

การพัฒนาแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลเกาะสมุย*

A DEVELOPMENT OF PRACTICE GUIDELINE FOR PAIN REDUCTION IN WOMEN WITH CAESAREAN SECTION, KOH SA MUI HOSPITAL

เพ็ญศรี เรืองศรี

Pensri Ruangsri

โรงพยาบาลเกาะสมุย

Koh Sa Mui Hospital, Thailand

E-mail: pensrieiei1966@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการลดความปวด 2) ศึกษาประสิทธิผลแนวปฏิบัติการลดความปวด ในสตรีผ่าตัดคลอด โดยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีไทยที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้ผ่าตัดคลอด โดยการมียาสลบ จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการลดความปวดที่พัฒนา) และกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติแบบเดิม) กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด และคู่มือการจัดการความปวด เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และผลลัพธ์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Independent t-test และ Paired sample t-test ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการลดความปวดที่พัฒนา คือ ให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติการลดความปวด แนะนำให้พลิกตะแคงตัว/เปลี่ยนอิริยาบถ และวิธีอื่น ๆ ในการลดความปวด หรือใช้ยาตามการรักษาหากไม่ได้ผล ประเมินความปวด สังเกตชีพจร ความดันโลหิต และให้ปฏิบัติตัวตามที่ได้ให้คำแนะนำไว้ เยี่ยม และติดตามดูแล ผลการใช้พบว่า สตรีผ่าตัดคลอดมีความปวดลดลงเมื่อรู้สึกตัว ก่อนออกจากห้องพักรักษา และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ส่วนแนวปฏิบัติแบบเดิม สตรีผ่าตัดคลอดมีความปวดลดลงหลังการผ่าตัดเมื่อรู้สึกตัว และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง แต่ก่อนออกจากห้องพักรักษาความปวดไม่ได้ลดลง เมื่อเปรียบเทียบการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนา กับแบบเดิม พบว่า ไม่ได้ทำให้ความปวดลดลงแตกต่างกัน แต่ทำให้สตรีผ่าตัดคลอดมีความพึงพอใจต่อการจัดการลดความปวดโดยรวม และแต่ละด้าน มากกว่าแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ ดังนั้น จึงควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ที่โรงพยาบาลต่อไป

* Received 19 June 2021; Revised 20 July 2021; Accepted 10 August 2021

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ, การลดความปวด, การผ่าตัดคลอด

Abstract

The objectives of this research article were 1) develop practice guidelines for pain reduction, 2) study the effectiveness of pain reduction practices in women with caesarean section, by quasi - experimental research. The samples were Thai woman who had been considered by a doctor to have a caesarean section by general anesthesia, amount 70 people, which were divided into 2 groups; experimental group (using the developed pain reduction guideline group) and comparison group (using the traditional practice), 35 people per group. Research tools in conducting research were guidelines for pain reduction in women with cesarean section and pain management guide. Data collection tool was postoperative pain management questionnaire and outcomes. Data was analyzed by descriptive statistic, Chi-square test, independent t-test and paired sample t-test. The research results found that: The developed practice guidelines for pain reduction was educate, pain relief practice, turn on the side recommended / position's change and other ways to reduce pain or use drugs as prescribed by a doctor if the above method did not work, teach pain assessment, pain assessment and practice in reducing pain as advised, If this did not work to give by drugs, visit and take care. The results of using the developed practice guidelines for pain reduction were found that it decreased pain for women with cesarean section when awake, before leaving the recovery room and 24 hours after surgery. As for using the traditional system, it made women with caesarean sections less pain when awake, and 24 hours after surgery, but before leaving the recovery room there was not reduction in pain. When compared the using practice guidelines for pain reduction that were developed with traditional practice guidelines found that the pain to be reduced no different, but using the developed pain reduction guideline were more satisfied with overall and each side than using the traditional practice. Therefore, should be used this practice guidelines at the hospital next.

Keywords: practice guidelines, pain reduction, cesarean section



บทนำ

ปัจจุบัน มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกันมาก เนื่องจากเหตุผลต่าง ๆ ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านสูติกรรมหรือมีโรคแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ และไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ แพทย์วินิจฉัยภาวะที่มารดาและทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการคลอดทางช่องคลอดได้เร็วขึ้น และการผ่าตัดคลอดซ้ำ ซึ่งการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีความปลอดภัยต่อมารดาและทารกค่อนข้างสูง (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และพรพรรณ ภูสาหัส, 2558) แต่การคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ ที่ส่งผลกระทบต่อความสบายด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดอย่างมาก โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด อาทิ อาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงมากใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ความปวดที่เกิดขึ้นทันทีของสตรีผ่าตัดคลอด (Pillitteri, A., 2010) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ถือว่าความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องให้ความสำคัญ ทั้งนี้ขึ้นกับระดับความรุนแรง ระยะเวลาและชนิดของความปวด (Joshi, G.P., 1999) รวมถึงชนิดของการระงับความรู้สึกและจำนวนของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด (O'Brien, D., 1994) การบำบัดความปวดได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้สตรีผ่าตัดคลอดมีความทุกข์ทรมานลดลง (พจณี วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน, 2562) ความปวดหลังผ่าตัดคลอด เป็นปัญหาที่สำคัญอันดับแรกๆ ที่สตรีผ่าตัดคลอดต้องเผชิญ เมื่อฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งสตรีหลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกจะมีระดับความปวดรุนแรงมากถึงมากที่สุดถึงร้อยละ 40 – 70 หลังจากนั้นความปวดจะค่อย ๆ บรรเทาตามระยะเวลา (เสาวนิตย์ กมลวิทย์ และปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์, 2557) แม้ว่าความปวดจะบรรเทาตามระยะเวลา แต่เป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของการดูแลรักษาผู้ป่วยคือการควบคุมความปวดหลังผ่าตัดให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้สตรีผ่าตัดคลอดผ่านพ้นประสบการณ์การรักษาด้วยการผ่าตัดไปได้ด้วยดีและสามารถฟื้นสภาพได้โดยเร็ว (เสาวนิตย์ กมลวิทย์ และปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์, 2557) นอกจากนี้ ความปวดจากการผ่าตัดของสตรีผ่าตัดคลอดดังกล่าว ยังส่งผลให้ระยะในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามากขึ้น การจัดการอาการปวดของสตรีผ่าตัดคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จะลดอันตรายและระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดลดน้อยลง สามารถปฏิบัติกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติเร็วขึ้น จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำลดลง ลดค่าใช้จ่ายในการดูแล ทำให้สตรีผ่าตัดคลอดมีสุขภาพจิตดีและมีความพึงพอใจในการรักษาอีกด้วย (พจณี วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน, 2562)

วิธีการจัดการความปวดใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยวิสัยทัศน์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ มีทักษะและสมรรถนะด้านต่าง ๆ ในการจัดการดูแลผู้ป่วย (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2559) ซึ่งสิ่งสำคัญอันดับแรกในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ คือ วิสัยทัศน์พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการประเมินและการจัดการความปวดที่ถูกต้อง

ควรมีการประเมินความปวดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดที่หอผู้ป่วย และหลังผ่าตัดควรประเมินความปวดตั้งแต่แรกขึ้นที่ห้องพักรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดก่อนที่จะส่งกลับหอผู้ป่วย (เสาวนิตย์ กมลวิทย์ และปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์, 2557) โรงพยาบาลเกาะสมุยเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 120 เตียง ที่มุ่งเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพ ทั้งนี้ ตั้งแต่ปี 2558 – 2562 มีสตรีมารับการผ่าตัดคลอดลูก (Cesarean Section) จำนวน 786 คน 623 คน 578 คน 575 คน และ 619 คน (โรงพยาบาลเกาะสมุย, 2563) ในการดูแลสตรีผ่าตัดคลอดลูก ได้มุ่งเน้นการดูแลให้เกิดความสุขสบาย และปลอดภัย งานวิสัญญีเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาไม่ให้เจ็บปวดหรือเจ็บปวดน้อยที่สุดจากการผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดลูกจากการระงับความรู้สึกดมยาสลบ ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด ในห้องพักรักษา และติดตามสอบถามอาการ หรือความผิดปกติจากการได้รับการดมยาหลังจากส่งผู้ป่วยไปดูแลที่หอผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทั้งนี้ ระบบการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวของโรงพยาบาลเกาะสมุยนั้น ในระบบเดิมมีการให้คำแนะนำ เตรียมผู้ป่วยก่อนดมยาสลบ ดูแลขณะผ่าตัด และเมื่อผู้ป่วยมาอยู่ที่ห้องพักรักษา ก็สังเกตชีพจร ประเมินความปวด และให้ยาแก้ปวดตามการรักษาของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว มีสัญญาณชีพปกติ ก็เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมเพื่อสอบถาม ติดตามดูแลความผิดปกติซึ่งอาจเกิดจากการดมยาสลบ ทั้งนี้ ในการให้บริการผู้ป่วยที่ผ่านมา วิสัญญีพยาบาลได้ให้บริการตามหลักการดังกล่าว แต่ยังไม่มียุทธวิธีที่เป็นข้อตกลงที่ชัดเจนในการดำเนินการ ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทางหน่วยงานวิสัญญีต้องการพัฒนาระบบบริการให้มีมาตรฐานทางคลินิก และมีคุณภาพ เพื่อให้สามารถลดความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้วิจัยในฐานะวิสัญญีพยาบาลที่รับผิดชอบการบริหารจัดการและการดูแลลดความปวดให้กับผู้ป่วย จึงได้ร่วมกับทีมงานวิสัญญีพยาบาล พัฒนาระบบปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด โดยอาศัยหลักการความรู้ทั่วไป ประสบการณ์และความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลแต่ละคนที่ดูแลผู้ป่วย มาพิจารณาจัดทำแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด และประเมินผลลัพธ์จากการจัดการดังกล่าว เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการจัดการความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด ให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนหลัง ดำเนินการวิจัยโดย



1. พัฒนาโปรแกรมลดความปวดสตรีผ่าตัดคลอด โดยประยุกต์ใช้การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, 2021) มากำหนดเป็น 6 ขั้นตอนหลักในการพัฒนา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข ขอบเขต และการดำเนินงาน ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลด้านการประเมินและการจัดการความปวด และผลการทบทวนการประเมินการบันทึกและการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น ต่อทีมงานวิสัญญีพยาบาล เพื่อขอความคิดเห็น และความร่วมมือในการพัฒนาโปรแกรมลดความปวดสตรีผ่าตัดคลอด

