

คุณภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัด
ในสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
ที่ได้รับการระับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย*

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 41 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2561
Volume 41 No.4 (October-December) 2018

Quality of postoperative pain management in
women after cesarean section under general anesthesia

มนทภัทร สุนทรกุลวงศ์ พย.ม.** นipa กิมสูงเนิน ส.ด.*** ธันย นามจันทร์ พย.ด.***

Monthaphat Sunthornkulwong M.S.N** Nipa Kimsungnoen Dr.P.H. *** Rachanee Namjuntra D.N.S.***

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบพรรณนามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ในสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่ได้รับการระับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ใช้ The nursing role effectiveness model เป็นกรอบการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพ 12 ราย และเวชระเบียนสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง 290 ราย ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพด้านโครงสร้าง: ความรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพระดับปานกลาง คุณภาพด้านกระบวนการ: การจัดการความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น บทบาทอิสระ ระดับพอใช้ บทบาทตามแผนการรักษาและบทบาทร่วมกับทีมสุขภาพระดับดี คุณภาพด้านผลลัพธ์: ความปวดหลังผ่าตัดในระยะ 2-8 ชั่วโมง ระดับสูง 1 และ 12-40 ชั่วโมง ระดับปานกลาง และ 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระดับต่ำ ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาการศึกษาและแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

คำสำคัญ: การจัดการความปวดหลังผ่าตัด การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การระับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

Abstract

This descriptive research was aimed to study the quality of postoperative pain management in women after cesarean section under general anesthesia. The nursing role effectiveness model was a conceptual framework. A purposive sample of 12 professional nurses and 290 medical records of women after cesarean section were recruited. The results consider structural quality was found the knowledge of postoperative pain management of professional nurses was a moderate level. Process quality was found the pain management of the professional nurses was classified as an independent role was a moderate level, a dependent role and an interdependent role were a good level. Outcome quality was found the postoperative pain in 2 to 8 hours at a severe pain, 1 and 12 to 40 hours at a moderate pain, and 48 to 72 hours at a mild pain. Suggestion: To developed an education and a guideline of postoperative pain management in cesarean section would be concerned.

keywords: pain management, cesarean section, general anesthesia

* Thesis of Master of Nursing Science in Adult Nursing, Rangsit University

** Student, Master of Nursing Science in Adult Nursing, Rangsit University

*** Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University

บทนำ

ในปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (cesarean section) สูงขึ้นเกินกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 15¹ การสำรวจจาก 150 ประเทศทั่วโลก ค.ศ. 1990-2014 พบว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมีอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมากที่สุด ร้อยละ 27.2² ในประเทศไทย พ.ศ. 2557 พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ร้อยละ 32.7³ การผ่าตัดทำให้เกิดความปวดชนิดเฉียบพลัน (Acute Pain) สาเหตุจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย⁴ ซึ่งทีมสุขภาพจะต้องจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากคะแนนความปวด 4-10 คะแนน มีผลทางลบต่อการให้นมบุตรและการดูแลทารก⁵ มารดาเริ่มให้นมบุตรล่าช้าและจำนวนครั้งลดลง⁶ ความปวดระดับสูงในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความปวดเรื้อรังหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ในระยะ 3, 6, และ 12 เดือน⁷ ซึ่งพบอุบัติการณ์ความปวดเรื้อรัง ร้อยละ 15.4, 11.5, และ 11.2 ตามลำดับ⁸ และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด⁹

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 348 เตียง ปีงบประมาณ 2556-2559 มีสตรีได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ร้อยละ 56.76, 58.16, 61.77, และ 71.16 ตามลำดับ¹⁰ ส่วนใหญ่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ร้อยละ 79.88, 62.77, 69.28, และ 74.14 ตามลำดับ¹¹ การวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีความปวดหลังผ่าตัดมากกว่าการให้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วนทางช่องน้ำไขสันหลัง¹²⁻¹³

หอผู้ป่วยที่ดูแลสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร¹⁴ ประกอบด้วย

1) การให้ความรู้การจัดการความปวด 2) การประเมินความปวด 3) การบันทึกความปวด และ 4) การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยาร่วมกันแต่ยังไม่มีการศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง และหลังการผ่าตัดอื่น ๆ

