



ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายต่อระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ความปวด และภาวะ
ท้องอืด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

วิทยานิพนธ์
ของ
อนุตรีธิดา ศรีศักดิ์นอก

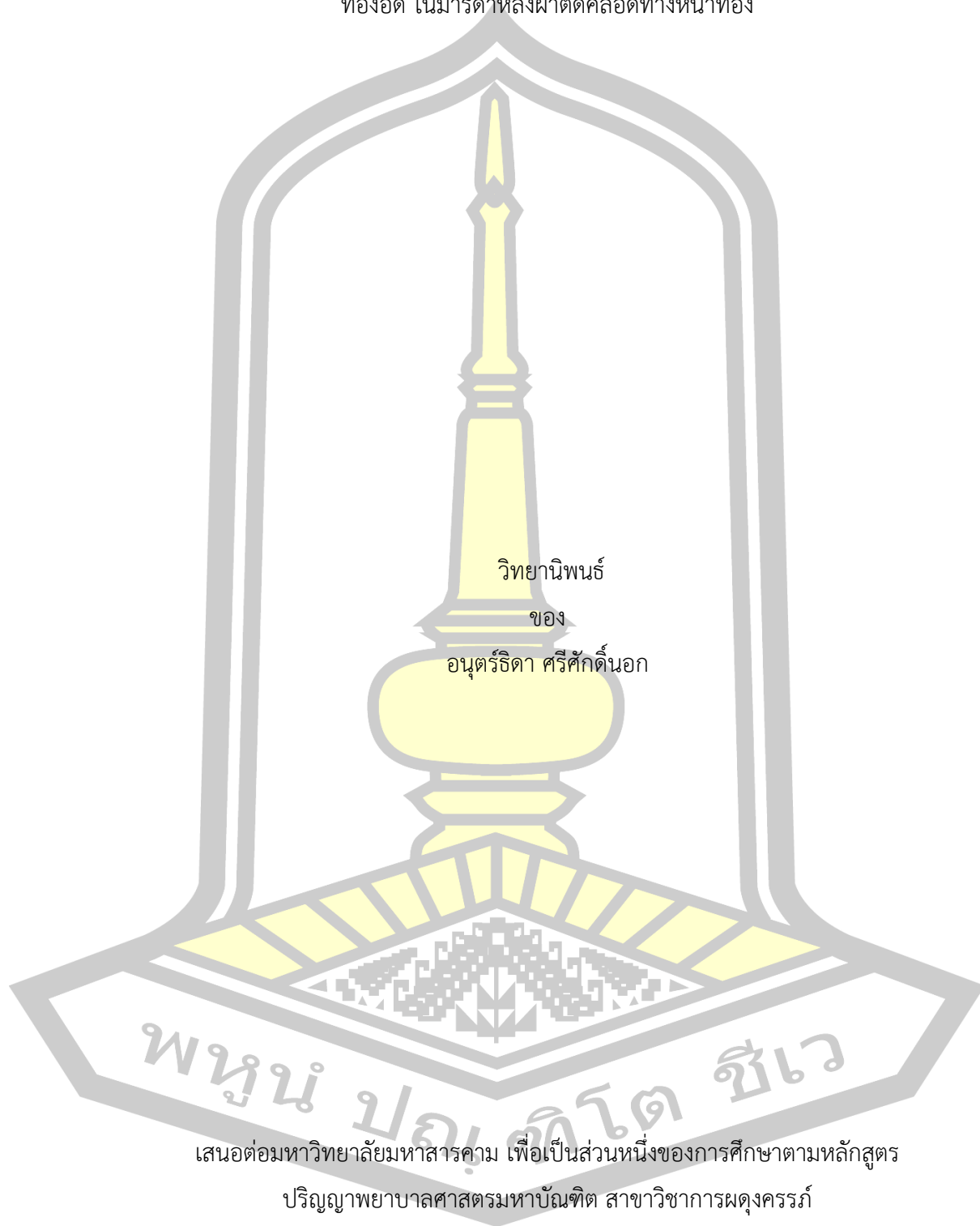
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์

มิถุนายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายต่อระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ความปวด และภาวะ
ท้องอืด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง



วิทยานิพนธ์
ของ
อนุตรีธิดา ศรีศักดิ์นอก

พญัน บวรวิทย์ ชูเว

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

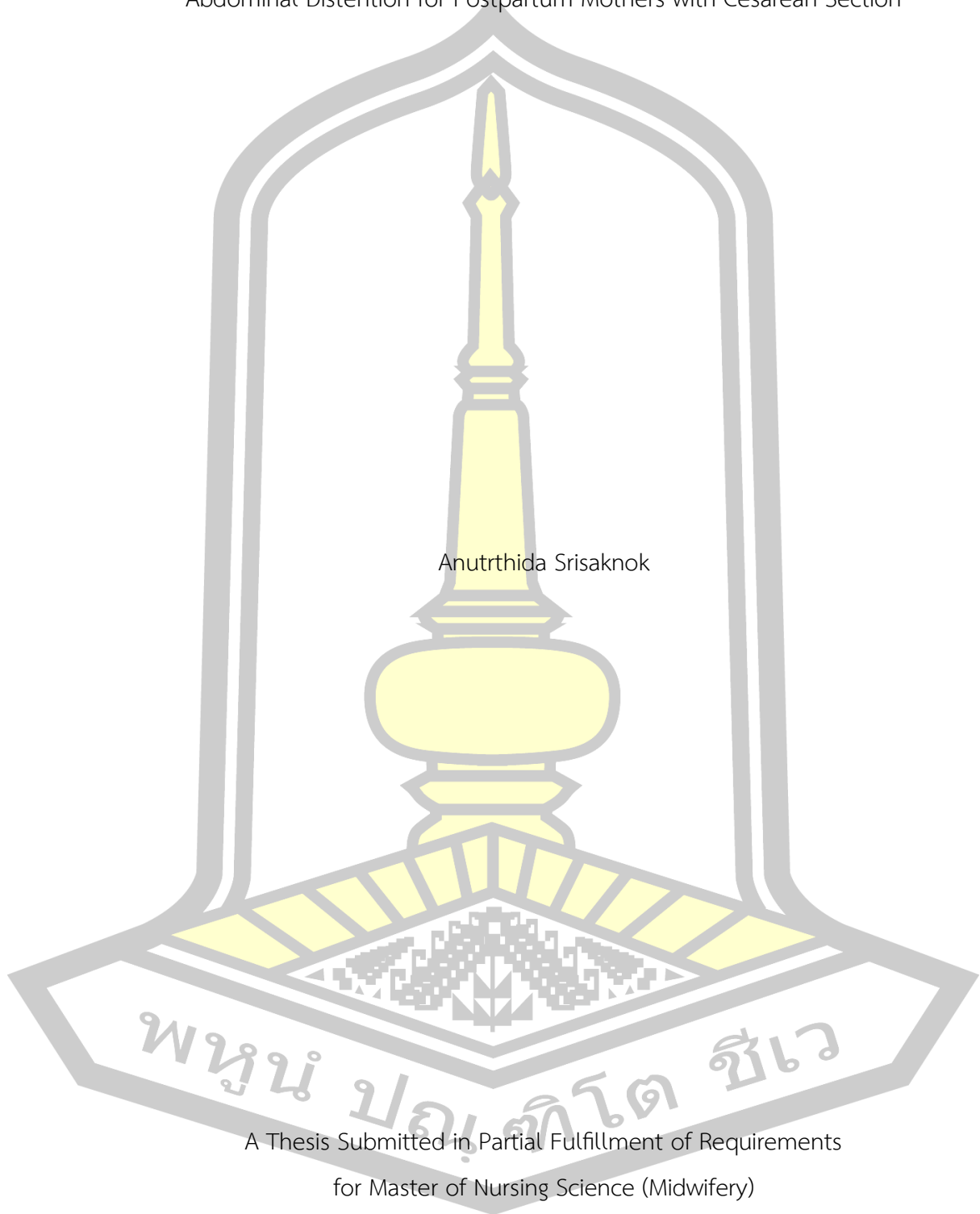
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์

มิถุนายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Effects of Enhanced Comfort Program on Time to Early Ambulation Pain and
Abdominal Distention for Postpartum Mothers with Cesarean Section

Anutrthida Srisaknok



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Nursing Science (Midwifery)

June 2025

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวอนุตรีธิดา ศรีศักดิ์นอก แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. โสเพ็ญ ชูนวนล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. อุมาภรณ์ ก้าวสิทธิ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. กชพร สิงห์หล้า)

กรรมการ

(ผศ. ดร. อภิญญา วงศ์พิริโยธา)

กรรมการ

(รศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผศ. ดร. พลเดช เขาวรัตน์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายต่อระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ความปวด และภาวะท้องอืด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง		
ผู้วิจัย	อนุดรฤติดา ศรีศักดิ์นอก		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อูมาภรณ์ ก้วสิทธิ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กชพร สิงหะหล้า		
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การผดุงครรภ์
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายต่อระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ความปวด และภาวะท้องอืด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 118 รายคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยแบ่งออกเป็น กลุ่มควบคุม 59 คน และกลุ่มทดลอง 59 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายและคู่มือส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกระยะเวลาในการลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว 3) แบบบันทึกคะแนนความปวดแผลผ่าตัด 4) แบบประเมินภาวะท้องอืด 5) แบบประเมินความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การหาคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทดสอบความเที่ยงโดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคได้ แบบประเมินความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ 0.85 แบบประเมินภาวะท้องอืด ได้ 0.87 แบบบันทึกคะแนนความปวดแผลผ่าตัดใช้วิธีการทดสอบซ้ำ $r = .80$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Mann – Whitney-U test และสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า

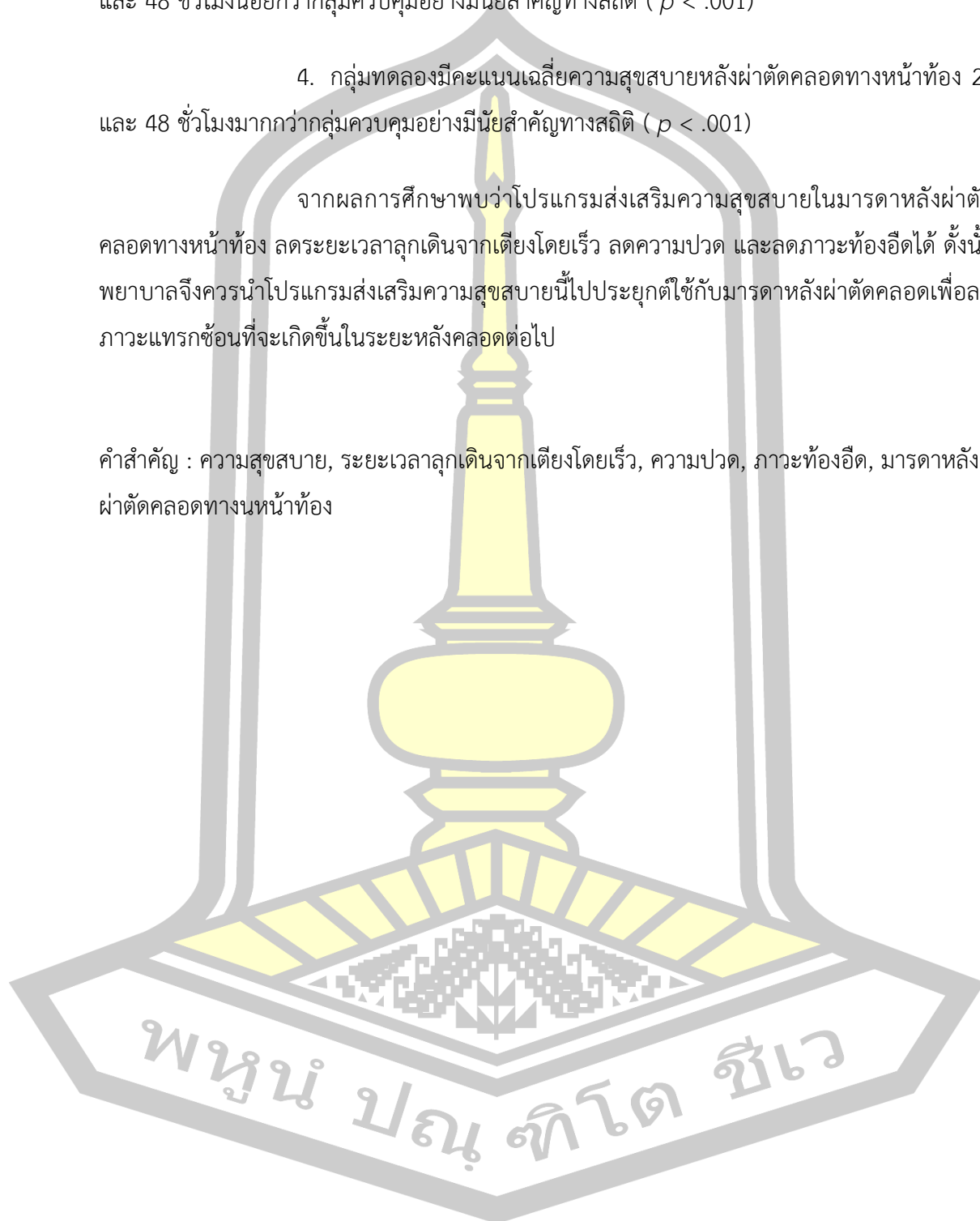
1. กลุ่มทดลองมีระยะเวลาลุกเดินเร็วจากเตียงโดยเร็วเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -7.7, p < .001$)
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 24 และ 48 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 24 และ 48 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 24 และ 48 ชั่วโมงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ลดระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ลดความปวด และลดภาวะท้องอืดได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรนำโปรแกรมส่งเสริมความสบายนี้ไปประยุกต์ใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในระยะหลังคลอดต่อไป

คำสำคัญ : ความสบาย, ระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว, ความปวด, ภาวะท้องอืด, มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง



TITLE	Effects of Enhanced Comfort Program on Time to Early Ambulation Pain and Abdominal Distention for Postpartum Mothers with Cesarean Section		
AUTHOR	Anutrthida Srisaknok		
ADVISORS	Assistant Professor Umaporn Kuasit , Ph.D. Assistant Professor Kochaporn Singhala , Ph.D.		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Midwifery
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2025

ABSTRACT

This quasi-experimental study aims to evaluate the effects of enhanced comfort program on time to early ambulation, pain, and abdominal distention in postpartum mothers with cesarean section. The study sample consisted of 118 mothers who underwent cesarean delivery, selected through purposive sampling. The first 59 to the control group, the remaining 59 were in the experimental group, receiving the comfort program. The research instruments included: The Enhanced comfort program and an accompanying manual for postpartum mothers after cesarean section. Data collection tools, which included: A demographic questionnaire, A record of early ambulation time, A pain score record, A abdominal distention assessment scale, Assessment form for postoperative comfort after cesarean section. The instruments were validated for content accuracy by five experts, and reliability testing using Cronbach's alpha yielded a coefficient The Post-Cesarean Comfort Assessment had a reliability coefficient of 0.85, the Abdominal Distention Assessment had a reliability coefficient of 0.87, and the Surgical Pain Score Record showed test-retest reliability with $r = .80$. Data analysis was conducted using the Mann-Whitney U test and the independent t-test.