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยประสานงานกับบุคลากรในทีมงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเชิญร่วมเป็นทีมพัฒนาโปรแกรมลดความปวดสตรีผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลเกาะสมุย ประกอบด้วย ตัวแทนวิสัญญีพยาบาล 3 คน และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 3 คน

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ทางสุขภาพของการใช้โปรแกรมลดความปวดสตรีผ่าตัดคลอด โดยการประชุมร่วมกันของผู้วิจัยและทีมพัฒนาโปรแกรมลดความปวดสตรีผ่าตัดคลอด เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และกำหนดผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการให้การดูแลตามโปรแกรมลดความปวดสตรีผ่าตัดคลอด

ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนวรรณกรรมที่เป็น หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมาย โดยทีมพัฒนาโปรแกรมลดความปวดสตรีผ่าตัดคลอด และผู้วิจัยร่วมสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความปวด การจัดการความปวดรูปแบบต่าง ๆ ร่วมกัน ที่เกี่ยวกับการผ่าตัดทั่วไปทางหน้าท้อง

ขั้นตอนที่ 5 ร่างแนวปฏิบัติในการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เป็นหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 คน หัวหน้างานวิสัญญี 1 คน และสูติ-นรีแพทย์ 1 คน ประเมินความตรงตามเนื้อหา (content validity) และนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 6 จัดทำแนวปฏิบัติในการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอดเพื่อนำไปทดลองใช้กับวิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติในหน่วยงานวิสัญญี ในการจัดการความปวด และการประเมินความปวด ในสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทาง และฝึกทักษะการปฏิบัติในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

2. ผู้วิจัยประชุมร่วมกับหัวหน้าวิสัญญีพยาบาล วิสัญญีพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้รับทราบการทดลองใช้แนวปฏิบัติในการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอดที่พัฒนาขึ้นนี้ และทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ กับสตรีผ่าตัดคลอด ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย ก่อนนำไปใช้จริง พร้อมรับฟังคำแนะนำเพิ่มเติม ทั้งนี้ เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ให้สามารถใช้งานได้อย่างเป็นรูปธรรม

3. นำแนวปฏิบัติในการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอดไปใช้และประเมินผลการใช้กับสตรีผ่าตัดคลอด โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นสตรีไทยที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้ผ่าตัดคลอดโดยการดมยาสลบ ตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์หรือก่อนครบกำหนดคลอด ณ โรงพยาบาลเกาะสมุย

2. สามารถสื่อสารได้เข้าใจ และเป็นผู้ที่ยินดีร่วมมือในการศึกษา

และมีเกณฑ์คัดออกคือ (Exclusion criteria) ดังนี้

1. เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด

2. ในระหว่างการศึกษา ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาต่อ

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน ได้แก่ อายุ การศึกษา และประสบการณ์การผ่าตัดคลอดหรือผ่าตัดใหญ่ ซึ่งถือว่าเป็นตัวแปรควบคุม แล้วแยกเข้ากลุ่มทดลอง หรือกลุ่มเปรียบเทียบ ตามความสมัครใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มทดลอง เป็นสตรีไทยที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้ผ่าตัดคลอดโดยการดมยาสลบ โรงพยาบาลเกาะสมุย จำนวน 35 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติลดความปวดสตรีผ่าตัดคลอดที่ได้พัฒนาขึ้นมา

2. กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นสตรีไทยที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้ผ่าตัดคลอดโดยการดมยาสลบ โรงพยาบาลเกาะสมุย จำนวน 35 คน สมัครใจเข้าร่วมการลดความปวดสตรีผ่าตัดคลอดแบบเดิม ได้แก่ การให้คำแนะนำ เตรียมผู้ป่วยก่อนดมยาสลบ ดูแลขณะผ่าตัด และเมื่อผู้ป่วยมาอยู่ที่ห้องผ่าตัดก็สังเกตชีพจร ประเมินความปวด และให้ยาแก้ปวดตามการรักษาของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว มีสัญญาณชีพปกติ ก็เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมเพื่อสอบถาม ติดตามดูแลความผิดปกติซึ่งอาจเกิดจากการดมยาสลบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด

1.2 คู่มือการจัดการความปวดในสตรีตั้งครรภ์ที่จะได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร

ทางหน้าห้อง

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และผลลัพธ์ของสตรีผ่าตัดคลอด สำหรับสตรีผ่าตัดคลอด ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้



1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การผ่าตัดคลอดในอดีต ระยะเวลาการทำผ่าตัด ความยาวของแผลผ่าตัด ยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ และสิทธิในการรักษาพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 11 ข้อ

2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัด โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข และมาตรวัดความปวดด้วยใบหน้า (Registered Nurse Association of Ontario [RNAO], 2002) ซึ่งการประเมินความปวดหลังผ่าตัดจะทำการสัมภาษณ์และสังเกตความปวดหลังผ่าตัด โดยพยาบาลเป็นผู้ถามหรือสังเกตสีหน้าผู้ป่วยเพื่อประเมินความปวด ในแต่ละช่วงเวลา (ก่อนผ่าตัด เมื่อรู้สึกตัว ก่อนออกจากห้องผ่าตัด และเมื่อเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง)