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยใช้ The Nursing Role Effectiveness Model¹⁵ เป็นกรอบศึกษาคุณภาพ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

คุณภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เป็นอย่างไร

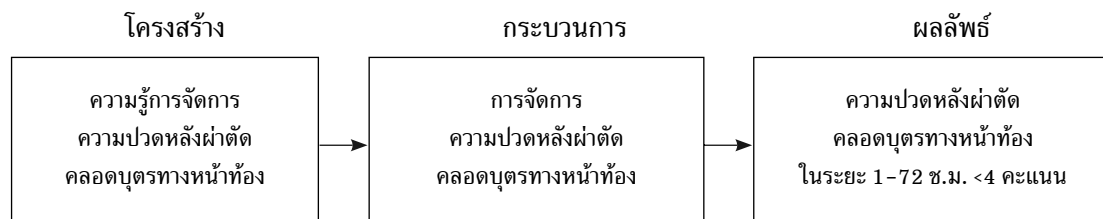
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพด้านโครงสร้าง ศึกษาเฉพาะ ความรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
2. เพื่อศึกษาคุณภาพด้านกระบวนการศึกษาเฉพาะ การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จำแนกเป็น บทบาทอิสระ บทบาทตามแผนการรักษา และบทบาทร่วมกับทีมสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาคุณภาพด้านผลลัพธ์ ศึกษาเฉพาะ ความปวดในระยะ 1-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ The Nursing Role Effectiveness Model¹⁵ เป็นกรอบศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่ได้รับการระงับ

ความรู้สึกแบบทั่วร่างกายประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (outcome) (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลมีความรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ระดับต่ำ การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ระดับดี ยังมีช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ¹⁶ อาจส่งผลต่อความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ควรให้คะแนนความปวด < 4 คะแนน หรือผู้ป่วยพึงพอใจ¹⁷

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากประชากรที่เข้าถึงประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพ ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ ประสบการณ์การพยาบาลสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และดูแลสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ในช่วง วันที่ 1 สิงหาคม 2559-31 กรกฎาคม 2560 ไม่รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย ลาคคลอด และลาศึกษาต่อ

2. เวชระเบียนของสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึก

แบบทั่วร่างกาย ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ เชื้อชาติไทย อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป แผลผ่าตัดแนวขวางลำตัว ไม่รวมแผลผ่าตัดแนวกึ่งกลางลำตัว แผลผ่าตัดติดเชื้อ และผ่าตัดซ้ำ เข้ารับการผ่าตัด ในช่วง วันที่ 1 สิงหาคม 2559-31 กรกฎาคม 2560

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพทั้งหมด ที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ จำนวน 12 คน

2. เวชระเบียนของสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น (confident interval = 95 % ($p = 0.5$)) อำนาจการทดสอบ power of analysis ($1-\beta$) = 0.80 จากประชากร 1,000 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 286 ราย¹⁸ ผู้วิจัยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 290 ราย สุ่มจากรายชื่อในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HosXp ที่เรียงลำดับรายชื่อตามเวลาที่รับไว้ในโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร โดยใช้สัดส่วนตัวอย่าง 1 ราย ต่อ ประชากร 3 ราย โดยเริ่มเลือกตัวอย่างรายแรกจากชื่อแรกของเดือน เว้นไป 2 ราย แล้วเลือกตัวอย่างรายที่ 2 หากคุณสมบัติไม่เป็นตามเกณฑ์ จะเลือกชื่อลำดับถัดไปทดแทน

เครื่องมือวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (CVI = .97 และ reliability = .84) ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 25 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 6, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, และ 25 และคำถามเชิงลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 7, 11, 12, 14, และ 17 ให้เลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบไม่ถูก ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมร้อยละ 80-100 หมายถึง ความรู้ระดับดี คะแนนรวมร้อยละ 60.0-79.9 หมายถึง ความรู้ระดับพอใช้ และ คะแนนรวมร้อยละ ≤ 59.9 หมายถึง ความรู้ระดับปรับปรุง¹⁹

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม (CVI = 1.0 และ reliability = .91) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale)²⁰ 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติน้อยครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ โดยกำหนดให้ค่าคะแนนคำตอบเป็น 0, 1, 2, และ 3 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.0 หมายถึง ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.0 หมายถึง ระดับพอใช้ และ คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.0 หมายถึง ระดับปรับปรุง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของเวชระเบียน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกคะแนนความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม (CVI = 1.0 และ reliability = .88) ประกอบด้วย คะแนนความปวด ในระยะ 1, 2, 3, 4,