Findings:

The experimental group had a significantly shorter early ambulation time than the control group ($z = -7.7, p < .001$).

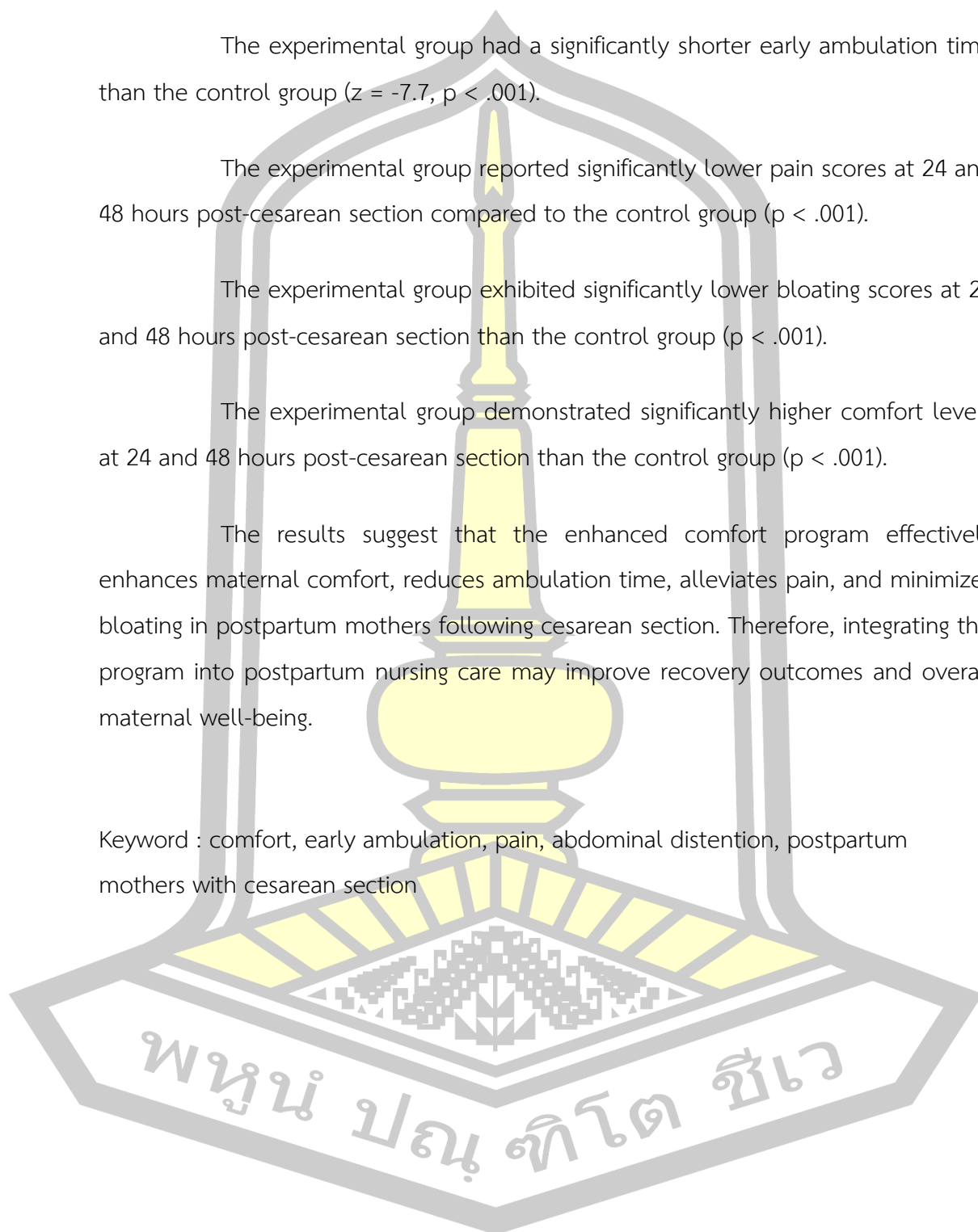
The experimental group reported significantly lower pain scores at 24 and 48 hours post-cesarean section compared to the control group ($p < .001$).

The experimental group exhibited significantly lower bloating scores at 24 and 48 hours post-cesarean section than the control group ($p < .001$).

The experimental group demonstrated significantly higher comfort levels at 24 and 48 hours post-cesarean section than the control group ($p < .001$).

The results suggest that the enhanced comfort program effectively enhances maternal comfort, reduces ambulation time, alleviates pain, and minimizes bloating in postpartum mothers following cesarean section. Therefore, integrating this program into postpartum nursing care may improve recovery outcomes and overall maternal well-being.

Keyword : comfort, early ambulation, pain, abdominal distention, postpartum mothers with cesarean section



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุมารณ ก้วสิทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กชพร สิงห์หล้า อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและการแก้ไขข้อบกพร่างต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ด้วยความเอาใจใส่ และห่วงใยเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. โสเพ็ญ ชูนวน ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญา วงศ์พิริยโยธา รองศาสตราจารย์ ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น ชี้แนวทางแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตรวจสอบคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างซึ่งเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงในโอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ณัฐพงษ์ พุทธบุญกันต์ สติแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม แพทย์หญิงเรืองแข ศัพท์พันธ์ุ สติแพทย์โรงพยาบาลบรบือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประไพรัตน์ แก้วศิริ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาริยา สอนบุญ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คุณสมทรง บุตรตะ หัวหน้าที่ักสูติกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่สละเวลาช่วยตรวจสอบเครื่องมือตลอดจนให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่าอย่างยิ่งในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุพการี และสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่ให้ความรัก การสนับสนุน ให้คำปรึกษา ขอขอบคุณมิตรภาพและกำลังใจจากเพื่อนนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้จนลุล่วงไปได้ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บูรพาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

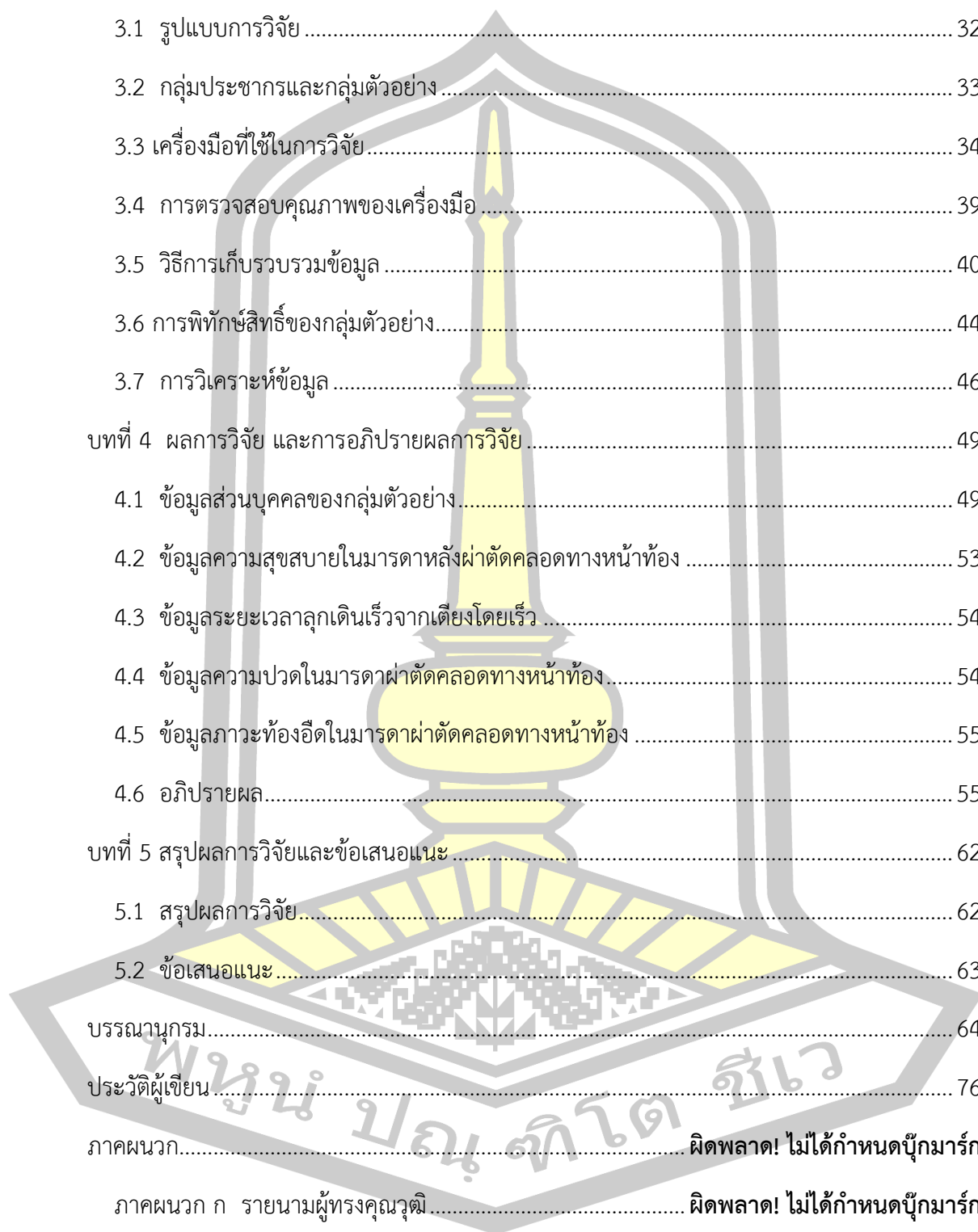
พูน ปณ ทัโต ชเว

อนุตรีธิดา ศรีศักดิ์นอก

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.4 สมมุติฐานการวิจัย.....	4
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
1.6 ขอบเขตการวิจัย.....	8
1.7 นิยามคำศัพท์.....	8
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
2.1 สถานการณ์ปัจจุบันของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.....	13
2.2 แนวคิดทฤษฎีความสุขสบาย.....	19
2.3 การลุกเดินจากเตียงโดยเร็วของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.....	23
2.4 ความปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.....	25
2.5 ภาวะท้องอืดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.....	27

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	32
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	32
3.2 กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	33
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	34
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	39
3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
บทที่ 4 ผลการวิจัย และการอภิปรายผลการวิจัย.....	49
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	49
4.2 ข้อมูลความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.....	53
4.3 ข้อมูลระยะเวลาลุกเดินเร็วจากเตียงโดยเร็ว.....	54
4.4 ข้อมูลความปวดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.....	54
4.5 ข้อมูลภาวะท้องอืดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.....	55
4.6 อภิปรายผล.....	55
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	62
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	62
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	63
บรรณานุกรม.....	64
ประวัติผู้เขียน.....	76
ภาคผนวก.....	ผิดพลาด! ไม่ได้กำหนดบุ๊กมาร์ก
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	ผิดพลาด! ไม่ได้กำหนดบุ๊กมาร์ก

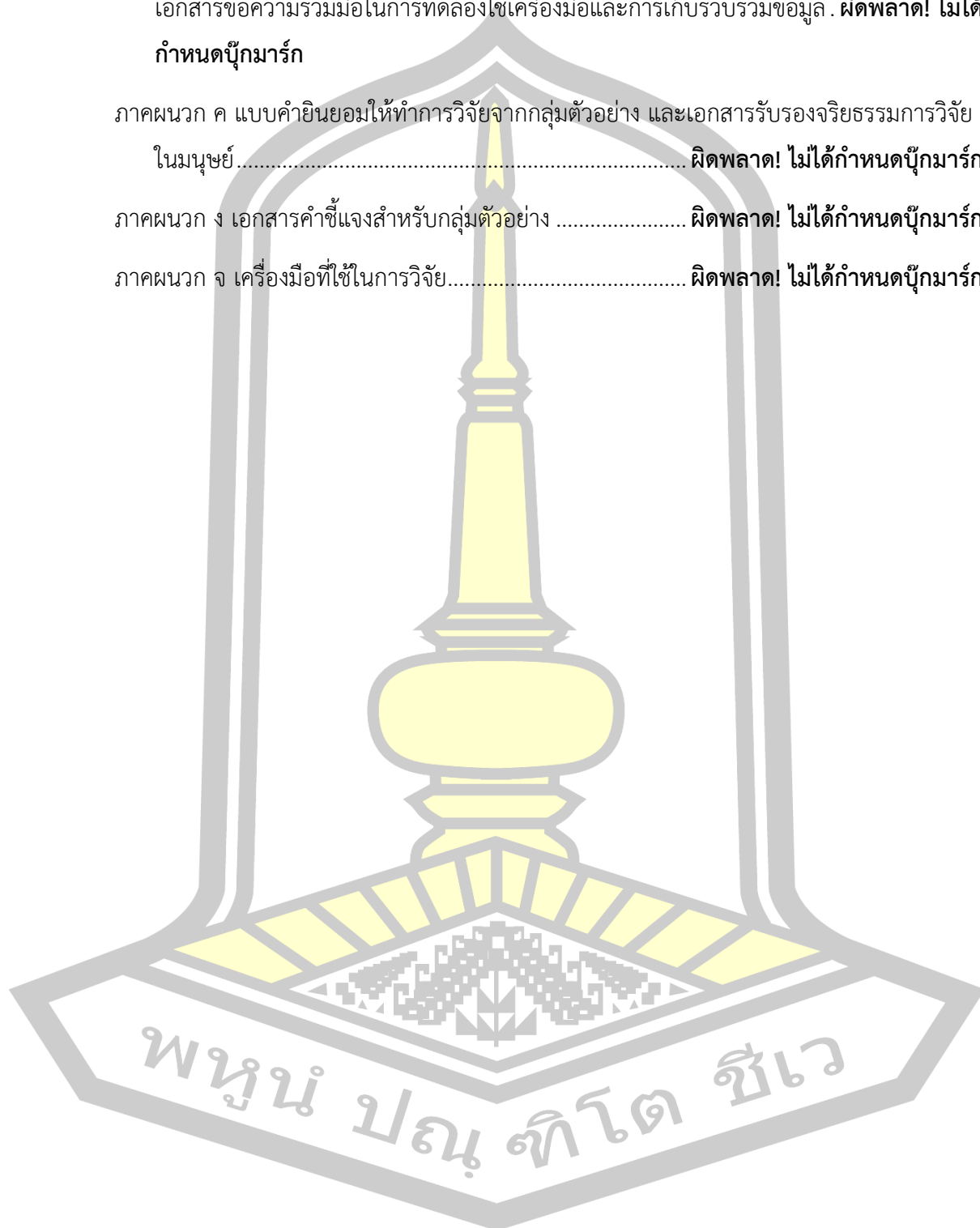


ภาคผนวก ข เอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ เอกสารตอบกลับการขออนุญาตใช้เครื่องมือ และ
เอกสารขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล . **ผิดพลาด! ไม่ได้
กำหนดบุ๊กมาร์ก**

