับความปวดต่างกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการวิจัย เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้วางแผนไว้ ที่โรงพยาบาลท่าศาลา ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2558 – ตุลาคม 2558 จำนวน 100 คน คำนวณ sample size จากโปรแกรม R software สูตร N for survey ($p = 0.5$, $\delta = 0.1$ from the estimate) $sample\ size = 96$ confidence limit 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 96 ราย⁷ ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มเป็นจำนวน 100 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งตัว ที่มีการวางแผนการก่อนผ่าตัด (Elective case) 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงในการผ่าตัด 1 และ 2 (ASA Class) 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัด เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

เครื่องมือประกอบด้วย 4 ส่วน คือ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความปวด และการจัดการความปวดที่ห้องพักรฟื้น แบบประเมินความปวด และการจัดการความปวดที่หอผู้ป่วย

1. แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการตั้งครรภ์ ระดับความเสี่ยงการผ่าตัด (ASA) ประวัติการผ่าตัดเกี่ยวกับการผ่าตัด การได้รับข้อมูลก่อนการผ่าตัด

2. แบบประเมินความปวด และการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ห้องพักรักษาตัวจำนวน 4 ข้อประกอบด้วย ระดับความปวดสูงสุด การได้รับยาาระงับปวด การจัดการความปวด สิ่งกระตุ้นความปวด

3. แบบประเมินความปวด numerical rating score (NRS) และการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยจำนวน 3 ข้อประกอบด้วย ระดับความปวดสูงสุด การจัดการความปวด ผลกระทบจากความปวด

4. แบบประเมินระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ห้องพักรักษาตัว และที่หอผู้ป่วย แบ่งเป็น 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจเล็กน้อย ไม่พึงพอใจ ตามลำดับ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์และโรงพยาบาลท่าศาลา โดยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์รหัสจริยธรรมเลขที่ 57/058 วันที่ 27 สิงหาคม 2557 ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย และประโยชน์จากการวิจัย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยการปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล การให้บริการและการรักษาที่ได้รับ ทั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ การบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อ แต่จะใช้รหัสแทนชื่อและจะวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางการวิจัยเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์และโรงพยาบาลท่าศาลาเมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง อธิบายตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant information form) โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย และให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอม (Inform consent form)

3. เก็บรวบรวมข้อมูลระดับความปวด วิธีการจัดการความปวด ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด และประเมินระดับความพึงพอใจต่อการได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ระดับความปวด วิธีการจัดการความปวด และระดับความพึงพอใจ ผู้วิจัยประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ นำเสนอข้อมูลเป็นการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติ Friedman

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาจำนวน 100 ราย ผลการวิจัยมีดังนี้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับยาาระงับความรู้สึกทั้งตัว (n = 100)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน N = 100	ร้อยละ (%)
อายุ (ปี)		
18-30	76	76
31-50	24	24
(\bar{X} = 25.91 S.D. = 5.85)		
ศาสนา		
พุทธ	85	85
อิสลาม	15	15
การศึกษา	34	3
ประถมศึกษา	62	34
มัธยมศึกษา	1	62
ประกาศนียบัตร	1	3
อาชีพ		
รับจ้าง	26	26
เกษตรกร	14	14
ค้าขาย	6	6
รับราชการ	3	3
แม่บ้าน	51	51
รายได้		
<10,000	80	80
10,000 - 20,000	19	19
20,000 - 30,000	1	1
(\bar{X} = 1.22 S.D.= 0.44)		
ลำดับที่การตั้งครรภ์		
1	71	71
2	24	24
3	4	4
4	1	1

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่าง อายุระหว่าง 18-50 ปี อายุเฉลี่ย 25 ปี (\bar{X} = 25.91 SD = 5.85) น้ำหนักเฉลี่ย 29.87 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 157 เซนติเมตร ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 85 ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 62 อาชีพ แม่บ้าน ร้อยละ 51 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 80 (\bar{X} = 1.22 SD = 0.44) การตั้งครรภ์ครั้งแรก