3) ความพึงพอใจต่อการจัดการลดความปวดที่ได้รับ ซึ่งเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด ด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ด้านการได้รับยาบรรเทาปวด ด้านการดูแลความปวดโดยไม่ใช้ยา รวมจำนวน 23 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ไม่พอใจ พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง และพึงพอใจมาก โดยไม่พอใจให้ 0 คะแนน พึงพอใจน้อย ให้ 1 คะแนน พึงพอใจปานกลาง ให้ 2 คะแนน และพึงพอใจมาก ให้ 3 คะแนน

คุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (ด้านการแพทย์ 1 ท่าน การพยาบาล 1 ท่าน และด้านการสร้างเครื่องมือ 1 ท่าน) เพื่อดูความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.6 – 1.0 นอกจากนี้ได้วิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัดโดยการวัดความสอดคล้องภายใน แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's Alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อถือของแบบวัดความพึงพอใจต่อการจัดการลดความปวด = 0.87

เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนกรกฎาคม 2563 – พฤศจิกายน 2563 โดยผู้วิจัย

วิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้ Chi-square test

3. วิเคราะห์ประสิทธิภาพการจัดการลดความปวด และความพึงพอใจการจัดการลดความปวด โดยใช้สถิติดังนี้

- Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความปวด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

- Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความปวด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

- Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความพึงพอใจต่อการจัดการลดความปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยให้คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พิจารณา ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตามหนังสือ เลขที่ 76/2563 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอดที่พัฒนา

1. ก่อนการผ่าตัด 1 วัน วิทยาลัยพยาบาลให้ความรู้ และทำการฝึกปฏิบัติการลดความปวดโดยการไม่ใช้ยาด้วยวิธีต่าง ๆ คือ

1.1 การฝึกการหายใจลึก ๆ (Deep Breathing Exercise) โดยให้นอนราบ งอขาตั้งเข่าทั้ง 2 ข้าง วางฝ่ามือนาบลงบนซี่โครงทั้ง 2 ข้าง สูดหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก ให้ซี่โครงบานออก กลั้นไว้ช่วงสุดท้าย และผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ ทางปาก ให้ซี่โครงยุบ ทำ 5 – 10 ครั้งใน 1 ชั่วโมง

1.2 การไออย่างมีประสิทธิภาพ โดย

- จัดทำให้นอนหัวสูงหรือนั่งบนเก้าอี้ กอดหมอนหรือผ้าห่มใต้บริเวณหน้าท้อง หรือพุงบริเวณที่มีแผล ถ้าไม่มีหมอนอาจใช้ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างกดเบาๆ ด้านข้างของแผล ลดปวดและป้องกันแผลแยก

- หายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ 2 - 3 ครั้ง จากนั้นหายใจเข้าลึก ๆ และกลั้นหายใจไว้ประมาณ 1-2 วินาที ให้ไอออกมาแรง ๆ ใช้แรงดันจากช่องท้องร่วมกับกล้ามเนื้อช่วยหายใจ เนื่องจากการใช้แรงดันจากช่องท้อง จะทำให้เกิดแรงดันมาก เสมหะจะหลุดออกมาง่ายขึ้น ทำซ้ำเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบ ปอดแฟบจากเสมหะคั่ง

1.3 การพลิกตะแคงตัว/เปลี่ยนอิริยาบถ โดยให้พลิกตะแคงตัวซ้าย-ขวา เมื่อรู้สึกตัว และควรพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก ๆ 2 ชั่วโมง ทั้งนี้ การเปลี่ยนอิริยาบถ การลุกจากเตียง ให้ลุกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เริ่มจากให้ตะแคงตัวก่อนลุกนั่ง ใช้แขนลดความตึงของท้อง ปรับเตียงให้ศีรษะสูง ลุกนั่งช้า ๆ สักพัก และหยุดพักก่อนยืน ใช้มือประคองแผล

1.4 วิธีอื่น ๆ โดยการให้ใช้มือลูบข้าง ๆ บริเวณแผล สวดมนต์ตามความเหมาะสม ฟังเพลงที่ตัวเองชื่นชอบ หรือพูดคุยกับคนอื่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ



1.5 ใช้ยาตามการรักษาของแพทย์หากผู้ป่วยยังปวดมากหรือไม่ลดลง โดยอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

2. ก่อนการผ่าตัด 1 วัน สอนการประเมินความปวดหลังผ่าตัดด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลขและมาตรวัดความปวดด้วยใบหน้า (Registered Nurse Association of Ontario [RNAO], 2002) ดังนี้

2.1 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale: NRS) เป็นมาตรวัดที่มีการกำหนดตัวเลขแสดงความปวดต่อเนื่อง ตั้งแต่ 0 - 10 โดย 0 = ไม่ปวดเลย 10 ปวดมากที่สุด และจัดการความปวดเมื่อคะแนน > 3

2.2 มาตรวัดความปวดด้วยใบหน้า (Face Pain Scale Rating) เป็นมาตรวัดที่มีรูปใบหน้าที่ตรงกับความรู้สึกปวดในระดับต่าง ๆ เหมาะสำหรับเด็กตั้งแต่อายุ 3 ปีขึ้นไป หรือผู้ใหญ่ที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร โดยจัดการกับความปวดเมื่อคะแนน ≥ 6 คะแนน