8, 12, 16, 20, 24, 32, 40, 48, 56, 64, และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วัดโดยใช้มาตราวัดแบบตัวเลข Numerical Rating Scale (NRS) 0-10 คะแนน²¹ คะแนนความปวด 7-10 คะแนน หมายถึง ความปวดระดับสูง คะแนนความปวด 4-6.99 คะแนน หมายถึง ความปวดระดับปานกลาง คะแนนความปวด 1-3.99 คะแนน หมายถึง ความปวดระดับต่ำ และคะแนนความปวด 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด²²

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ ในช่วงเวลา 1-10 สิงหาคม 2560 และเก็บรวบรวมข้อมูลของเวชระเบียนสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ในช่วงเวลา 1 สิงหาคม 2559 ถึง 31 กรกฎาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ความรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด การจัดการความปวดหลังผ่าตัด และความปวดหลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก มหาวิทยาลัยรังสิต เลขที่ 003/2017 และ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เลขที่ 46/2560 และ พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพ เป็นเพศหญิง สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี และไม่เคยอบรมเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทั้งหมด 12(100 %) คน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-50 ปี

จำนวน 7(58.3%) คน $\bar{X} \pm SD = 46.33 \pm 5.35$ ปี
ระยะเวลาปฏิบัติงานระหว่าง 21-30 ปี จำนวน
6(50.0%) คน $\bar{X} \pm SD = 21.42 \pm 5.66$ ปี และ
มีประสบการณ์ดูแลสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้า
ท้อง ระยะเวลา 11-20 ปี จำนวน 6(50.0%) คน
 $\bar{X} \pm SD = 16.58 \pm 8.45$ ปี

2. กลุ่มตัวอย่างของเวชระเบียนสตรี
หลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่ได้รับการระงับ
ความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย พบว่า สถานภาพสมรสคู่
ทั้งหมด จำนวน 290(100.0%) ราย ส่วนใหญ่อายุ
ระหว่าง 20-25 ปี จำนวน 111(38.3%) ราย $\bar{X} \pm SD =$
 28.10 ± 5.53 ปี สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาปลาย /
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ จำนวน 99(34.1%) ราย ไม่ได้
ประกอบอาชีพ จำนวน 81(27.9%) ราย ตั้งครรภ์
ครั้งแรก จำนวน 151(52.1%) ราย มีบุตรคนแรก
จำนวน 164(56.6%) ราย ไม่เคยผ่าตัด จำนวน

209(72.1%) ราย และผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
เนื่องจากศีรษะทารกมีขนาดใหญ่กว่าอุ้งเชิงกราน
จำนวน 102(35.2%) ราย ระยะเวลาผ่าตัด เฉลี่ย
28.95 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.08 นาที
เสียเลือดเฉลี่ย 432.76 ซีซี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
114.65 ซีซี

3. คุณภาพด้านโครงสร้าง: ความรู้การ
จัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายของพยาบาล
วิชาชีพ พบว่า โดยรวมระดับพอใช้ แบ่งเป็นรายด้าน
พบว่า การประเมินความปวด ระดับดี การควบคุมความ
ปวด ระดับพอใช้ การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา
ระดับพอใช้ การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา ระดับ
พอใช้ และการบันทึกคะแนนความปวด ระดับดี
รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมและ
รายด้าน (n=12)

ความรู้การจัดการความปวด หลังผ่าตัด	จำนวนข้อ	ช่วงคะแนน (%)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
โดยรวม	25	60.0-79.9	18.92	.99	พอใช้
การประเมินความปวด	6	80.0-100	5.42	.51	ดี
การควบคุมความปวด	6	60.0-79.9	4.00	.60	พอใช้
การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา	5	60.0-79.9	3.33	.49	พอใช้
การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา	6	60-79.9	4.25	.62	พอใช้
การบันทึกคะแนนความปวด	2	80-100	1.92	.29	ดี

4. คุณภาพด้านกระบวนการ: การจัดการ
ความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่ได้รับ
การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายของพยาบาลวิชาชีพ
พบว่า โดยรวม ระดับดี แบ่งเป็นรายด้าน พบว่า บทบาท