ร้อยละ 71 อายุครรภ์เฉลี่ย 38.95 สัปดาห์ ASA Classification 1 ร้อยละ 88 ไม่มีประวัติการผ่าตัด ร้อยละ 83 ข้อบ่งชี้การผ่าตัด CPD ร้อยละ 74 ระยะเวลาการผ่าตัดการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเฉลี่ย 27.73 นาที และความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (n = 100)

ระดับความปวดสูงสุด	สูงสุด-ต่ำสุด	M(SD)	df	χ^2	Sig
แรกจับที่ห่อผู้ป่วย	5-10	9.36(1.21)	3	268.89	0.000
24 ชั่วโมง	3-10	8.28(1.66)			
48 ชั่วโมง	3-10	5.52(1.51)			
72 ชั่วโมง	0-6	3.72(1.95)			

*p<.05

จากตารางพบว่า ระดับความปวดเฉลี่ยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ห้องพักรักษาตัว 48 และ 72 ชั่วโมง ระดับความปวดต่ำสุด และสูงสุดที่ห้องพักรักษาตัวเท่ากับ (\bar{X} = 9.36 S.D. = 1.21) ที่ 24 ชั่วโมงเท่ากับ (\bar{X} = 8.28 S.D. = 1.66) ความปวดต่ำสุด และสูงสุดที่ 48 ชั่วโมง (\bar{X} = 5.52 S.D. = 1.51) และ ที่ 72 ชั่วโมง (\bar{X} = 3.72 S.D. = 1.95) ตามลำดับ ซึ่งมีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

จากภาพพบว่า ระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวระดับความปวดเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแรกจับที่ห้องพักรักษาตัว และที่ห่อผู้ป่วยในระยะเวลา 24, 48 และ 72 ชั่วโมงลดลงตามลำดับ โดยผู้ป่วยมีวิธีการจัดการความปวด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการความปวด (n = 100)

วิธีการจัดการความปวดจำนวน	ห้องพักรักษาตัว	24 ชม.	48 ชม.	72 ชม.
การนอนนิ่งๆ	86	75	78	79
การหายใจเข้าออกลึกๆ	5	12	8	8
แจ้งพยาบาลเพื่อขอยาแก้ปวด	6	8	10	11

จากตารางพบว่า การจัดการความปวดที่ห้องพักรักษาตัว กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับความปวด วิธีการจัดการความปวดที่ใช้มากที่สุด คือ การนอนนิ่งๆ การหายใจเข้าออกลึกๆ การแจ้งพยาบาลเพื่อขอยาแก้ปวด

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจ (n = 100)

ระดับความพึงพอใจ	ห้องพักรักษาตัว จำนวน (ร้อยละ)	ห่อผู้ป่วย จำนวน (ร้อยละ)
พอใจมากที่สุด	18 (18.0)	12 (12.0)
พอใจมาก	77 (77.0)	81 (81.0)
พอใจปานกลาง	5 (5.0)	7 (7.0)

จากตารางพบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ห้องพักฟื้นอยู่ในระดับพอใจมากที่สุด จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 18 และระดับความพึงพอใจมากจำนวน 77 คิดเป็นร้อยละ 77 และผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจรวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอด ที่ห้องพักฟื้นอยู่ในระดับพอใจมากที่สุดจำนวน 12 รายคิดเป็นร้อยละ 12 และที่ห้องผู้ป่วยอยู่ในระดับพอใจมากจำนวน 81 คิดเป็นร้อยละ 81