3. เตรียมผู้ป่วยก่อนดมยาสลบ และให้การดูแลขณะผ่าตัด

4. หลังผ่าตัดและย้ายผู้ป่วยมาอยู่ที่ห้องพักฟื้นจะสังเกตชีพจร ประเมินความปวด และให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการลดความปวดโดยการไม่ใช้ยา ตามที่ได้ให้คำแนะนำไว้ หากอาการปวดไม่ดีขึ้นจะให้ยาลดความปวดตามการรักษาของแพทย์ พร้อมเปิดเพลงบรรเลงเบา ๆ ให้ฟังในห้องพักฟื้น

5. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว มีสัญญาณชีพปกติ นำบุตรมาให้ผู้ป่วยดูและให้กอดบุตร หลังจากนั้นเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย

6. ติดตามเยี่ยม ดูแลความผิดปกติซึ่งอาจเกิดจากการดมยาสลบ หลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง หากผู้ป่วยยังมีความปวด ให้ลดความปวดโดยการไม่ใช้ยาตามวิธีการดังกล่าว

การปฏิบัติแบบเดิมในการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด

1. ดำเนินการโดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด (ที่ห้องพักฟื้น) ในเรื่องการประเมินความปวด การให้ยาลดปวด พร้อมแจกคู่มือประเมินความปวด และเตรียมผู้ป่วยก่อนดมยาสลบ

2. ในวันผ่าตัด ให้การดูแลขณะผ่าตัด และเมื่อผู้ป่วยมาอยู่ที่ห้องพักฟื้น สังเกตชีพจร ประเมินความปวด และให้ยาแก้ปวดตามการรักษาของแพทย์

3. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว มีสัญญาณชีพปกติ ก็เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย

4. ติดตามเยี่ยมเพื่อสอบถาม ติดตามดูแลความผิดปกติซึ่งอาจเกิดจากการดมยาสลบ หลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง

ประสิทธิผลแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอด

ในการศึกษาประสิทธิผลการจัดการลดความปวดสตรีผ่าตัดคลอด ได้ศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ความปวดสตรีผ่าตัดคลอด และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการลดความปวดตามแนวปฏิบัติที่พัฒนา ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ และได้นำเสนอผลการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคลของสตรีผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.7 มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า ร้อยละ 51.4 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 51.7 รองลงมารับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานรัฐ ช่วยเหลืองานในครอบครัว ธุรกิจส่วนตัว และค้าขาย ร้อยละ 14.3, 11.4, 8.6, และ 8.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.0 มีรายได้ 20,000 บาทขึ้นไป มีประสบการณ์การผ่าตัดคลอด/ผ่าตัดใหญ่ ร้อยละ 45.7 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.3 ซึ่งในการผ่าตัดคลอดนี้ ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 54.3 รองลงมาใช้สิทธิประกันสังคม และเบิกได้ ร้อยละ 28.6 และ 17.1 ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.7 มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 68.6 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 51.7 รองลงมา ช่วยเหลืองานในครอบครัว รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานรัฐ ค้าขาย และธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 22.9, 8.6, 8.6, และ 2.9 ตามลำดับ ร้อยละ 45.7 มีรายได้ 20,000 บาทขึ้นไป รองลงมา มีรายได้ 10,000 – 20,000 บาทขึ้นไป น้อยกว่า 10,000 บาท และไม่มีรายได้ ร้อยละ 37.1, 14.3 และ 2.9 ตามลำดับ มีประสบการณ์การผ่าตัดคลอด/ผ่าตัดใหญ่ ร้อยละ 42.9 และในการผ่าตัดคลอดนี้ ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 60.0 รองลงมาใช้สิทธิประกันสังคม และเบิกได้ ร้อยละ 31.4 และ 8.6 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลในเรื่อง อายุ การศึกษา และประสบการณ์การผ่าตัดคลอด/ผ่าตัดใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($P > 0.05$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะอายุ การศึกษา และประสบการณ์การผ่าตัดคลอด/ผ่าตัดใหญ่ ที่ไม่แตกต่างกัน เหมาะสมต่อการนำกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไปวิเคราะห์ประสิทธิผลการจัดการลดความปวดสตรีผ่าตัดคลอด

2. การเปรียบเทียบความปวดของสตรีผ่าตัดคลอด

2.1 ความปวดจากการผ่าตัดเมื่อรู้สึกตัว ก่อนออกจากห้องพักรักษา และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ก่อนการดำเนินการ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อรู้สึกตัวเท่ากับ 5.7 (S.D. = 3.3) ค่าเฉลี่ยความปวดก่อนออกจากห้องพักรักษาเท่ากับ 2.8 (S.D. = 1.0) และค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงเท่ากับ 4.2 (S.D. = 2.4) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อรู้สึกตัวเท่ากับ 6.0 (S.D. = 3.4) ค่าเฉลี่ยความปวดก่อนออกจากห้องพักรักษาเท่ากับ 2.7



(S.D. = 2.7) และค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงเท่ากับ 4.3 (S.D. = 2.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความปวดเมื่อรู้สึกตัว ความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น และความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ($P > 0.05$) หมายความว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความปวดเมื่อรู้สึกตัว ความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น และความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ใกล้เคียงกัน รายละเอียดดังตาราง 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความปวดจากการผ่าตัดเมื่อรู้สึกตัว ก่อนออกจากห้องพักฟื้น และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการดำเนินการ

ก่อนการดำเนินการ	n	$\bar{x}$	SD	t	df	P-value
ความปวดเมื่อรู้สึกตัว						
กลุ่มทดลอง	35	5.7	3.3	-0.426	68	0.672
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	6.0	3.4			
ความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น						
กลุ่มทดลอง	35	2.8	1.0	0.643	68	0.523
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	2.7	1.1			
ความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง						
กลุ่มทดลอง	35	4.2	2.4	-0.079	66	0.937
กลุ่มเปรียบเทียบ	33	4.3	2.3			

หลังการดำเนินการ สตรีผ่าตัดคลอดได้มีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และจากการกระตุ้น ช่วยเหลือให้เกิดการปฏิบัติตัว และหรือได้รับการพยาบาลในการลดความปวดจากวิสัญญีพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อรู้สึกตัวเท่ากับ 3.7 (S.D. = 3.0) ค่าเฉลี่ยความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น เท่ากับ 2.1 (S.D. = 1.1) และค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงเท่ากับ 2.2 (S.D. = 1.1) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อรู้สึกตัวเท่ากับ 4.2 (S.D. = 2.5) ค่าเฉลี่ยความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้นเท่ากับ 2.6 (S.D. = 1.8) และค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เท่ากับ 2.8 คะแนน (S.D. = 1.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความปวดเมื่อรู้สึกตัว ความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น และความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ($P > 0.05$) หมายความว่า การดำเนินการตามแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอดที่พัฒนา กับแบบเดิม ทำให้สตรีผ่าตัดคลอดมีความปวดเมื่อรู้สึกตัว ความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น และความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตาราง 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความปวดจากการผ่าตัดเมื่อรู้สึกตัว ก่อนออกจากห้องพักฟื้น และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการดำเนินการ

หลังการดำเนินการ	n	$\bar{X}$	SD	t	df	P-value
ความปวดเมื่อรู้สึกตัว						
กลุ่มทดลอง	35	3.7	3.0	-0.718	68	0.475
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	4.2	2.5			
ความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น						
กลุ่มทดลอง	35	2.1	1.1	-1.179	68	0.243
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	2.6	1.8			
ความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง						
กลุ่มทดลอง	35	2.2	1.1	-1.843	67	0.070
กลุ่มเปรียบเทียบ	34	2.8	1.3			

2.2 ความปวดจากการผ่าตัดเมื่อรู้สึกตัว ก่อนออกจากห้องพักฟื้น และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ก่อนและหลังการดำเนินการ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง ก่อนการดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อรู้สึกตัว เท่ากับ 5.7 (S.D. = 3.3) ค่าเฉลี่ยความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้นเท่ากับ 2.8 (S.D. = 1.0) และค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เท่ากับ 4.2 (S.D. = 2.4) และเมื่อได้มีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และกระตุ้น ช่วยเหลือให้เกิดการปฏิบัติตัว และหรือได้รับการพยาบาลในการลดความปวดจากวิสัญญีพยาบาล ตามแนวปฏิบัติที่พัฒนา (หลังการดำเนินการ) มีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อรู้สึกตัวเท่ากับ 3.7 (S.D. = 3.0) ค่าเฉลี่ยความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้นเท่ากับ 2.1 (S.D. = 1.1) และค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงเท่ากับ 2.2 (S.D. = 1.1) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของกลุ่มทดลองก่อนการดำเนินการ และหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในเรื่องความปวดเมื่อรู้สึกตัว ความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น และความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ($P < 0.001$) หมายความว่า การดำเนินการตามแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอดที่พัฒนา ทำให้สตรีผ่าตัดคลอดมีความปวดเมื่อรู้สึกตัว ความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น และความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ที่ลดลง รายละเอียดดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความปวดจากการผ่าตัดเมื่อรู้สึกตัว ก่อนออกจากห้องพักฟื้น และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการดำเนินการ

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	SD	t-value	df	P-value
ความปวดเมื่อรู้สึกตัว						
ก่อนการดำเนินการ	35	5.7	3.3	5.114	34	<0.001
หลังการดำเนินการ	35	3.7	3.0			
ความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น						
ก่อนการดำเนินการ	35	2.8	1.0	4.280	34	<0.001
หลังการดำเนินการ	35	2.1	1.1			



กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	SD	t-value	df	P-value
ความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง						
ก่อนการดำเนินการ	35	4.2	2.4	6.183	34	<0.001
หลังการดำเนินการ	35	2.2	1.1			

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการดำเนินการ มีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อรู้สึกตัวเท่ากับ 6.0 (S.D. = 3.4) ค่าเฉลี่ยความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้นเท่ากับ 2.7 (S.D. = 1.1) และค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เท่ากับ 4.3 (S.D. = 2.3) และเมื่อได้มีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และจากการกระตุ้น ช่วยเหลือให้เกิดการปฏิบัติตัว และหรือได้รับการพยาบาลในการลดความปวดจากวิสัญญีพยาบาลตามแนวปฏิบัติแบบเดิม (หลังการดำเนินการ) มีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อรู้สึกตัวเท่ากับ 4.2 (S.D. = 2.5) ค่าเฉลี่ยความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้นเท่ากับ 2.6 (S.D. = 1.8) และค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เท่ากับ 2.8 (S.D. = 1.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการดำเนินการ และหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องความปวดเมื่อรู้สึกตัว และความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ($P < 0.001$) ส่วนความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้นไม่แตกต่างกัน หมายความว่า การดำเนินการตามแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอดแบบเดิม ทำให้สตรีผ่าตัดคลอดมีความปวดเมื่อรู้สึกตัว และความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ที่ลดลง แต่ไม่ได้ทำให้ความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น ลดลง รายละเอียดดังตาราง 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความปวดจากการผ่าตัดเมื่อรู้สึกตัว ก่อนออกจากห้องพักฟื้น และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการ

กลุ่มเปรียบเทียบ	n	$\bar{X}$	SD	t	df	P-value
ความปวดเมื่อรู้สึกตัว						
ก่อนการดำเนินการ	35	6.0	3.4	4.297	34	<0.001
หลังการดำเนินการ	35	4.2	2.5			
ความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น						
ก่อนการดำเนินการ	35	2.7	1.1	0.426	34	0.673
หลังการดำเนินการ	35	2.6	1.8			
หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง						
ก่อนการดำเนินการ	33	4.3	2.3	4.018	32	<0.001
หลังการดำเนินการ	33	2.8	1.3			

2.3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของสตรีผ่าตัดคลอดต่อการลดความปวด

พบว่า สตรีผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการลดความปวดโดยรวม เท่ากับ 56.7 (S.D. = 7.6) และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการลดความปวด ด้านการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด ด้านการประเมินความปวดหลัง

ผ่าตัด ด้านการได้รับยาบรรเทาปวด และด้านการดูแลความปวดโดยไม่ใช้ยา เท่ากับ 16.0, 7.9, 14.8, 7.3 และ 10.5 (S.D. = 2.1, 1.2, 2.1, 1.5 และ 3.3 ตามลำดับ) ส่วนสตรีผ่าตัดคลอดในกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการลดความปวดโดยรวม 43.4 (S.D. = 7.4) และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการจัดการลดความปวด ด้านการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด ด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ด้านการได้รับยาบรรเทาปวด และด้านการดูแลความปวดโดยไม่ใช้ยา เท่ากับ 12.0, 6.7, 12.3, 5.4 และ 6.8 (S.D. = 2.5, 1.6, 2.2, 1.7 และ 2.6 ตามลำดับ)

เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของความพึงพอใจต่อการลดความปวด โดยรวมและแต่ละด้าน ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังที่ได้ดำเนินการ พบว่า สตรีผ่าตัดคลอดมีความพึงพอใจต่อการจัดการลดความปวด กับระบบใหม่ที่พัฒนา มากกว่าระบบเดิมทั้งในภาพรวม และในแต่ละด้าน (ด้านการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด ด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ด้านการได้รับยาบรรเทาปวด และด้านการดูแลความปวดโดยไม่ใช้ยา) รายละเอียดดังตาราง 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของสตรีผ่าตัดคลอด ต่อการลดความปวด โดยรวม และแต่ละด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความพึงพอใจต่อการลดความปวด	n	$\bar{X}$	SD	t	df	P-value
โดยรวม						
กลุ่มทดลอง	35	56.7	7.6	7.359	68	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	43.4	7.4			
ด้านการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด						
กลุ่มทดลอง	35	16.0	2.1	7.098	68	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	12.0	2.5			
ด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด						
กลุ่มทดลอง	35	7.9	1.2	3.436	62.4	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	6.7	1.6			
ด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด						
กลุ่มทดลอง	35	14.8	2.1	4.475	68	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	12.3	2.2			
ด้านการได้รับยาบรรเทาปวด						
กลุ่มทดลอง	35	7.3	1.5	4.966	68	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	5.4	1.7			
ด้านการดูแลความปวดโดยไม่ใช้ยา						
กลุ่มทดลอง	35	10.5	3.3	5.062	65.2	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	6.8	2.6			



อภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอดที่ได้พัฒนาขึ้น เป็นแนวปฏิบัติในการลดความปวดที่มีประสิทธิภาพในการลดความปวดได้ดี และดีกว่าแบบเดิมที่ปฏิบัติ เนื่องจากแนวปฏิบัตินี้มีแนวทางในการจัดการลดความปวดที่ชัดเจน โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่กล่าวมา มีการเตรียมความพร้อม ฝึกปฏิบัติก่อนการผ่าตัด ช่วยให้สตรีผ่าตัดคลอดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้จริง อีกทั้งมีการกระตุ้น ติดตามให้เกิดการปฏิบัติ จึงลดความปวดได้ดี อาทิ เทคนิคการหายใจลึก ๆ เป็นการหายใจที่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม ซึ่งเป็นการหายใจให้ถึงส่วนล่างสุดของปอด ทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกเวลาหายใจเข้า และยุบลงเวลาหายใจออก เป็นเทคนิคผ่อนคลาย สามารถช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีการแข็งเกร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุของความปวด มีการโออย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการผสมผสานวิธีการลดความปวดต่าง ๆ ทำให้เกิดประสิทธิผลดีกว่าการจัดการความปวดด้วยยาเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ พงนี วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน ที่พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะแรกรับที่ห้องพักฟื้น ขณะอยู่ที่ห้องพักฟื้น และก่อนออกจากห้องพักฟื้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนความปวดในระยะแรกรับที่ห้องพักฟื้น ขณะอยู่ที่ห้องพักฟื้น และก่อนออกจากห้องพักฟื้นลดลง (พงนี วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน, 2562) ในทำนองเดียวกับการศึกษาของ (สมพร ชินโนรส และคณะ, 2555) ที่พบว่า การใช้เทคนิคผ่อนคลายส่วนใหญ่สามารถลดความปวดได้ โดยวิธีที่ใช้มากที่สุดคือ พลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบายและการหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ จุดเด่นของแนวปฏิบัติการลดความปวดที่พัฒนาคือ มีการเตรียมความพร้อมให้สตรีผ่าตัดคลอด โดยการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการลดความปวด ทำให้หลังผ่าตัดสามารถนำสิ่งที่ได้เตรียมตัวดังกล่าวมาปฏิบัติได้จริง อีกทั้งมีการกระตุ้น ติดตามให้มีการปฏิบัติตัว ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย และแสดงถึงความเอาใจใส่ และคลายความวิตกกังวลให้กับสตรีผ่าตัดคลอดได้