ภาคผนวก ค แบบคำยินยอมให้ทำการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง และเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์..... **ผิดพลาด! ไม่ได้กำหนดบุ๊กมาร์ก**

ภาคผนวก ง เอกสารคำชี้แจงสำหรับกลุ่มตัวอย่าง **ผิดพลาด! ไม่ได้กำหนดบุ๊กมาร์ก**

ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... **ผิดพลาด! ไม่ได้กำหนดบุ๊กมาร์ก**



สารบัญตาราง

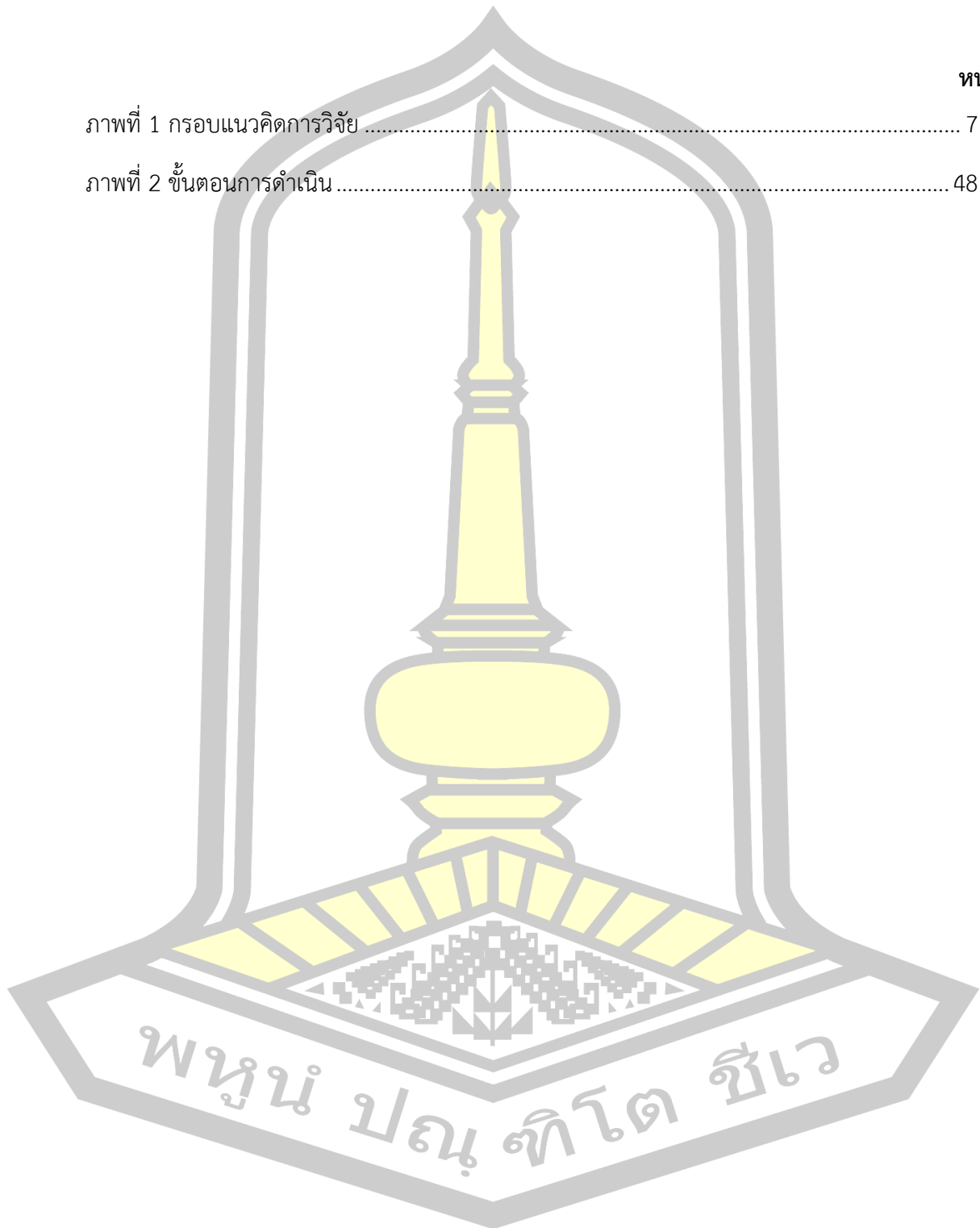
หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุครรภ์ จำนวนการตั้งครรภ์ วิธีการคลอดที่ผ่านมา ประวัติแท้งบุตร ประวัติการขูดมดลูก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา รูปแบบระดับความรู้สึกลักษณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ลักษณะการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือด การได้รับยาแก้ปวดใน 24 ชั่วโมงแรก น้ำหนักทารก และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และ สถิติฟิชเชอร์ (Fisher exact test).....	49
ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม อายุ รายได้ อายุครรภ์ และระยะเวลาในการผ่าตัดคลอดทางหน้า เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติที (Independent t-test).....	52
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที (Independent t-test).....	53
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็วเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann – Whitney U test.....	54
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test).....	54
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความปวด และภาวะท้องอืด ของกลุ่มควบคุมระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติที (Independent t-test).....	55

พูน ปณ ทิโต ชีเว

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนิน	48



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันแนวโน้มอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก จากสถิติย้อนหลังในปี พ.ศ. 2533 ถึง ปี พ.ศ. 2567 อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 21 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราเพิ่มสูงสุดอยู่ที่เอเชียตะวันออกเฉียงใธร้อยละ 63 (World Health Organization, 2023) อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 39.3 ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 40.6 ปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 43.2 นอกจากนี้พบว่าสถิติของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตสุขภาพ ที่ 7 ซึ่งประกอบไปด้วยจังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าแนวโน้มอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงชันจากปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 พบร้อยละ 46.22 ,ร้อยละ 48.12 และร้อยละ 50.86 ตามลำดับ และพบว่าข้อมูลจังหวัดมหาสารคาม มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของปี พ.ศ.2566 เพิ่มขึ้นร้อยละ 59.79 เมื่อพิจารณาสถิติการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคามจากปี พ.ศ. 2564 - พ.ศ. 2566 พบว่า ร้อยละ 54.29, 59.62 และ 61.27 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จากสถิติการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง และมีโอกาสเกิดผลกระทบต่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อสุขภาพทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่จะเกิดขึ้นในช่วงหลังคลอด ดังนั้นการดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจึงจำเป้นและสำคัญ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องถือเป็นการผ่าตัดที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการกรีดผ่านชั้นผิวหนัง ไขมัน และกล้ามเนื้อเพื่อเข้าถึงมดลูกหลังจากการผ่าตัดแผลที่เกิดขึ้นอาจส่งผลให้เกิดอาการปวดอย่างรุนแรงในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกและอาจมีความปวดแบบเรื้อรังที่เป็นเวลาหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน อาการปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย (สุพรรณษาจิตสม และพรผการย์ ต้นทอง, 2565) อาการปวดแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีผลต่อความสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ 50 โดยเฉพาะในเรื่องของความปวดที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด (Aksoy & Pasinlioglu, 2017) ความปวดหลังผ่าตัดคลอดเป็นปัญหาที่ร้ายแรง และทำทหายอย่างมากที่สุดที่มารดาหลังคลอดที่ต้องเผชิญ มารดาจะรู้สึกกังวลและกลัวอย่างมากเพราะความปวดที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นรุนแรงและเฉียบพลัน และมีผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของมารดาหลังคลอด ลดการเคลื่อนไหวร่างกายและไม่ลุกเดิน (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2558)

จะเห็นได้หากมารดาหลังผ่าตัดคลอดหากมีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและมีการจัดการกับภาวะไม่สุขสบายไม่ถูกต้องอาจจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

จากแนวคิดและทฤษฎีความสุขสบาย (Comfort Theory) ของ Kolcaba (2010) กล่าวถึงการบรรเทาปวดเป็นความรู้สึกที่แต่ละบุคคลประสบหลังจากความเจ็บปวดสิ้นสุดลงเนื่องจากความต้องการของตนได้รับการตอบสนอง บุคคลที่เอาชนะปัญหาและก้าวข้ามความท้าทายของตนได้ บุคคลซึ่งความต้องการความสุขสบายได้รับการตอบสนองจะสามารถเข้าถึงความสุขสบายในระดับสูงสุดได้ การก้าวข้ามขีดจำกัด การตอบสนองเพื่อความสุขสบายประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้ 1) ด้านร่างกาย (Physical Comfort) เป็นความรู้สึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวภาพ เช่น การรักษาสมดุลการทำหน้าที่ของร่างกาย การได้รับน้ำ อาหาร อิเล็กโทรไลต์ การเผาผลาญ การไหลเวียนเลือดการขับถ่ายตลอดจนการวินิจฉัย 2) ด้านจิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) เป็นความรู้สึกสุขสบายเกี่ยวกับจิตใจ (Mental) อารมณ์ (Emotional) และจิตวิญญาณ (Spiritual) เช่น ตระหนักรู้ถึงตัวตนของบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อัตมโนทัศน์แห่งตน เพศสัมพันธ์และความหมายในชีวิต ความสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่เหนือตัวตน เช่น ศาสนา และความเชื่อต่างๆ 3) ด้านสังคม (Sociocultural Comfort) เป็นความรู้สึกสุขสบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากสังคมในด้านต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม เช่น การเงิน การศึกษา เป็นต้น ต่างๆ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort) จะเห็นได้ว่าความรู้สึกสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายนอกสถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสะอาดเป็นสัดส่วน การสื่อสารจากพยาบาลที่เหมาะสมอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมจัดให้อยู่ร่วมกับบุตรและสามีหรือบุคคลในครอบครัวและมารดาหลังคลอดสามารถดำเนินกิจกรรมในระยะหลังคลอดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

การนำทฤษฎีความสุขสบายมาใช้เป็นแนวทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มความสุขสบายให้มารดาที่มีการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีความสุขสบายในการบรรเทาความปวดในการคลอดระยะที่ 2 ซึ่งสามารถบรรเทาความปวดในระยะที่ 2 ของการคลอดได้ (มาวศรี มานุษ, 2562) มีการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีความสุขสบายกับมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยให้การพยาบาลโดยใช้ข้อวินิจฉัยของ Nanda เพิ่มความสุขสบายให้มารดาหลังผ่าตัดคลอด ให้ความรู้มารดา ก่อนผ่าตัดคลอดและให้คู่มือการปฏิบัติตัวแก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Aksoy Derya & Pasinlioğlu, 2017) ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ในประเทศไทยได้นำเรกิมาส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งเป็นการส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องด้านร่างกาย และจิตวิญญาณ (จันทร์ ปภัสร์ เครือแก้ว, 2557) การดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลเฉพาะเนื่องจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจและการปรับบทบาท

การเป็นมารดาโดยเฉพาะความปวดจากบาดแผลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องยังส่งผลต่อความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณในมารดาหลังคลอดและครอบครัวตามมา

ความสุขสบายเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลและเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลมารดาหลังคลอดที่พยาบาลสามารถให้การสนับสนุนความสุขสบายให้มารดามีความสุขสบายได้ (มาวศรี มานุษ, 2562) มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต้องเผชิญความไม่สุขสบายจากปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (สุพรรณษา จิตสม และพรพการย์ ต้นทอง, 2565) ความสุขสบายว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านสุขภาพโดยการปฏิบัติการพยาบาล ผ่านปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความรู้สึกสบายในแต่ละด้านของบุคคลเป็นตัวแปรสอดแทรก จนทำให้บุคคลเกิดความสุขสบาย (Kolcaba, 2010) โดยเฉพาะความปวดและภาวะท้องอืดมีผลต่อความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกของการคลอดที่มารดาจะต้องเผชิญ

ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเกิดจากเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำและถูกทำลาย นอกจากนี้ได้รับยาระงับความรู้สึกร่วมกับมีการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะผ่าตัดทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลงหรือหยุดทำงานชั่วคราว (ณัชชารินทร์ วรโชติพิวิวัฒน์ และคณะ, 2566) ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก็เป็นปัญหาความไม่สุขสบายที่พบถึงร้อยละ 32 ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Güney & Uçar, 2021) โรงพยาบาลบรือบพบมารดาหลังคลอดท้องอืดส่งผลทำให้แผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแยกจำนวน 1 ราย (สถิติบริการตึกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลบรือบ, 2566) จะเห็นได้ว่าภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในมารดาหลังคลอดหากไม่ได้รับการป้องกันหรือแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อร่างกายรุนแรงจนแผลแยกได้รับการผ่าตัดซ้ำอีกรอบทำให้เกิดความยุ่งยากในการรักษาเพิ่มวันนอนโรงพยาบาลและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วย ดังนั้นมารดาที่ลุกจากเตียงโดยเร็วส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายประการ

การลุกจากเตียงโดยเร็ว (Early ambulation) เป็นกิจกรรมที่สำคัญของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดฟื้นตัวเร็วขึ้นทำให้มารดาหลังคลอดสามารถในการดูแลบุตรได้ มีความกระตือรือร้นในการให้นมบุตร (Paul et al, 2019) ซึ่งการลุกจากเตียงโดยเร็วในระยะแรกหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาที่มีความสำคัญและถือเป็นวิธีที่จะลดภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และประหยัด ที่สามารถทำให้มารดาหลังคลอดมีอาการปวดลดลง ฟื้นตัวได้เร็วและสามารถทำกิจกรรมในการเป็นมารดาได้เร็วกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ลุกจากเตียงช้า (El-Sayed et

al, 2020) การส่งเสริมลูกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัดเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งสามารถลดภาวะท้องอืดได้ (นภาพร วงศ์วิวัฒนากิจ, 2562) ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเกิดจากเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำและถูกทำลาย นอกจากนี้ได้รับยาระงับความรู้สึกร่วมกับมีการรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะผ่าตัดทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลงหรือหยุดทำงานชั่วคราว

ผู้วิจัยจึงตระหนักและเห็นความสำคัญของความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับการดูแลความสุขสบายได้ครบ 4 มิติ ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และจากสถิติและหลักฐานเชิงประจักษ์ ของแผนกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามารดาที่มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องปวดแผลผ่าตัดคลอดมีความไม่สุขสบายทำให้ไม่ลุกเดินท้องอืดไม่อยากดูแลบุตรบางรายมีภาวะท้องอืดได้ยากซับซ้อนเพิ่มค่าใช้จ่ายและความซับซ้อนในการดูแลมารดาและบุตร สรุปได้ว่าความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีผลกระทบหลายด้าน เช่น ความปวดหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน ท้องอืด อารมณ์ การดูแลตนเอง รวมไปถึงคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยจึงสนใจในการนำทฤษฎีความสุขสบายมาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อนำผลศึกษาไปเป็นแนวทางในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและพัฒนากิจกรรมการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ความปวดและภาวะท้องอืด แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะท้องอืดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

1.4 สมมุติฐานการวิจัย

1. มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีระยะเวลาในการลุกจากเตียงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดที่นำมาศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดความสุขสบายของคอลคาบาร่วมกับทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยมีรายละเอียดดังนี้ ทฤษฎีความสุขสบาย (Comfort Theory) ของ Kolcaba (2015) กล่าวถึง การบรรเทาปวดเป็นความรู้สึกที่แต่ละบุคคลประสบหลังจากความเจ็บปวดสิ้นสุดลงเนื่องจากความต้องการของตนได้รับการตอบสนอง การตอบสนองเพื่อความสุขสบายประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้

1. ความสุขสบายด้านร่างกาย (Physical Comfort) เป็นความรู้สึกของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวภาพ เช่น การรักษาสมดุลการทำหน้าที่ของร่างกาย การได้รับน้ำ อาหาร อิเล็กโทรไลต์ การเผาผลาญ การไหลเวียนเลือด การขับถ่าย ตลอดจนการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล เป็นต้น ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเน้นดูแล ความปวดหลังผ่าตัดคลอด คลื่นไส้อาเจียน ภาวะท้องอืด และ ความเหนื่อยล้าหลังผ่าตัดคลอด

2. ความสุขสบายด้านจิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) เป็นความรู้สึกสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเกี่ยวกับจิตใจ (Mental) อารมณ์ (Emotional) และจิตวิญญาณ (Spiritual) เช่น ตระหนักรู้ถึงตัวตนของบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อัตมโนทัศน์แห่งตน เพศสัมพันธ์ และความหมายในชีวิต ความสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่เหนือตัวตน เช่น ศาสนา และความเชื่อต่างๆ ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องลดความเครียด ความวิตกกังวล การปรับบทบาทการเป็นมารดา ให้นมบุตร โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

3. ความสุขสบายด้านสังคม (Sociocultural Comfort) เป็นความรู้สึกสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากสังคมในด้านต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม เช่น การเงิน การศึกษา เป็นต้น ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพยาบาลคอยช่วยเหลือกิจกรรม ให้ข้อมูล มีบุคคลในครอบครัวคอยดูแลและให้การสนับสนุน

4. ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort) เป็นความรู้สึกสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายนอกสถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งสิ่งที่เป็นธรรมชาติและสิ่งที่สร้างขึ้น (Kolcaba, 2015) ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาด เป็นสัดส่วน การสื่อสารจากพยาบาลที่เหมาะสม อาหารที่มีประโยชน์เหมาะสม จัดให้อยู่ร่วมกับบุตรและสามีหรือบุคคลในครอบครัว

ดังนั้นมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยการนำทฤษฎีความสุขสบาย (Kolcaba, 2015) มาเป็นแนวทางใน

การส่งเสริมความสุขสบาย ซึ่งความสุขสบายจะสามารถลดความปวดหลังผ่าตัดได้ หากปวดแผลผ่าตัด จะส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของมารดาหลังคลอด ลดการเคลื่อนไหวร่างกายและไม่ลุกเดิน (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2015) การส่งเสริมลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัดสามารถลดภาวะท้องอืดได้ (นภาพร วงศ์วิวัฒนากิจ, 2562) ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดจะส่งผลให้ระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ความปวด และภาวะท้องอืดมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ สามารถลดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระยะหลังคลอดได้ โดยมารดามีภาวะความสุขสบายครบทุกมิติและได้รับการตอบสนอง ก็จะสามารถเข้าถึงความสุขสบายในระดับสูงสุดได้การก้าวข้ามขีดจำกัดต่างๆ ในช่วงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้



โปรแกรมส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ระยะก่อนผ่าตัด

1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาเตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและญาติ
2. ให้คำแนะนำในการส่งเสริมความสบายในมารดาหลังคลอด และการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ให้คู่มือส่งเสริมความสบาย

ระยะหลังผ่าตัด

1. ความสบายด้านร่างกาย (physical comfort) การบรรเทาปวดคลื่นไส้ อาเจียน ส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดูแลเรื่องท้องอืด และตอบสนองความต้องการพื้นฐาน
2. ความสบายด้านจิตวิญญาณ (psychospiritual comfort) โดยให้ข้อมูลลดความวิตกกังวล ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมการให้นมบุตร การปรับบทบาทการเป็นมารดา
3. ความสบายด้านสังคม (sociocultural comfort) โดยให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล คอยให้การสนับสนุนมารดาให้ครอบครัวอยู่กับมารดาตลอด
4. ความสบายด้านสิ่งแวดล้อม (environmental comfort) จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน มีผ้าม่านปิด มีความสะอาด สบาย สะอาด สงบ อากาศถ่ายเท ให้มารดาบุตรอยู่ด้วยกัน และมีครอบครัวคอยดูแล ส่งเสริมมารดาหลังคลอด

- ระยะเวลาลุกเดินจากเตียงหลังผ่าตัดโดยเร็ว
- ความปวด
- ท้องอืด

ความสบาย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

พูนุ ปณุกิติโต ชีเว

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ช่วงเวลา 28 พฤศจิกายน 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 ที่ไม่มีภาวะฉุกเฉิน ที่มีสติสัมปชัญญะดี เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี ที่ห้องคลอดและพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลบรมปิยะ จำนวน 118 ราย

1.7 นิยามคำศัพท์

มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หมายถึง หญิงที่อยู่ในระยะหลังคลอด (postpartum period) ซึ่งคลอดบุตรโดยวิธีการผ่าตัดผ่านทางผนังหน้าท้องและผนังมดลูก (Cesarean Section) ซึ่งมักอยู่ในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด โดยมารดาในช่วงนี้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคม ซึ่งอาจมีผลต่อกระบวนการฟื้นตัวและการปรับตัวสู่บทบาทความเป็นมารดา (Mercer, 2004)

นิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง มารดาที่ผ่านการคลอดโดยกระบวนการทางการแพทย์ที่ใช้ในการผ่าตัดคลอด โดยการที่หญิงตั้งครรภ์ถูกผ่าเปิดท้องเพื่อนำทารกออกโดยตรงผ่านทางหน้าท้องในช่วงอายุครรภ์ที่มากกว่า 37 สัปดาห์

ความสบาย

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง สภาวะที่บุคคลมีความสุขและพึงพอใจในระดับสูงในด้านต่างๆ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในด้านต่าง ๆ เช่น ความเจ็บปวด, ความเครียด, ความปลอดภัย, และความผูกพัน โดยการช่วยเหลือจากสิ่งแวดล้อมและการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ (Kolcaba, 2015)

นิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ความรู้สึกที่ได้รับการบรรเทาจากความทุกข์ทรมานของร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสามารถวัดความสบายพัฒนาจากแนวคิดความสบายของคอลลคาบา ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้จากแบบสอบถามของ จันทรปภัทร์ เครือแก้ว (2557) จำนวน 34 ข้อ มี 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย เป็นความรู้สึที่มีผลต่อด้านร่างกายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้แก่ ความเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด อ่อนเพลีย หิวกระหาย ด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกถึงความกลัว วิดกกังวล และการปรับบทบาทการเป็นมารดา ด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและความรู้สึกพอใจในพื้นที่ที่อยู่

โปรแกรมส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง กระบวนการและกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวและความสบายทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของมารดาหลังการผ่าตัดคลอดผ่านทางหน้า

ท้อง (Cesarean Section) โดยใช้หลักการและแนวคิดจากทฤษฎีความสุขสบายของ (Kolcaba, 2015) ซึ่งมุ่งเน้นการลดความเจ็บปวด การส่งเสริมความสงบและความผ่อนคลายทางจิตใจ รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้มารดารู้สึกปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหลังการคลอด

นิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดความสุขสบายของคอลคาบา (Kolcaba, 2015) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรม มี 4 ด้าน ด้านร่างกาย (Physical Comfort) ด้านจิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) ด้านสังคม (Sociocultural Comfort) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort) ประกอบไปด้วย

1. ความสุขสบายด้านร่างกาย (Physical Comfort) บรรเทาปวดคลื่นไส้อาเจียน ส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และตอบสนองความต้องการพื้นฐานซึ่งมีกิจกรรมดังนี้ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอ สนับสนุนให้มารดาได้ทำกิจวัตรประจำวันอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลการขับถ่ายให้กระเพาะปัสสาวะให้อ่าง บรรเทาอาการปวด

2. ความสุขสบายด้านจิตวิญญาณ (Psychospiritual Comfort) โดย ให้ข้อมูลลดความวิตกกังวล ให้เกียรติมารดา ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ดูแลให้มารดาให้นมบุตรอย่างถูกวิธี และการปรับบทบาทการเป็นมารดา

3. ความสุขสบายด้านสังคม (Sociocultural Comfort) โดย เป็นตัวแทนที่ดีในการประสานงานระหว่างมารดากับสมาชิกในครอบครัวหรือทีมสุขภาพ ดูแลคอยสนับสนุนมารดา ให้บุคคลในครอบครัวคอยสนับสนุนมารดา

4. ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Comfort) จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนที่มีผ้าม่านปิด มีความสะอาดสบาย สะอาด สงบ อากาศถ่ายเท ให้มารดาบุตรอยู่ด้วยกัน และมีครอบครัวคอยดูแลส่งเสริมมารดาหลังคลอด

ระยะเวลาการลุกจากเตียงโดยเร็ว (Early Ambulation)

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ระยะเวลาในการที่บุคคลสามารถลุกจากเตียงและยืนขึ้นโดยไม่ต้องใช้ความช่วยเหลือหรือสามารถทำได้ด้วยความรวดเร็วหลังจากอยู่ในท่านอนหรือท่าราบ เป็นตัวชี้วัดหนึ่งในด้านความสามารถทางกายภาพของบุคคล โดยมักจะใช้ในผู้ป่วยที่ฟื้นฟูจากอาการป่วยหรือการผ่าตัด เพื่อประเมินถึงความพร้อมในการเคลื่อนไหวหรือการกลับมาที่มีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น (Sargent & Stearns, 2019)

นิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ระยะเวลาเริ่มจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาถึงเตียงหลังคลอดจนถึงเวลาที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสามารถลุกเดินจากเตียงและเดินจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งได้หลังจากผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยงานวิจัยครั้งนี้ใช้แบบบันทึกระยะเวลาในการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ความปวด

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ประสบการณ์ทางการรับรู้ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นทางประสาทสัมผัสที่ทำให้เกิดความเสียหายหรือการทำงานที่ผิดปกติในเนื้อเยื่อ (International Association for the Study of Pain, 2020)

นิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ประสบการณ์ไม่สบายที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือมาตรวัดระดับความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale) ของ McCaffery (2011) กำหนดตัวเลข 0 – 10 แทนระดับความปวด โดย 0 คะแนน หมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้

ภาวะท้องอืด

นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ภาวะที่ระบบทางเดินอาหารถูกยับยั้งการเคลื่อนไหวภายหลังผ่าตัด จากการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อการผ่าตัดเปิดช่องท้อง และจากการยับยั้งการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารจากสาเหตุอื่น (Sargent & Stearns, 2019)

นิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ภาวะที่มารดาู้สึกแน่นอึดอัดท้อง ไม่เรอ ไม่ผายลม ลำไส้ไม่เคลื่อนไหว หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้เครื่องมือการประเมินอาการท้องอืดของ หนูเพียร์ ซาทองยศ (2550) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-20 คะแนน คะแนนต่ำสุด หมายถึง ไม่มีอาการท้องอืด คะแนนสูงสุด หมายถึง มีอาการท้องอืดมาก