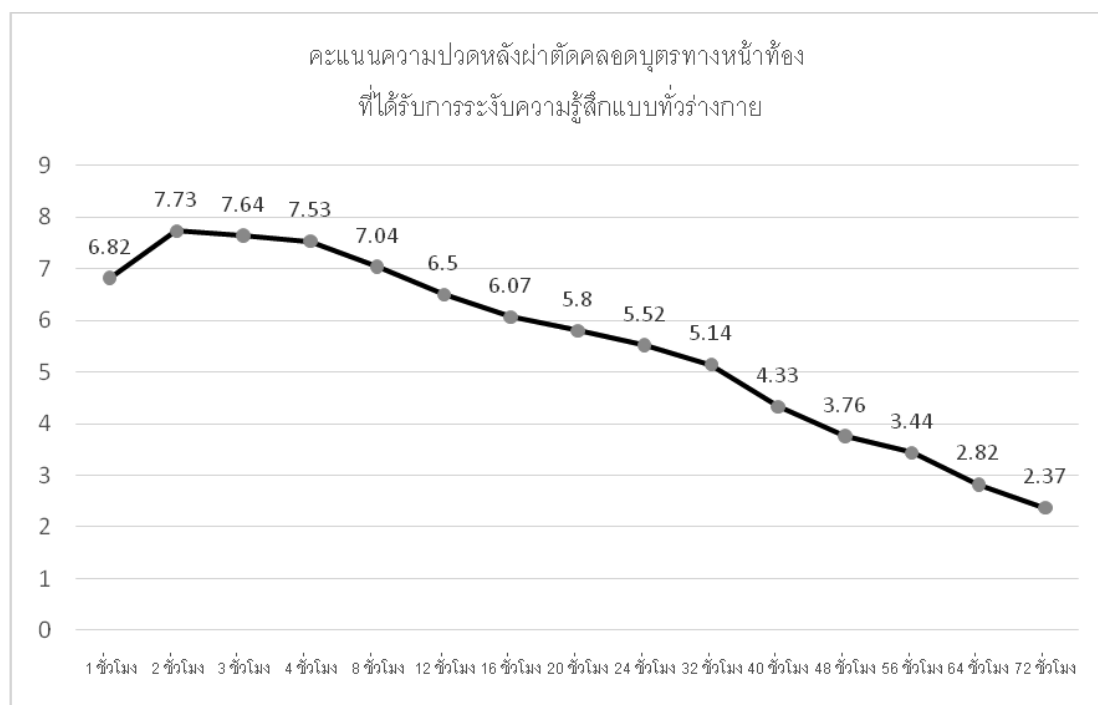
อิสระ ระดับพอใช้ บทบาทตามแผนการรักษา และ
บทบาทร่วมกับทีมสุขภาพ ระดับดี รายละเอียดใน
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมและรายด้าน (n=12)

การจัดการความปวดหลังผ่าตัด	จำนวนข้อ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
โดยรวม	30	2.12	.24	ดี
บทบาทอิสระ	24	1.97	.26	พอใช้
-ให้ความรู้การจัดการความปวด	5	1.88	.53	พอใช้
-ประเมินความปวด	6	2.29	.41	ดี
-บันทึกการจัดการความปวด	4	2.10	.20	ดี
-จัดการความปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยา	9	1.75	.21	พอใช้
บทบาทตามแผนการรักษา	3	2.83	.30	ดี
บทบาทร่วมกับทีมสุขภาพ	3	2.64	.50	ดี

5. คุณภาพด้านผลลัพธ์: ความปวดของสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ในระยะ 1-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า ในระยะ 2-4, และ 8 ชั่วโมงหลัง

ผ่าตัด มีความปวดระดับสูง ในระยะ 1, 12, 16, 20, 24, 32, และ 40 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความปวดระดับปานกลาง และในระยะ 48, 56, 64, และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีความปวดระดับต่ำ (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 แสดงความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในระยะ 1-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (n=290)