2. สตรีผ่าตัดคลอดมีความพึงพอใจต่อการจัดการลดความปวด กับแนวปฏิบัติการลดความปวดที่พัฒนา มากกว่าระบบเดิมทั้งในภาพรวม และในแต่ละด้าน อธิบายได้ว่า สตรีผ่าตัดคลอดและได้รับการดูแลลดความปวดตามแนวปฏิบัติของระบบใหม่ จะได้รับการเตรียมตัวโดยการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการลดความปวด อีกทั้งหลังการผ่าตัดก็ได้รับการกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว/เปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อลดความปวดตามที่ได้รับคำแนะนำไว้ ในการฝึกปฏิบัติทำให้สตรีผ่าตัดคลอดนำวิธีการดังกล่าวไปใช้ได้หลังการผ่าตัดเมื่อรู้สึกตัว ก่อนออกจากห้องพักฟื้น และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ซึ่งต่างจากระบบเดิมที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแต่ไม่มีการฝึกปฏิบัติ อีกทั้งในห้องพักฟื้นก็ไม่ได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติเพื่อลดความปวด จึงทำให้สตรีผ่าตัดคลอดมีความพึงพอใจต่อการดูแลลดความปวดตามแนวปฏิบัติของระบบใหม่ มากกว่าระบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยเป็นความรู้สึกรู้สึกและความต้องการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามที่คาดหวังไว้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ

พึงพอใจ เป็นการลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม ทำให้สตรีผู้ได้รับการผ่าตัดคลอดมีความพึงพอใจ (พจณี วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนิตย์ กมลวิทย์ และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดหลังการผ่าตัด ทำให้มีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับในการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เสาวนิตย์ กมลวิทย์ และปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์, 2557)

สรุป/ข้อเสนอแนะ

แนวปฏิบัติในการลดความปวดที่พัฒนา ทำให้สตรีผ่าตัดคลอดมีความปวดลดลงเมื่อรู้สึกตัว ทั้งก่อนออกจากห้องผ่าตัด และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ทั้งนี้ การใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น กับแบบเดิม ไม่ได้ทำให้ความปวดลดลงแตกต่างกัน แต่ทำให้สตรีผ่าตัดคลอดมีความพึงพอใจต่อการจัดการลดความปวดโดยรวม และแต่ละด้าน มากกว่าแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) โรงพยาบาลเกาะสมุย ควรพิจารณากำหนดใช้แนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอดที่ได้พัฒนาขึ้น 2) ในการใช้แนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอดที่ได้พัฒนาขึ้นดังกล่าว ควรมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร รวมทั้งมีการกำกับติดตามปรับปรุง และประเมินประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวมีความเหมาะสมกับบุคลากร และเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อสตรีผ่าตัดคลอด

เอกสารอ้างอิง

- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และพรพรรณ ภูษาหัส. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานของสตรี หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลทหารบก, 16(1), 101-108.
- พจณี วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน. (2562). ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดต่อการลดความปวด ความวิตกกังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 33(3), 441-460.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2559). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: พร -วัน.
- โรงพยาบาลเกาะสมุย. (2563). สถิติผู้มารับการผ่าตัดโรงพยาบาลเกาะสมุย ปี 2558 – 2562. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลเกาะสมุย.
- สมพร ชินโนรส และคณะ. (2555). การจัดการกับความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. วารสารสภาการพยาบาล, 15(3), 327-343.



- เสาวนิตย์ กมลวิทย์ และปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง. วารสารกองการพยาบาล, 41(2), 23-40.
- อิศราภรณ์ กันวี และคณะ. (2555). สถานการณ์การจัดการความปวดในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก. วารสารบำราศนราดูร, 6(2), 87-97.
- Joshi, G.P. (1999). Pain Management after ambulatory surgery. Ambulatory Surgery, 7(1), 3-12.
- National Health and Medical Research Council. (2021). A guideline to the development, implementation and evaluation of practice guidelines. Retrieved March 21, 2021, from <http://www.health.gov.au/nhmrc/publication/pdf/cp.30.pdf>
- O'Brien, D. (1994). Post anesthesia care of the gastrointestinal abdominal and anorectal surgical patient. In C.B. Drain (Eds.), the post anesthesia care unit: A critical care approach to post anesthesia nursing (3rd ed.). Philadelphia: W.B.Saunders.
- Pillitteri, A. (2010). Maternal & Child health nursing. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Registered Nurse Association of Ontario [RNAO]. (2002). Nursing best practice guideline: Assessment and management of pain. [Internet]. Retrieved December 20, 2020, from <http://www.rnao.org>