การอภิปรายผลการวิจัย

ระดับความปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งตัว

การผ่าตัดคลอดเป็นการผ่าตัดที่มีความสำคัญและมีอัตราเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอด 100 ราย พบว่า ระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นใน 24 ชั่วโมงอยู่ในระดับปวดมาก โดยระดับความปวดจะลดลงตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวด และระยะเวลาการเริ่มขอยาระงับปวดของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาผสมแบบทั้งตัว กับการได้รับยาระงับปวดทางช่องไขสันหลัง พบว่าระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ 24 ชั่วโมงระดับความปวดทางหน้าท้องของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวสูงกว่า^{8,9} และระยะเวลาการเริ่มขอยาแก้ปวดเร็วกว่าการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง และจากการสำรวจอาการปวดในวันที่สองหลังการผ่าตัด¹⁰ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดอยู่ในระดับน้อย โดยสาเหตุที่ทำให้ทุกข์ทรมานด้านร่างกายมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ความเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ความรุนแรงของอาการปวดแผลผ่าตัด และอาการปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งและมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ วิตกกังวลต่อสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และกิจกรรมการเลี้ยงดูบุตร¹¹

การจัดการความปวด

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการความปวดโดยการนอนนิ่งๆ จำนวนมากที่สุด รองลงมาคือการหายใจเข้าออกลึกๆ และการแจ้งพยาบาลเพื่อขอ ยาแก้ปวด สอดคล้องกับหลาย¹² การศึกษาที่ผ่านมา กลุ่ม

ตัวอย่างที่ศึกษามีความรุนแรงของความปวดในระดับสูง พบว่าผู้ป่วยได้นำวิธีการจัดการความปวด ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆ ซึ่งเป็นวิธีการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำก่อนการผ่าตัด และเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ง่าย และเป็นวิธีที่บุคลากรมักแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าวิธีการเหล่านี้มีประสิทธิผลในการบรรเทาความปวด¹³ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁴ พบว่าแม่ที่ผ่าตัดคลอดมีความสามารถในการให้ลูกเริ่มดูดนมครั้งแรกช้ากว่าแม่ที่คลอดเองเนื่องจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกทำให้แม่หลับ การดูดนมครั้งแรกจึงช้าและมีการสร้างน้ำนมไม่ดีเท่าที่ควรและยังทำให้มีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอในเวลาต่อมาได้ นอกจากนี้การเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความไม่สุขสบายจากการมีสายสวนปัสสาวะหรือมีสายน้ำเกลือเข้าทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับอาการอ่อนเพลียของแม่หลังคลอด ยิ่งทำให้การเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรกของลูกล่าช้าออกไปอีก และส่งผลทางลบต่อการสัมผัสใกล้ชิดระหว่างแม่และลูกภายหลังคลอดอีกด้วย การผ่าตัดคลอดจึงเป็นอุปสรรคในการให้นมบุตรครั้งแรกในห้องคลอด และพบว่าร้อยละ 50-80 มีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรงจากการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ¹⁴ ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด คลอดไม่สามารถให้นมบุตรและเลี้ยงดูบุตรได้เต็มที่^{15,16}

ระดับความพึงพอใจ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดมีระดับความพึงพอใจในดีมาก ต่อการจัดการความปวดที่ห้องพักฟื้น และที่ห้องผู้ป่วยซึ่งผลระดับความพึงพอใจนี้ ขึ้นอยู่กับระดับความปวดแรกรับ และระดับความปวดที่ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาระดับความพึงพอใจในการจัดการความปวดของผู้ป่วย อยู่ในระดับ 91.6%¹⁷ ผลการศึกษาค้นคว้านี้ช่วยบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดเข้าใจความปวดของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นให้เห็นภาพรวมในการจัดการความปวดของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ความพึงพอใจของผู้ป่วยแสดงถึงความสอดคล้องกันระหว่างคุณภาพการให้บริการตามความคาดหวังกับการดูแลที่ได้รับจริง ความพึงพอใจของผู้ป่วยถือเป็นเป้าหมายสำคัญขององค์กรด้านสุขภาพและเป็นการวัดผลลัพธ์ของการดูแล ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดในการประกันคุณภาพการบริการของหน่วยงานที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผลการวิจัยยังให้ข้อเสนอ

แนะถึงความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ เพื่อส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับสูงมาก ในทุกด้าน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. พยาบาลควรให้การพยาบาล เพื่อบรรเทาปวดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ด้วยการให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา ร่วมกับการใช้วิธีบรรเทา ปวดวิธีที่ไม่ใช่ยาอื่น ๆ เพื่อประสิทธิภาพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษา รายละเอียดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวด การจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งตัว

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การพัฒนา แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับ ยาระงับความรู้สึกทั้งตัว

References

1. Diejomaoh MF, Al-Jassar W, Bello Z, Karunakaran K, Mohammed A. The Relevance of the Second Cesarean Delivery in the Reduction of Institutional Cesarean Delivery Rates. *Medical Principles and Practice*. 2018; 27(6): 555-61.
2. Yukaew N. Cesarean section rate according to Robson's classification. *J Prev Med Assoc Thai* 2017; 7: 262-71.
3. Uakritdathikarn T. Perioperative morbidity and mortality and neonatal outcomes in patients undergoing cesarean section with spinal anesthesia versus general anesthesia in Vachira Phuket hospital. *Region 11 Med J*. 2017; 31(1): 15-26.
4. Kintu A, Abdulla S, Lubikire A, Nabukenya MT, Igaga E, Bulamba F, Semakula D, Olufolabi AJ. Postoperative pain after cesarean section: assessment and management in a tertiary hospital in a low-income country. *BMC health services research*. 2019; 19(1): 1-6.
5. Sumikura H, Niwa H, Sato M, Nakamoto T, Asai T, Hagihira S. Rethinking general anesthesia for cesarean section. *Journal of anesthesia*. 2016; 30(2): 268-73.
6. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, Lee K, Miaskowski C, Puntillo K, Rankin S, Taylor D. Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*. 2001; 33(5): 668-76.
7. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press. 1977.
8. Liu TT, Raju A, Boesel T, Cyna AM, Tan SG. Chronic pain after caesarean delivery: An Australian cohort. *Anaesthesia and Intensive care*. 2013; 41(4): 496-500.
9. Borges NC, Silva BC, Pedroso CF, Silva TC, Tataba BS, Pereira LV. Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. *Enfermería Global*. 2017; 16(48): 354-83.
10. Cançado TO, Omais M, Ashmawi HA, Torres ML. Dor crônica pós-cesariana. Influência da técnica anestésico-cirúrgica e da analgesia pós-operatória. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2012; 62(6): 768-74.
11. Sutton, C., & Carvalho, B. Optimal Pain Management After Cesarean Delivery. *Anesthesiology Clinics*. 2016; 35(1): 107-124.

12. Ituk U, Habib AS. Enhanced recovery after cesarean delivery. F1000Research. 2018;7.
13. Pinchaleaw, D, Bhoosahan. Factors Related to Women' s Distress after Cesarean Section. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015; 16(1): 101-108. (In Thai)
14. Masigati HG, Chilonga KS. Postoperative pain management outcomes among adults treated at a tertiary hospital in Moshi, Tanzania. Tanzania journal of health research. 2014; 16(1): 47-53.
15. Ismail S, Afshan G, Monem A, Ahmed A. Postoperative analgesia following caesarean section: intravenous patient controlled analgesia versus conventional continuous infusion. Open Journal of Anesthesiology. 2012; 2(4): 120-6.
16. Wongsiri P. Effects of Pain Management Program Toward Release Pain, Anxiety and Satisfaction Receiving General Anesthesia for Women's Cesarean Section, Recovery Room, Suratthani Hospital. Region 11 Med J. 11. 2019; 33(3): 441-60.
17. Ismail S, Shahzad K, Shafiq F. Observational study to assess the effectiveness of postoperative pain management of patients undergoing elective cesarean section. Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology. 2012; 28(1): 36-40.