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพด้านโครงสร้าง: ความรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวม ระดับพอใช้ อธิบายได้ว่ายังขาดความรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการควบคุมความปวด การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจากหลังสำเร็จการศึกษา ทุกคนไม่ได้รับการอบรมเพื่อเสริมความรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับ Sell et al.²³ พบว่า พยาบาลที่ดูแลสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ขาดความรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด และไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมจากสถาบันการศึกษา แต่การประเมินความปวด และการบันทึกคะแนนความปวด ระดับดี เพราะว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติไปพร้อมกับการวัดสัญญาณชีพหลังผ่าตัด และมีแบบฟอร์มให้บันทึกเช่นเดียวกับสัญญาณชีพ จึงเกิดการรับรู้ตามมาตรฐานของงาน

2. คุณภาพด้านกระบวนการ: การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม ระดับดี อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากการปฏิบัติตามแผนการรักษาและบทบาทร่วมกับทีมสุขภาพระดับดี เพราะจะต้องช่วยแพทย์บำบัดรักษาความปวด ซึ่งแพทย์มีแผนการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษร และภายหลังให้ยาระงับปวดจะต้องเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา หากมีอาการผิดปกติ รายงานให้แพทย์ทราบ การส่งต่ออาการและการดูแลกับทีมพยาบาลเป็นประจำ รวมถึงการประเมินความปวด และการบันทึกการจัดการความปวด ระดับดี เพราะว่ามีระบบงานที่ชัดเจน มีแบบฟอร์มให้บันทึก จึงเกิดการรับรู้และปฏิบัติตามมาตรฐานของงาน แต่การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา ระดับพอใช้ เป็นเพราะว่า พยาบาลวิชาชีพยังขาดความรู้ ถ้าได้รับการอบรมเสริมความรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด

น่าจะสามารทำให้ความรู้การจัดการความปวดและนำวิธีไม่ใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพมาช่วยบรรเทาปวดร่วมกับการใช้ยาระงับปวดได้อย่างเหมาะสม ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับ ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ²⁴ พบว่า พยาบาลวิชาชีพจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยปฏิบัติตามบทบาทอิสระ ระดับต่ำ บทบาทตามแผนการรักษา และบทบาทร่วมกับทีมสุขภาพ ระดับดี Sell et al.²³ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ยังขาดการผสมผสานการจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาควบคู่กับวิธีไม่ใช้ยา

3. คุณภาพด้านผลลัพธ์: ความปวดในระยะ 1-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง พบว่า ในระยะ 2-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความปวดระดับสูง (pain score 7-10 คะแนน) ในระยะ 1 และ 12-40 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความปวดระดับปานกลาง (pain score 4-6.99 คะแนน) และในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความปวดระดับต่ำ (pain score 1-3.99 คะแนน) อธิบายได้ว่า การจัดการความปวดในระยะ 1-40 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ยังไม่เพียงพอเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ควรให้คะแนนความปวด < 4 คะแนน¹⁷ เนื่องจากการระงับปวด ในระยะ 1-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ใช้ยาระงับปวด morphine 5 มิลลิกรัม เพียงอย่างเดียว นิดทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง จำนวน 63 (90.7%) ราย อาจทำให้การระงับปวดไม่เพียงพอ ถ้ามีการให้ยาระงับปวดแบบผสมผสาน (multimodal analgesia) โดยการนำยาระงับปวดหลายชนิดที่มีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกันมาใช้ร่วมกัน จะช่วยให้การระงับปวดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และระงับปวดโดยวิธีใช้ยาร่วมกับวิธีไม่ใช้ยาจะสนับสนุนให้การให้ยาระงับปวดได้ผลดีขึ้น¹⁷ ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับ Abbey et al. (2013)²⁵ ที่พบว่า สตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความปวดระดับ

สูง และ Borges et al.²⁶ ที่พบว่า สตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ร้อยละ 37.5 มีความปวดระดับสูง (pain score 7-9 คะแนน) และ ร้อยละ 14.6 มีความปวดระดับสูงที่สุด (pain score 10 คะแนน) ผลการวิจัยครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน ในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีความปวดระดับต่ำ^{24, 27}

สรุป

คุณภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติ พัฒนาการศึกษเกี่ยวกับความรู้และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง และการใช้ยาระงับปวดแบบผสมผสานร่วมกับวิธีระงับปวดโดยไม่ใช้ยา

ด้านการวิจัย พัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์ มหาวิทยาลัยรังสิต และคณะผู้บริหารโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ที่ช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