การพยาบาลตามปกติ

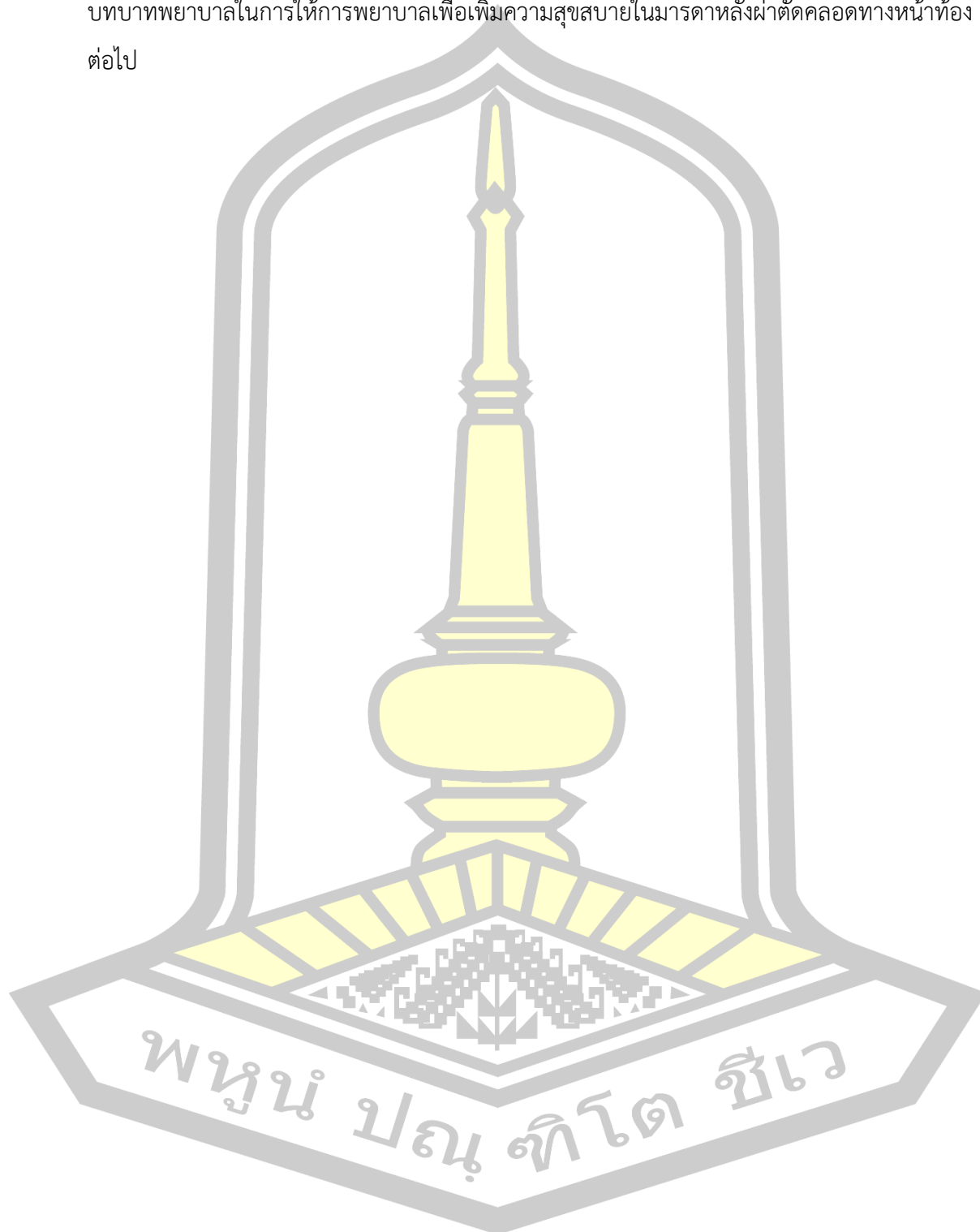
นิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง การให้การพยาบาลหญิงหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยเน้นการประเมินภาวะทั่วไป การดูแลแผลผ่าตัด การฟื้นตัวของร่างกาย การส่งเสริมบทบาทความเป็นมารดา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพฟื้นตัวเข้าสู่ภาวะปกติอย่างปลอดภัยและสมบูรณ์ (วรรณมา ชื่นชม, 2560)

นิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง หมายถึง กิจกรรมการดูแลการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามมาตรฐานตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลบรมิศจังหวัดมหาสารคาม

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับการกระตุ้นลูกเดินจากเตียงโดยเร็ว ได้รับการบรรเทาความปวดและภาวะท้องอืดอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
2. พยาบาลได้แนวทางในการส่งเสริมการส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาดูแลมารดาหลังคลอดทางหน้าท้อง

3. พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการพัฒนา
บทบาทพยาบาลในการให้การพยาบาลเพื่อเพิ่มความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
ต่อไป



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มี 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายต่อระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัด ความปวด และภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยรวบรวมเนื้อหาในแต่ละหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.1.1 ความหมายของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.1.2 ชนิดของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.1.3 ผลกระทบต่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.1.4 การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.2 แนวคิดทฤษฎีความสุขสบาย

2.2.1 ความหมายของความสุขสบาย

2.2.2 แนวคิดทฤษฎีความสุขสบาย

2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.2.4 การส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.3 การลุกเดินจากเตียงโดยเร็วของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.3.1 ความหมายของการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด

2.3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัด

2.3.3 การส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด

2.4 ความปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.4.1 ทฤษฎีความปวด

2.4.2 การประเมินความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

2.4.3 ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

2.4.4 การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

2.5 ภาวะท้องอืดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.5.1 ความหมายของภาวะท้องอืด

2.5.2 ภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.5.3 ปัจจัยส่งเสริมการเกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.5.4 อาการและอาการแสดงของภาวะท้องอืด

2.5.5 การประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด

2.5.6 การจัดการภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด

2.1 สถานการณ์ปัจจุบันของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ในปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก ในปี ค.ศ. 1990 อัตราผ่าตัดคลอดร้อยละ 7 ซึ่งปัจจุบันปี ค.ศ. 2023 อัตราผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 21 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราเพิ่มสูงสุดอยู่ที่เอเชียตะวันออกเฉียงใต้อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 39.3 ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 40.6 ปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 43.2 อัตราการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องของสถิติสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 ในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 46.22 ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 48.12 ปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 50.86 อัตราการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องของจังหวัดมหาสารคามในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 46.77 ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 51.56 ปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 59.79 อัตราการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องของโรงพยาบาลบรบือในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 54.29 ปี พ.ศ. 2565 ร้อยละ 59.62 ปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 61.27 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

2.1.1 ความหมายของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean section) มีการให้ความหมายดังนี้

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หมายถึง การคลอดทารกโดยผ่านรอยกรีดที่ผนังหน้าท้องและผนังมดลูกเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และ ทารกมีน้ำหนักมากกว่า 1,000 กรัม (ธีระ ทองสง, 2564)

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หมายถึง ขั้นตอนการผ่าตัดนำทารกออกจากครรภ์มารดาโดยออกทางแผลผ่าตัดที่ช่องท้องและผนังมดลูกของมารดา (Laberge et al., 2020)

ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หมายถึง การผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและผนังมดลูก เพื่อนำตัวทารกในครรภ์ออกมาทางแผลผ่าตัดในรายที่ไม่สามารถคลอดเองตามธรรมชาติหรือแพทย์เห็นชอบให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (สุพรรณษา จิตสม, 2565)

สรุป การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์ที่ใช้ในการผ่าตัดคลอด โดยการที่หญิงตั้งครรภ์ถูกผ่าเปิดท้องเพื่อนำทารกออกโดยตรงผ่านทางหน้าท้องในช่วงอายุครรภ์ที่ทารกสามารถมีชีวิตได้

2.1.2 ชนิดของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนั้นพิจารณาจากความจำเป็นความเร่งด่วนในการช่วยเหลือมารดาและทารก โดยแบ่งได้ 2 ชนิด ดังนี้ (Laberge et al., 2020; ธีระ ทองสง, 2564)

2.1.2.1 การผ่าตัดคลอดที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า (elective cesarean section) เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทราบล่วงหน้า ชั่วบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเช่น มารดา

เคยได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกทำกัน มีการติดเชื้อในช่องคลอด รกเกาะต่ำ มารดามีความประสงค์ที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นต้น

2.1.2.2 การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน (emergency cesarean section) เป็นการผ่าตัดคลอดที่มีข้อบ่งชี้ว่าไม่สามารถคลอดเองได้ทางช่องคลอด พบในกรณีทารกอยู่ในภาวะคับขัน เช่น สายสะดือพืดต่ำ รกคลอดตัวก่อนกำหนด การชักนำการคลอดไม่สำเร็จ มารดาที่เคยผ่าตัดคลอดร่วมกับมีการหดตัวของมดลูกการไม่ได้สัดส่วนของศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา เป็นต้น

2.1.3 ผลกระทบต่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นการช่วยเหลือทารกที่ไม่สามารถคลอดได้เองทางช่องคลอดแต่ภายหลังการผ่าตัดจะส่งผลกระทบต่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดดังนี้

2.1.3.1 ผลกระทบต่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องด้านร่างกาย ได้แก่ ความปวด การเจ็บอวัยวะในช่องท้อง การตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด ภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึก การทำงานของระบบทางเดินอาหาร การเกิดพังผืดจากแผลในช่องท้อง การติดเชื้อ ภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอุดตัน ความเหนื่อยล้าของร่างกาย ดังนี้

1) ความปวด การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นการทำคลอดผ่านรอยผ่าตัดผนังมดลูกและผนังหน้าท้อง ซึ่งเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องและผนังกล้ามเนื้อมดลูกได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ทำให้เนื้อเยื่อปล่อยสารกระตุ้นความเจ็บปวด ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) โพรสตาแกลนดิน (Prostaglandins) และซับสแตนต์ พี (Substance P) ก่อให้เกิดการอักเสบต่อเนื้อเยื่อบริเวณรอบแผลผ่าตัดไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกที่ปลายประสาทส่งสัญญาณอาการปวดไปตามเส้นประสาทขนาดใหญ่ (A-delta fiber) และเส้นประสาทขนาดเล็ก (C-fiber) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดอร์ซอล (Dorsal horn) ในไขสันหลัง นอกจากนี้เมื่อสัญญาณอาการปวดถูกส่งต่อไปยังสมองทำให้มารดาหลังคลอดรับรู้อาการปวด สามารถทำให้เพิ่มระดับความรุนแรงและระยะเวลาของอาการปวดนานขึ้น (Melzack & Wail, 1965) จึงทำให้เกิดการรับรู้ความปวด ภายหลังการผ่าตัดคลอดเป็นความปวดเฉียบพลันจึงจำเป็นต้องได้รับการระงับปวดเพื่อบรรเทาปวด

2) การบาดเจ็บอวัยวะในช่องท้อง นอกจากมดลูกและกล้ามเนื้อภายในช่องท้องได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแล้วอวัยวะใกล้เคียงอาจได้รับผลข้างเคียงด้วยคือการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ ท่อไต และลำไส้พบได้ประมาณร้อยละ 0.1 แผลผ่าตัดมดลูกอาจฉีกขาดไปจนถึงปากมดลูก ช่องคลอดหรือเส้นเลือดเลี้ยงมดลูก พบได้ร้อยละ 2 (ธีระ ทองสง, 2564)

3) การตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด การตกเลือดหลังคลอดพบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาหลังคลอดร้อยละ 27.10 ภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

หมายถึงการสูญเสียเลือดจากกระบวนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร (WHO, 2023) การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทำให้เกิดตกเลือดหลังคลอดมากกว่าการคลอดปกติทางช่องคลอดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้น เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ ทารกตัวโต เคยตั้งครรภ์หลายครั้ง มดลูกหดตัวไม่ดี (Fawcus & Moodley, 2013)

4) ภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึก ก่อนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะได้รับยาระงับความรู้สึกซึ่งทำได้ 2 วิธี คือ การดมยาสลบ และการฉีดยาชาเข้าบริเวณไขสันหลัง ดังนี้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการดมยาสลบ คือ ออกซิเจนในร่างกายน้อย หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะเจ็บคอหรือเสียงแหบ (ประไพ ผลอิน และคณะ, 2564) ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการฉีดยาชาเข้าบริเวณไขสันหลัง คือ ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน หนาวสั่น (อนงค์ สายสุด, 2561)

5) การทำงานของระบบทางเดินอาหาร ภายหลังจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับการระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบหรือฉีดยาชาเข้าบริเวณไขสันหลังฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกจะส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติเกิดการคลายตัวทำให้หลอดเลือดอาหารกระเพาะอาหารและลำไส้คลายตัวมีการเคลื่อนไหวน้อยลง ส่งผลทำให้เกิดอาการท้องอืดหรือคลื่นไส้ในระยะเวลา 24 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด นอกจากนี้เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีการปวดแผลผ่าตัดแพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เช่น มอร์ฟีน (morphine) หรือเฟนทานิล (fentanyl) ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ทำให้มีการเคลื่อนไหวลดลงในระยะ 12 -72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด (ยุทธนา จันวะโร, 2565) เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องรู้สึกปวดแผลผ่าตัดทำให้มารดาเคลื่อนไหวร่างกายลดลงส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ทำงานลดลงส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีอาการท้องอืดตามมา (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2558)

6) การติดเชื้อ เมื่อมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทำให้มีช่องทางเข้าของเชื้อโรคทำให้มารดามีการติดเชื้อได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีการติดเชื้อเมื่อผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มมากขึ้น ดังนี้ อายุ ดัชนีมวลกาย การได้รับยาต้านจุลชีพก่อนผ่าตัด การกำจัดขน การสูบบุหรี่ ภาวะสุขภาพก่อนผ่าตัดคลอด ระยะเวลาในการผ่าตัด จำนวนบุคลากรในทีมผ่าตัด (สุดตา ไชยนาพันธ์ และ วิไล เหมือนทองจีน, 2561)

7) ภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอุดตัน (deep vein thrombosis) เกิดจากการรวมตัวกันของไฟบริน เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือด บริเวณที่คั่งของเลือด ทำให้เกิดก้อนเลือดอุดตันบริเวณหลอดเลือดดำที่ขาทำให้เกิดอาการบวม (Milto et al., 2018) หากลิ่มเลือดหลุดไปบริเวณหลอดเลือดดำไปยังปอดจะเป็นสาเหตุการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (pulmonary embolism)

เป็นสาเหตุให้มารดาหลังคลอดเสียชีวิตได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด ได้แก่ มารดาอ้วน ภาวะความดันโลหิตสูง ท้องแฝด มีการผ่าตัดซ้ำ รกเกาะต่ำ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย (Odle, 2017)

8) ความเหนื่อยล้าของร่างกาย ความเหนื่อยล้าภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีสาเหตุ ได้แก่ การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอด การงดน้ำงดอาหาร การคลื่นไส้ อาเจียน รวมไปถึงภาวะเครียดก่อนและหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (อมรรัตน์ ตีบุญโณ และคณะ, 2559)

2.1.3.2 ด้านจิตใจ - จิตวิญญาณ

1) ความวิตกกังวล คือ การตอบสนองต่อภัยคุกคามหรืออันตรายที่รับรู้ มันถูกกระตุ้นโดยการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในร่างกาย ประวัติส่วนตัวและความทรงจำของแต่ละบุคคล และสถานการณ์ทางสังคม (Ford-Martin & Davidson, 2020) มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การปฏิบัติหน้าที่การเป็นมารดา การเลี้ยงดูบุตร และการขาดแรงสนับสนุนช่วยเหลือ (กนิษฐา แก้วดู และคณะ, 2562) การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิตมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกเพื่อผ่าตัดซึ่งมีผลทั้งร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม คือ หัวใจเต้นเร็วและแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น ปวดท้อง ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น สาเหตุอีกประการคือการเผชิญกับสภาพแวดล้อมใหม่จากการศึกษาพบว่า การเตรียมความพร้อมของมารดา ก่อนรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสามารถลดความวิตกกังวลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ (พจนี วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน, 2562) และความวิตกกังวลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอยู่ในระดับปานกลาง (กนิษฐา แก้วดู และคณะ, 2562)

2) ความเครียด การมีแผลผ่าตัดคลอดทำให้เกิดความเจ็บปวดส่งผลให้เกิดความเครียด และความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะเครียดเพิ่มขึ้น (Tomsis et al., 2021)

3) ความกลัวในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีความกลัวในสุขภาพมารดาและทารก กลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (มนัสชก มณีอินทร์, 2558)

4) การปรับบทบาทการเป็นมารดา มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะได้แยกจากทารกจนมารดาย้ายออกจากห้องผ่าตัดมาพักฟื้นที่หอผู้ป่วยจึงจะได้อยู่กับทารกในกรณีที่ทารกป่วยก็จะได้แยกจากมารดา จากการศึกษาพบว่า การปรับบทบาทการเป็นมารดาในมารดาหลังคลอดอยู่ในระดับปานกลาง มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีการปรับบทบาทการเป็นมารดาได้ต่ำกว่ามารดาที่คลอดเองทางช่องคลอด (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และคณะ, 2565)

2.1.3.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

1) ด้านสังคม มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะแรกจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจึงยังต้องการการช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดจากพยาบาลและญาติ และแรงสนับสนุนจากสังคม (Tambag et al., 2018) จากการศึกษาพบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับบทบาทการเป็นมารดา (กนิษฐา แก้วดู และคณะ, 2562)

2) ด้านเศรษฐกิจ มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีระยะเวลาในการพักฟื้นฟูสภาพร่างกายที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 96 ชั่วโมงในกรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น การคลอดเองทางช่องคลอดใช้เวลาเพียง 24 ชั่วโมง ซึ่งผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานกว่าคลอดเองทางช่องคลอด ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีราคาสูงกว่าค่าใช้จ่ายในการคลอดเองทางช่องคลอด (การะเกด ศิริรักษ์ และคณะ, 2563)

2.1.4 การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร่างกายหลังคลอดจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับตัวไปสู่ภาวะปกติและปรับบทบาทการเป็นมารดา โดยการพยาบาลแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

2.1.4.1 การพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรก

1) การเฝ้าระวังภาวะตกเลือด การพยาบาลที่จำเป็นได้แก่การวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะปกติหรือคงที่ ประเมินความรู้สึกตัว การประเมินเลือดที่ออกจากบาดแผล การสังเกตการณ์หดตัวของมดลูก ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด การผ่าตัดคลอดไม่ควรเสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร เป็นอาการแสดงการตกเลือดภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การประเมินสีปริมาณและการไหลของปัสสาวะ ติดตามความเข้มข้นของเลือด ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา (เกศรินทร์ พรหมมา, 2567; สมทรง บุตรตะ, 2563)

2) การดูแลภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งจะมีภาวะแทรกซ้อนได้ซึ่งการดูแลดังนี้ ออกซิเจนในร่างกายทำให้การพยาบาลโดยให้ออกซิเจนทางจมูกต่อจากห้องผ่าตัดต่อ 30 นาทีและวัดออกซิเจนในร่างกายมารดาหลังคลอด หนาวสั่นให้การพยาบาลโดยการวัดอุณหภูมิร่างกายให้ความอบอุ่นร่างกาย คลื่นไส้อาเจียนให้ยาลดคลื่นไส้อาเจียน ภาวะเจ็บคอหรือเสียงแหบดูแลให้จิบน้ำอุ่น ความดันโลหิตต่ำให้การพยาบาลประเมินความดันโลหิต (Aksoy Derya & Pasinlioğlu, 2017; Mihaelov, 2022; ประไพ ผลอิน และคณะ, 2564; อนงค์ สายสุด, 2561)

3) การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด มี 2 วิธี ใช้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และไม่ใช้ยา วิธีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถทำได้ การศึกษาพบว่าในประเทศไทยมีการบรรเทาปวดจากการผ่าตัดคลอดด้วยวิธีดังนี้ การให้ข้อมูล

(พจน์ วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน, 2562) จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายหรือนอนในท่าศีรษะสูง 30 องศา (เพ็ญศรี เรืองศรี, 2564) การนวดหรือการสัมผัส (พจน์ วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน, 2562) การใช้ผ้ารัดหน้าท้อง (ศศินาภรณ์ โลหิตไทย และบุญยิ่ง ทองคุปต์, 2562) การประคบเย็น (ศศินาภรณ์ โลหิตไทยและบุญยิ่ง ทองคุปต์, 2562) การฟังดนตรี การกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง จัดทำการให้นมบุตร (สุพรรณษา จิตสม และคณะ, 2565) แผ่นแปะฝ่าเท้าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลู (นัยนา ประจวบ, 2564)

4) การส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ 4 ชั่วโมงประเมินความพร้อมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดหากมีความพร้อมจะเริ่มด้วยการหายใจเข้าลึกๆ 5 รอบ 15 นาที หลังจากผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 6 ชั่วโมงเริ่มให้ลูกจากเตียง (El-Sayed et al., 2020)

5) ส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและส่งเสริมการให้นมบุตร ดูแลให้มารดาและบุตรอยู่ด้วยกันและให้มารดาให้นมบุตรเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและบุตร (Mihaelov, 2022) ให้ความรู้มารดาและญาติเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยมีครอบครัวสนับสนุน (รักศิริ อาวชันาวงศ์ และทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์, 2563) ให้บุตรได้ดูดนมมารดาแบบแนบเนื้อภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด (นพรัตน์ ธารณะ, 2564)

2.1.6.2 การพยาบาลในระยะหลัง 24 ชั่วโมง

1) การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด มี 2 วิธี ใช้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และไม่ใช้ยา วิธีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถทำได้ การการศึกษาพบว่าในประเทศไทยมีการบรรเทาปวดจากการผ่าตัดคลอดด้วยวิธีดังนี้ การให้ข้อมูล (พจน์ วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน, 2562) จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายหรือนอนในท่าศีรษะสูง 30 องศา (เพ็ญศรี เรืองศรี, 2564) การนวดหรือการสัมผัส (พจน์ วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน, 2562) การใช้ผ้ารัดหน้าท้อง (ศศินาภรณ์ โลหิตไทย และบุญยิ่ง ทองคุปต์, 2562) การประคบเย็น (ศศินาภรณ์ โลหิตไทย และบุญยิ่ง ทองคุปต์, 2562) การฟังดนตรี การกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนัง จัดทำการให้นมบุตร (สุพรรณษา จิตสม และคณะ, 2565) แผ่นแปะฝ่าเท้าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลู (นัยนา ประจวบ, 2564)

2) การส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่งเสริมให้ลูกทำกิจกรรมส่วนตัวและลุกเดินจากเตียงอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559)

3) ส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและส่งเสริมการให้นมบุตร ดูแลให้มารดาและบุตรอยู่ด้วยกันและให้มารดาให้นมบุตรเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและบุตร (Mihaelov,

2022) ให้ความรู้มารดาและญาติเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ส่งเสริมสนับสนุน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยมีครอบครัวสนับสนุน (รักศิริ อาวีชนาวงศ์ และ ทิพย์วรรณ บุญยา ภรณ์, 2563) กระตุ้นการหลังของน้ำนม เช่น นวดกระตุ้นการหลังน้ำนม ประคบอุ่น ดูแลความสุ สบาย ให้มารดาได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ ช่วยเหลือจัดทำมารดาในการให้นมบุตรอย่าง ถูกวิธี กระตุ้นมารดาให้นมบุตรทุก 2 – 3 ชั่วโมง นาน 30 นาที สนับสนุนด้านจิตใจ ประเมินการให้ นมบุตรมารดาหากมีปัญหาให้ช่วยแก้ปัญหาทันที (นพรัตน์ ธารณะ, 2564)

4) วางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอด ให้ความรู้มารดาแนะนำมารดาใน การปฏิบัติตัวและการดูแลบุตร อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ วางแผนครอบครัว นัดตรวจติดตาม อาการ (รัศมี ศรีนนท์ และนงนภัส วงษ์จันทร์, 2564)

2.2 แนวคิดทฤษฎีความสุขสบาย

ทฤษฎีความสุขสบาย (Comfort Theory) เป็นแนวคิดที่พัฒนาโดย Katharine Kolcaba ซึ่ง เป็นนักวิจัยและนักทฤษฎีการพยาบาล ทฤษฎีนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพยาบาลและการดูแล สุขภาพ เนื่องจากการสร้างภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

2.2.1 ความหมายของความสุขสบาย

คอลคาบา (Kolcaba) ได้ให้ความหมาย ความสุขสบายว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ (Health care needs) โดยการ ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) ผ่านปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความรู้สึกสบายในแต่ ละด้านของบุคคลเป็นตัวแปรสอดแทรก (Intervening Variables) จนทำให้บุคคลเกิดความสุขสบาย

2.2.2 แนวคิดทฤษฎีความสุขสบาย

Katharine Kolcaba ได้อธิบายทฤษฎีดังนี้ (Kolcaba, 2015)

1. การพยาบาล เป็นกระบวนการในการประเมินความต้องการความสุข สบายของผู้ป่วย วางแผนและการดำเนินการตามวิธีการพยาบาลที่เหมาะสมและการประเมินความสุข สบายหลังให้การพยาบาล
2. สุขภาพ ทำงานได้เหมาะสมที่สุดตามความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม
3. สิ่งแวดล้อม สภาวะแวดล้อมในสถานพยาบาลสามารถจัดการเพื่อเพิ่ม ความสุขสบาย

ประเภทของความสุขสบาย

แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Kolcaba, 2015)

ระดับที่ 1 การบรรเทา (relief) คือ ความรู้สึกว่าการต้องการของตน ได้รับการตอบสนองเพื่อการกลับคือสู่สภาวะปกติ

ระดับที่ 2 การผ่อนคลาย (ease) คือ ความรู้สึกสงบ (calm) มีความสุข และพึงพอใจซึ่งเป็นสถานะที่จำเป็นสำหรับการแสดงสมรรถนะของต่อนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยความรู้สึกนี้ไม่สามารถแยกออกจากความรู้สึกบรรเทาได้

ระดับที่ 3 สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (transcendence) คือ ความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ความไม่สุขสบายต่างๆ

มิติการตอบสนองเพื่อความสบาย

ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (physical comfort) เป็นความรู้สึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวภาพ เช่น การรักษาสมดุลการทำหน้าที่ของร่างกาย การได้รับน้ำ อาหาร อิเล็กโทรไลต์ การเผาผลาญ การไหลเวียนเลือด การขับถ่าย ตลอดจนการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล เป็นต้น

2) ด้านจิตวิญญาณ (psych spiritual comfort) เป็นความรู้สึกสุขสบายเกี่ยวกับจิตใจ (mental) อารมณ์ (emotional) และจิตวิญญาณ (spiritual) เช่น ตระหนักรู้ถึงตัวตนของบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อัตมโนทัศน์แห่งตน เพศสัมพันธ์ และความหมายในชีวิต ความสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่เหนือตัวตน เช่น ศาสนา และความเชื่อต่างๆ

3) ด้านสังคม (sociocultural comfort) เป็นความรู้สึกสุขสบายที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากสังคมในด้านต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม เช่น การเงิน การศึกษา เป็นต้น

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental comfort) เป็นความรู้สึกสุขสบายที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายนอกสถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสิ่งที่เป็นธรรมชาติและสิ่งที่สร้างขึ้น

2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ความสบายด้านร่างกาย (physical comfort)

1) ปวด ความปวดเนื่องจากการผ่าตัดคลอดทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ หลอดเลือดและเส้นประสาท ทำให้เกิดความรู้สึกปวด ไม่สุขสบาย (วิศิษฐ์ จันทร์คุณภาส, 2562)