References

1. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. (n.p.); 2015.
2. Betran AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global regional and national estimates: 1990-2014. PLOS ONE 2014; 11(2): 1-12.
3. National Statistical Office of Thailand. Thailand multiple indication cluster survey 2558-2559. (n.p.); 2559. (in Thai)
4. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. Journal of American Society of Anesthesiologist 2012, 116(2): 248-73.
5. Karlstrom A, Olofsson RE, Nystedt A, Sjoling, M, Hildingsson I. Women's postoperative experiences before and after the introduction of spinal opioids in anesthesia for caesarean section. Journal of Clinical Nursing 2010, 19: 1326-34. doi: 10.1111
6. Woods AB, Crist B, Kowalewski S, Carroll J, Warren J, Robertson J. A cross-sectional analysis of the effect of patient-controlled epidural analgesia versus patient controlled analgesia on post-caesarean pain and breastfeeding. Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing 2012; 41(3): 339-46.
7. Jin J, Peng L, Chen Q, Zhang D, Ren L, Qin P, Min S. Prevalence and risk factors for chronic pain following cesarean section: A prospective study. BMC Anesthesiology 2016, 16:99. doi 10.1186
8. Weibel S, Neubert K, Jelting Y, Meissner W, Wockel A, Roewer N, Kranke P. Incidence and severity of chronic pain after caesarean section: A systematic review with meta-analysis. European Journal of Anesthesiology 2016, 33(11): 853-65.
9. Kwok C, Moo D, Sia ST, Razak AS, Sng BL. Childbirth pain and postpartum depression. Trends in Anesthesia and Critical Care 2015, 5(4): 101-3.

10. Jainad Narendra Hospital. Birth certificate 2556-2559. (n.p.) (in Thai)
11. Jainad Narendra Hospital. Anesthesia certificate 2556-2559. (n.p.) (in Thai)
12. Kessous R, Weintraub A, Wiznitzer A, Sheiner E. Spinal versus general anesthesia in cesarean sections: The effects on postoperative pain perception. *Archives of Gynecology* 2012, 286(1): 75-79.
13. Peaz JJ, Navarro JR. Regional versus general anesthesia for cesarean section delivery. *Journal of Anesthesiology* 2012, 40(3): 203-6.
14. Jainad Narendra Hospital. Postoperative pain management guideline; 2558. (in Thai)
15. Irvine D, Sidani S, Hall LM. Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursing Economics* 1998, 16(3): 110-31.
16. Talatala RB. Knowledge, attitudes and management practices on post-operative pain among surgical nurses in a government hospital. *Asian Scientific Journals* 2015, 5(1):1-5.
17. Thai Association for the Study of Pain. Clinical guidance for management of acute postoperative pain. (n.p.); 2554. (in Thai)
18. Norwood SL. Research strategies for advanced practice nurses. Printed in The United States of America: Prentice-Hall; 2000.
19. Bloom BS. Handbook on formation and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.
20. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: Principles and methods, 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.
21. McCaffery M, Pasero C. Teaching patients to use numerical pain rating scale. *American Journal of Nursing* 1999, 99(12): 22.
22. Jones KR, Carol PV, Hutt E, Fink R. Determining mild, moderate, and severe pain equivalency across pain- intensity tools in nursing home residents. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 2007, 44(2): 305-314.
23. Sell SE, Beresford PC, Dias HH, Garcia OR, Santos EK. Look and knowledge experiences of mothers and nursing staff regarding post-caesarean section pain. *Text Context Nursing* 2012, 21(4): 766-74.
24. Tippawan L. Quality of pain management in women with caesarean section under spinal anesthesia. *Journal of Nursing and Health Care* 2015, 33(4): 15-23. (in Thai)
25. Abbey J, Lauria MR, Mackenzie T, McCarthy M. Intensity and Unpleasantness of pain following vaginal and cesarean delivery: A prospective evaluation. *BIRTH* 2013, 40(2): 125-33.
26. Borges NC, Silva BC, Pedroso CF, Silva TC, Tatagiba BSF, Pereira LV. Postoperative pain in women undergoing caesarean section. *Enfermeria Global* 2017, 48. doi. 10.6018
27. Chanida A. The outcomes of patients undergoing cesarean section with spinal anesthesia at Trat Hospital. *Journal Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2012; 29(2): 123-32. (in Thai)