2) คลื่นไส้อาเจียน อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดทำให้มารดาารู้สึกไม่สุขสบายเพิ่มขึ้น มีผลต่อคะแนนความสบายของมารดา ด้านร่างกาย (Aksoy Derya & Pasinlioğlu, 2017)

3) ท้องอืด จะพบได้เมื่อ 24 – 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีผลต่อคะแนนความสบายในมารดาหลังคลอด (Akgün, 2020)

4) ความเหนื่อยล้า หลังผ่าตัดทั้งสูญเสียเลือด และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีผลต่อคะแนนความสบายในมารดาหลังคลอด (Akgün, 2020) การที่มีสามีช่วยสนับสนุน

ทางสังคมและช่วยเหลือมารดาทำให้มารดามีความเหนื่อยล้าน้อยกว่ามารดาไม่ได้รับสนับสนุนจากสามี (อมรรรัตน์ ตีบุญโณ และคณะ, 2567)

ความสุขสบายด้านจิตวิญญาณ (psych spiritual comfort)

1) ความวิตกกังวลมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบว่า ความวิตกกังวลของมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของมารดาผ่าตัดคลอด คือ การศึกษาการต้องการข้อมูล ค่าใช้จ่ายในการรักษา (ชฎารัตน์ เหลืองอร่าม, 2564)

2) ความเครียดพบได้ถึงร้อยละ 74 ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซึ่งเป็นความเครียดจากการปรับบทบาทการเป็นมารดา การให้นมบุตร ซึ่งมีผลต่อคะแนนความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Aksoy Derya & Pasinlioğlu, 2017)

3) ครอบครัวไม่มีส่วนร่วมในการดูแลทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดไม่มีความสุขสบายร้อยละ 66 ซึ่งมีผลต่อคะแนนความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Aksoy Derya & Pasinlioğlu, 2017)

4) ความเหงา มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความเหงาถึงร้อยละ 46 ซึ่งมีผลต่อคะแนนความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Aksoy Derya & Pasinlioğlu, 2017)

5) ความภูมิใจในตัวเองลดลง เนื่องจากร่างกายเปลี่ยนแปลง พบร้อยละ 22 ซึ่งมีผลต่อคะแนนความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Aksoy Derya & Pasinlioğlu, 2017)

ความสุขสบายด้านสังคม (sociocultural comfort)

1) ความต้องการพยาบาลและการพยาบาล มารดาที่คลอดบุตรมีความต้องการพยาบาลและการพยาบาลจากพยาบาลในระดับปานกลางและการพยาบาลของพยาบาลมีผลต่อจิตใจอารมณ์และร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (ปราณีต คุณเครือ, 2564)

2) แรงสนับสนุนจากสังคม ยังมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากคะแนนความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะสูง (Akgün, 2020)

3) การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ การขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว การให้นมบุตร การดูแลบุตรมีผลต่อคะแนนความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Aksoy Derya & Pasinlioğlu, 2017) การศึกษามีผลต่อคะแนนความสุขสบายเมื่อมีการศึกษาสูงความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะสูงตาม (Akgün, 2020)

ความสบายด้านสิ่งแวดล้อม (environmental comfort) (Aksoy Derya & Pasinlioğlu, 2017)

- 1) สถานที่โรงพยาบาล หอผู้ป่วย ปลอดภัย สะอาดเป็นส่วน อุณหภูมิที่เหมาะสม มีผลต่อคะแนนความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- 2) การสื่อสารของพยาบาล มีผลต่อคะแนนความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- 3) อาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสม มีผลต่อคะแนนความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- 4) การอยู่กับบุตร สามี และครอบครัวมีผลต่อคะแนนความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.2.4 การส่งเสริมความสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

มีการใช้ทฤษฎีความสบายมาส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องดังนี้

2.5.4.1 ผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบความสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้แบบประเมินความสบายเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ให้คะแนนของมาวัดจาก 0 – 4 โดยเรียงคำตอบในทางลบน้อยที่สุดไปยังคำถามทางบวกมากที่สุด หากเป็นคำตอบเชิงลบจะเป็นการให้คะแนนตรงข้ามกับคำตอบเชิงบวก ประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 34 ข้อ ซึ่งเป็นความรู้สึกลับวก 25 ข้อ ความรู้สึกลบ 9 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความสบายหลังผ่าตัดคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม(จันท์ปภัสร์ เครือแก้ว, 2557)

2.5.4.2 ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสบายต่อระดับความสบายหลังคลอดของหญิงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้า เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลภายใต้ทฤษฎีความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบมีการศึกษาสองกลุ่มและวัดหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองให้การพยาบาล ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของ Nanda ร่วมกับหนังสือเล่มเล็กให้กับมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อความสะดวกสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จากการศึกษาการทดลองพบว่าคะแนนความสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Aksoy Derya & Pasinlioğlu, 2017)

2.5.4.3 ความสุขสบายท่ามกลางความปวดในระยะคลอดสู่การปฏิบัติ เป็นบทความวิชาการในการใช้ทฤษฎีความสุขสบายไปสู่การปฏิบัติการ กิจกรรมพยาบาลในการดูแลความสุขสบายมารดาในระยะคลอด ดังนี้ ด้านร่างกาย (physical comfort) มุ่งเน้นการบรรเทาปวดและเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม และตอบสนองความต้องการพื้นฐานซึ่งมีกิจกรรมดังนี้ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอ สนับสนุนให้มารดาได้ทำกิจวัตรประจำวันอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย กระตุ้นให้เคลื่อนไหว ดูแลการขับถ่ายให้กระเพาะปัสสาวะให้ว่าง บรรเทาอาการปวด ด้านจิตวิญญาณ (psychospiritual comfort) โดย ให้ข้อมูลลดความวิตกกังวล ให้เกียรติมารดา ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ด้านสังคม (sociocultural comfort) โดยให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นตัวแทนที่ดีในการประสานงานระหว่างมารดากับสมาชิกในครอบครัวหรือทีมสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental comfort) จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนมีผ้าม่านปิด มีความสะดวกสบาย สะอาด สงบ อากาศถ่ายเท (มาวศรี มานูช, 2562)

2.3 การลุกเดินจากเตียงโดยเร็วของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2.3.1 ความหมายของการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด

การลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด (Early Ambulation) หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถลุกลงจากเตียงและเดินจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งภายใน 24 - 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยเริ่มจากลุกนั่งบนเตียง การแกว่งเท้า ยืนข้างเตียง นั่งข้างเตียง และเดินไปมารอบเตียง เพื่อให้ร่างกายกลับมาทำงานตามปกติเร็วขึ้น (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559)

2.3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัด

การลุกเดินเร็วหลังผ่าตัดมีปัจจัยดังนี้ (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559)

1. ปัจจัยด้านการรักษา ขนาดของแผลผ่าตัดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดขนาดแผลใหญ่ทำให้ลุกเดินจากเตียงได้ช้ากว่าขนาดแผลผ่าตัดเล็ก
2. ปัจจัยด้านมารดาหลังผ่าตัดคลอด อาการปวดแผลหากมีความทุกข์ทรมานจากการปวดแผลทำให้ลุกเดินจากเตียงช้า อาการคลื่นไส้อาเจียนเมื่อได้รับยาต้านการอาเจียนทำให้มีผลข้างเคียงเกิดอาการง่วงซึมส่งผลให้มารดาขาดความพร้อมในการลุกเดินจากเตียง
3. ปัจจัยด้านระบบหรือแนวทางการทำงาน ในหอผู้ป่วยที่มีแนวทางการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงเร็วจะทำให้ผู้ป่วยลุกเดินจากเตียงได้เร็วกว่าหอผู้ป่วยไม่มีแนวทางในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียง

2.3.3 การส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด

การส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วเป็นบทบาทอิสระและสำคัญของพยาบาลซึ่งมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

2.2.3.1 บทบาทการพยาบาลในการส่งเสริมลุกเดินเร็วภายหลังผ่าตัด

ศิริพรรณ ภมรพล (2559) ได้กล่าวถึงบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมลูกเดินจากเตียงดังนี้

1) ระยะเวลาก่อนผ่าตัด

1.1) ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัด ได้แก่วิธีการผ่า ขนาดของแผล อาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน เพื่อประเมินปัจจัยที่จะทำให้ลุกเดินจากเตียงได้ช้า

1.2) ประเมินความพร้อมของผู้รับบริการในการลุกเดินจากเตียง โดยเร็วหลังผ่าตัด ได้แก่สัญญาณชีพ ความรู้สึกตัว จิตใจ ความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน

1.3) ประเมินข้อจำกัดในการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด เช่น อัตราการเต้นหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ความอึดตัวของออกซิเจนพยาบาล ควรติดตามประเมินผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด เมื่อผู้รับบริการไม่มีข้อจำกัด

1.4) อธิบายให้ผู้รับบริการทราบถึงประโยชน์ของการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด เช่น ทำให้ท้องอืดลดลง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ทำให้รับประทานอาหารได้เร็วขึ้น ช่วยให้ผู้รับบริการมีระยะพักฟื้นสั้นลง

1.5) อธิบายขั้นตอนการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วให้ผู้รับบริการทราบ วันผ่าตัดมีการปฏิบัติดังนี้ การบริหารการหายใจโดยให้ผู้รับบริการนอนราบตั้งเข่าทั้ง 2 ข้างขึ้นหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ ให้ท้องป่องกลั้นไว้ชั่วขณะหนึ่งแล้วหายใจออก กายบริหารร่างกายโดยให้ผู้รับบริการยืดขาออก หมุนเท้า และกระดกเท้าขึ้น - ลง นั่งห้อยขาข้างเตียง วันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้รับบริการลุกจากเตียงไปนั่งเก้าอี้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง วันที่ 2 หลังผ่าตัดเป็นต้นไปลุกเดินทำกิจกรรมได้อย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน

2) การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด

2.1) ประเมินความพร้อมและข้อจำกัดของผู้รับบริการ

2.2) ประเมินความปวด หากมีอาการปวดมากกว่า 3 คะแนน ดูแลบรรเทาปวดก่อนกระตุ้นให้ผู้รับบริการลุกเดินจากเตียง

2.3) ส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงดังนี้ วันผ่าตัดกระตุ้นให้ผู้รับบริการบริหารการหายใจ นั่งห้อยขาข้างเตียง วันที่ 1 หลังผ่าตัดส่งเสริมให้ผู้รับบริการนั่งห้อยขาข้างเตียงกระตุ้นให้ผู้รับบริการนั่งเก้าอี้เพื่อรับประทานอาหารข้างเตียง หลังผ่าตัดวันที่ 2 กระตุ้นให้ผู้รับบริการไปทำความสะอาดและขับถ่ายในห้องน้ำ

2.2.3.2 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมลูกเดินจากเตียง โดยเตรียมผู้รับบริการก่อนผ่าตัดช่องท้องแนะนำประโยชน์ของการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วก่อนผ่าตัดหลัง สอน ให้ความรู้ สาธิต

การลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ในระยะหลังผ่าตัดพยาบาลมีบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้รับบริการลุกเดิน โดยใช้ที่พยุงเดิน ประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง (สิริอร ช้อยุ่น และคณะ, 2019)

2.2.3.3 การศึกษาเกี่ยวกับกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองโดยมีกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 100 ราย พบว่าการเคลื่อนไหวบนเตียงในระยะแรกหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และคุ้มค่า สามารถส่งเสริมฟื้นตัวและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้ ((El-Sayed, Elmashad, & Kandeel, 2020)

2.2.3.4 การศึกษาประสิทธิภาพของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการกระตุ้นการทำงานของลำไส้ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยศึกษาเชิงทดลอง มีกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มทดลองให้เคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้เคี้ยวหมากฝรั่งมีระยะเวลาการเริ่มทำงานของลำไส้เร็วกว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่ได้เคี้ยวหมากฝรั่งและระยะเวลาผายลมครั้งแรกมารดาที่ได้เคี้ยวหมากฝรั่งน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้เคี้ยวหมากฝรั่ง (ยุพธนา จันวะโร, 2565)

2.4 ความปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

องค์การอนามัยโลกได้ถือความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (5th Vital signs) เพื่อที่จะให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวด

2.4.1 ทฤษฎีความปวด

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean section) เป็นการทำการคลอดทารกผ่านรอยผ่าตัดที่ผนังมดลูกและผนังหน้าท้อง ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) ความปวดเกิดจากที่เนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องและผนังกล้ามเนื้อมดลูกได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดเนื้อเยื่อปล่อยสารกระตุ้นความเจ็บปวด ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) โปแตสเซียม (Potassium) ฮิสตามีน (Histamine) แบริดคีนิน (Bradykinins) พรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) และ ซับสแตนท์ (Substance P) ก่อให้เกิด การอักเสบต่อเนื้อเยื่อรอบๆ แผลผ่าตัดและไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกที่ปลายประสาท ส่งสัญญาณอาการปวด ไปตามเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (A-delta fiber) และเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (C-fiber) ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงที่คอรัซอล (Dorsal horn) ในไขสันหลัง นอกจากนี้เมื่อสัญญาณอาการปวดถูกส่งต่อ ไปยังสมอง ซึ่งเป็นแหล่งรับรู้และแปลข้อมูลอาการปวด สามารถทำให้เพิ่มระดับความรุนแรงและระยะเวลา ของอาการปวดนานขึ้น (Melzack and Wail, 1996)

2.4.2 การประเมินความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

การประเมินความปวดเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เป็นวิธีประเมินที่ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง สิ่งที่ต้องซักถามในการประเมินความปวด คือ ความรุนแรงของความปวดโดยให้ผู้ป่วยบอก

ระดับความปวด ด้วยตนเอง ตามเครื่องมือวัดความรุนแรงของความปวด เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา ของผู้ป่วยนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีการประเมินดังนี้

1. มาตรวัดความปวดด้วยคำบรรยาย (Verbal rating scale: VRS) ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกระดับความเจ็บปวดเป็นตัวเลขได้ เป็นการวัดระดับความปวดเป็นคำอธิบายสั้นๆ เป็นลำดับ เพื่อให้ผู้ป่วย เข้าใจง่าย ได้แก่ ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมากและปวดมากที่สุด

2. มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual analogue scale: VAS) มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่อยู่ในแนวนอนหรือแนวตั้งหรือแนวนอนมีความต่อเนื่องจาก 0-10 เซนติเมตร ด้านซ้ายสุดแสดงถึง ไม่เจ็บปวดเลย และด้านขวาสุดแสดงถึงความรู้สึกเจ็บปวดมากที่สุด โดยให้ผู้ป่วยประเมินและทำเครื่องหมาย กากบาทบนเส้นตรงตำแหน่งที่เป็นระดับความเจ็บปวดของตนในขณะนั้น

3. มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) มีลักษณะเป็นเส้นตรง เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันจากเลข 0-10 หรือ 0-100 โดยการให้คะแนนเป็น มาตราส่วนประมาณค่า คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวด คะแนน 10 หรือ 100 หมายถึง มีความเจ็บปวดมากที่สุด เป็นการถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบตัวเลขหรือให้ดูระดับตัวเลขบนเส้นตรง และบอกเป็น ตัวเลขที่เป็นระดับความเจ็บปวดของตนในขณะนั้น

4. M G ' pain questionnaire (MPQ) เป็นแบบสอบถามความเจ็บปวดที่ประเมินได้ทั้งอาการปวดแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง สามารถวัดระดับความเจ็บปวด ความรู้สึกต่อความเจ็บปวด และผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บปวด เป็นการประเมินที่มีหลายมิติ ครอบคลุมด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึก เช่น แบบประเมินความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดของ สินีนาฏ หงส์ระนัย (2019) ที่พัฒนามาจากแบบ ประเมินความปวดแมคกิลล์ฉบับย่อภาษาไทย (Thai short-form McGill's pain questionnaire)

2.4.3 ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก หากไม่ได้รับการตอบสนองต่อการเผชิญกับความเจ็บปวด จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย มีผลต่อการเคลื่อนไหว การหายใจ อารมณ์ และการนอนหลับ รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ของมารดา ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ได้แก่ ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นท้อง ตลอดจนความผูกพันต่อทารกแรกเกิด ยังเป็นสาเหตุที่รบกวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลกระทบทางด้านจิตใจพบว่า มีความวิตกกังวลต่อ สภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และกิจกรรมการเลี้ยงดูบุตร กลัวความเจ็บปวด กลัวสัมพันธ์ภาพกับสามี (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2558)

2.4.4 การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

1) การจัดการความปวดแบบใช้ยา

- 1.1) พาราเซตามอล (Paracetamol)
- 1.2) ยาท้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ Diclofenac และ Ibuprofen
- 1.3) ยาระงับปวดชนิดเสพติด Tramadol, Codeine, Oxycodone, Pethidine ผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ที่พบน้อยแต่รุนแรง เช่น กดการหายใจ และท้องผูก (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560)

2) การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ข้อมูลผู้รับบริการ (พจนี วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน, 2562) การจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายหรือนอนในท่าศีรษะสูง 30 องศา (เพ็ญศรี เรืองศรี, 2564) การนวดหรือการสัมผัส (พจนี วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน, 2562) การใช้ผ้ารัดหน้าท้อง (ศศิณาภรณ์ โลहितไทย และบุญยิ่ง ทองคุปต์, 2562) การประคบเย็น (ศศิณาภรณ์ โลहितไทย และบุญยิ่ง ทองคุปต์, 2562) การฟังดนตรี การกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้า ผ่านผิวหนัง จัดทำการให้นมบุตร (สุพรรณษา จิตสม และคณะ, 2565) แผ่นแปะผ้าเท้าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลู (นัยนา ประจวบ, 2564)

2.5 ภาวะท้องอืดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

อาการท้องอืดหลังผ่าตัด (Abdominal distention) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยพบร้อยละ 60 ในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Morais et al., 2016) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายและเพิ่มโอกาสการเกิดอาการแทรกซ้อนอื่นๆ การฟื้นหายช้าลง เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่ม

2.5.1 ความหมายของภาวะท้องอืด

พันทรังษี กัญธิดา (2565) ให้ความหมายภาวะท้องอืด คือ ความรู้สึกแน่นท้อง ไม่เรอ ไม่ผายลม ไม่มีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้หรือมีการเคลื่อนไหวต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

ศศิวิมล เพ็งแก้ว (2558) ให้ความหมายภาวะท้องอืด คือ ภาวะที่ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวชั่วคราวตั้งแต่ได้รับการผ่าตัดจนถึงการผายลม การอุจจาระ หรืออาการอยากอาหาร ซึ่งภาวะท้องอืดหลังการผ่าตัดต้องมีอาการเข้าเกณฑ์ตั้งแต่ 2 ใน 5 อาการ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มี ความอยากอาหาร ไม่ผายลม อืดอัดแน่นท้อง

สรุป ภาวะท้องอืด หมายถึง ภาวะที่ระบบทางเดินอาหารถูกยับยั้งหลังผ่าตัดทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวชั่วคราวทำให้เกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่อยากอาหาร ไม่ผายลม อืดอัดแน่นท้อง

2.5.2 ภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

1) ระบบประสาทถูกยับยั้ง (Inhibitory neural reflexes) การทำงานของลำไส้ขึ้นอยู่กับระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งประกอบด้วยระบบประสาทพาราซิมพาติก (Parasympathetic nervous system) ระบบประสาทซิมพาติก (Sympathetic nervous system) และระบบประสาทภายในทางเดินอาหาร (Enteric nervous system) การผ่าตัดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาติกผ่านทางเส้นประสาทโซมาติก (Somatic nerve) และเส้นประสาทสแพลงจิก (Splanchnic nerve) ทำให้เกิดการยับยั้งการทำงานของลำไส้และการบีบตัวของลำไส้ลดลง (Swift, 2018)

2) สารสื่อประสาท (Neurotransmitter) การผ่าตัดทางหน้าท้องมีโอกาสเกิดการกระทบกระเทือนลำไส้ เกิดการกระตุ้นตัวรับอะดรีเนอร์จิกชนิดแอลฟา-2 (Alpha-2 adrenergic receptors) บริเวณเยื่ออุ้งยาระบบทางเดินอาหาร เพิ่มการสังเคราะห์สารเอ็มอาร์เอ็นเอ (Messenger RNA: mRNA) และไนโตรเจนออกไซด์ (Nitrogen monoxide) เพิ่มขึ้น เกิดการกระตุ้นเอนไซม์ไซโคลออกซีจีเนส-2 (Cyclooxygenase-2: COX-2) มีผลทำให้การเพิ่มขึ้นของระดับพรอสตาแกลนดินในช่องท้องและในกระแสเลือด มีผลทำให้การบีบตัวของ Jejunal circular muscle ลดลง (Venara et al., 2016)

3) การอักเสบ (Inflammatory factors) ระหว่างผ่าตัดศัลยกรรมมีความจำเป็นในการจับต้องลำไส้และมีการใช้เครื่องมือในการถ่างขยาย ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ได้รับความกระทบกระเทือนเกิดการตอบสนองเฉพาะที่ กระตุ้นให้แมโครฟาจ (Macrophages) เซลล์เม็ดเลือดขาวทั้งโมโนไซต์ (Monocyte) นิวโทรฟิล (Neutrophil) และมาสต์เซลล์ (Mast cell) ของร่างกายเข้ามาในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้เพิ่มขึ้น ชัดขวางการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบลำไส้ (Mazzotta et al., 2020)

2.5.3 ปัจจัยส่งเสริมการเกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

1) ผลของยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anaesthetic) ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายนอกจากจะออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ยังมีผลต่อระบบประสาททางเดินอาหารทำให้การเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง (Zholos et al., 2023)

2) ผลของยาบรรเทาปวด (Narcotic drug) การใช้ยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์จะกระตุ้นโอปิออยด์ รีเซพเตอร์ ที่อยู่ในบริเวณระบบประสาททางเดินอาหาร มีผลทำให้การเคลื่อนไหวลำไส้และการบีบตัวของกระเพาะอาหารลดลง (Mazzotta et al., 2020)

3) ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในกระแสเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่พบได้บ่อย ได้แก่ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ และภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบขึ้นอยู่กับคาร์โบไฮเดรตของแคลเซียมนอกเซลล์ผ่านทางช่องแคลเซียม

(Calcium channel) ซึ่งอาศัยการดูดกลับของโซเดียมและโพแทสเซียม อีกทั้งการดูดกลับของโพแทสเซียมก็ยังเชื่อมโยงกับแมกนีเซียม ดังนั้นหากเกิดความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ที่เกี่ยวข้องกับการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบ จะส่งผลให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง ซึ่งโพแทสเซียมมีหน้าที่ในการควบคุมสมดุลแรงดันของน้ำในเซลล์และนอกเซลล์ หากค่าโพแทสเซียมในกระแสเลือดต่ำ จะส่งผลให้การทำงานของลำไส้ลดลงทำให้เกิดอาการท้องอืด และหากค่าโพแทสเซียมในกระแสเลือดมีระดับสูงมากเกินไปอาจทำให้ลำไส้หยุดการทำงานถาวรได้ (Altman et al., 2019)

4) ความปวด ซึ่งความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลยับยั้งการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืด (Mazzotta et al., 2020)

5) การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ป่วยที่นอนนิ่ง ๆ ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย (Rivas et al., 2022) จะทำให้ขาดการกระตุ้นการบีบรัดของลำไส้ เกิดภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว (Adiamah & Lobo, 2020)

2.5.4 อาการและอาการแสดงของภาวะท้องอืด

ผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดหลังผ่าตัด เป็นผลมาจากการสะสมและไม่ดูดซึมของเหลวและแก๊สในทางเดินอาหาร เกิดจากการจับต้องลำไส้ในระหว่างผ่าตัด ผลจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหรือยาบรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์ ทำให้ระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง ผู้ป่วยจะแสดงอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นอึดอัดท้อง ไม่เรอ ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ และฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรือฟังไม่ได้ยินเสียง (Adiamah & Lobo, 2020)

2.5.5 การประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดตลอด

การประเมินอาการท้องอืดเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในกระบวนการพยาบาล เป็นการค้นหาและวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยเพื่อจัดการกับอาการท้องอืดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถประเมินได้จากการรวบรวมข้อมูลโดยการซักถามผู้ป่วย การสังเกตอาการและการตรวจร่างกาย โดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของอาการท้องอืด จากทบทวนวรรณกรรม มีแบบประเมินอาการท้องอืด ดังนี้

1) แบบประเมินอาการท้องอืดของ สายหยุด วัฒนธัญญกรรม (2529) ที่ใช้ในการศึกษาผลการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดไตและท่อไต โดยเป็นการประเมิน 6 ด้าน คือ ประเมินความรู้สึกอึดอัดท้อง การเรอ การผายลม การประเมินอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้ ประเมินขนาดเส้นรอบท้องสะตือ

2) แบบประเมินอาการท้องอืดของ หนูเพียร ชาทองยศ (2550) ที่ใช้ในการศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไต โดยเป็นการประเมินอาการ

ห้องอืด 5 ด้าน ดังนี้ การประเมินความรู้สึกแน่นอืดอืดท้อง การประเมินการเรอ การประเมินการผายลม การประเมินอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้ การประเมินขนาดเส้นรอบวงของรอบท้องระดับสะดือ

3) แบบประเมินอาการท้องอืดของ เนาวรัตน์ สมศรี (2552) ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลอาการท้องอืดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม โดยเป็นการประเมินอาการท้องอืด 4 ด้าน ดังนี้ การประเมินความรู้สึกแน่นอืดอืดท้อง การประเมินการเรอ การประเมินการผายลม การประเมินอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้

การศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะท้องอืดของ หนูเพียร ซาทองยศ เนื่องจากมีการประเมินที่ครอบคลุมอาการท้องอืด คือ อาการแน่นอืดอืดท้อง ไม่เรอ ไม่ผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง และขนาดช่องท้องที่ขยายขึ้น ซึ่งเป็นการประเมินภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดในช่องท้องซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากที่สุด

2.5.6 การจัดการภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด

การจัดการภาวะท้องอืดมี 2 วิธี คือ การจัดการโดยใช้ยาและไม่ใช้ยาดังต่อไปนี้

2.5.6.1 การจัดการโดยใช้ยา การใช้ยาขับลม การใช้ยาลดกรด และการใช้ยาระบาย

2.5.6.2 จัดการโดยไม่ใช้ยา คือ

1) การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและลุกเดินเร็วหลังผ่าตัด การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและลุกเดินได้เร็วหลังผ่าตัด (Early ambulation) การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นตัวที่ดีขึ้น (Gustafsson et al., 2019) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยนั่งหรือยืนภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และให้ผู้ป่วยเดินภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (สรวิจน์ เจนวนิชสถาพร และจิระพงศ์ อินทรสมพันธ์, 2563) ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด จะกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ฟื้นตัวกลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น (Willner et al., 2023)

2) การให้อาหารเร็ว (Early enteral feeding) การเริ่มอาหารเร็วหลังผ่าตัดช่วยลดระยะเวลาการเกิดอาการท้องอืดได้ ผู้ป่วยควรได้รับการกระตุ้นให้จิบน้ำทันทีเมื่อตื่นรู้สึกตัวดีและไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังกลับจากห้องผ่าตัด และสามารถเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้ภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Gustafsson et al., 2019)

3) การเคี้ยวหมากฝรั่ง เป็นวิธีการให้อาหารหลอก (Sham feeding) ซึ่งจะกระตุ้นเซฟาสิก-เวกัล รีเฟล็กซ์ (Cephalic-vagal Reflex) ผ่านทางกลไกที่คล้ายกับการรับประทานอาหารทางปาก ทำให้ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กส่วนต้น กระเพาะอาหาร และทวารหนัก และ ลดความเสี่ยงของการอาเจียนและสำลัก (Gungorduk & Ozdemir, 2021)

4) การฝังเข็มและการนวดกดจุด จะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติผ่านระบบประสาทเวกัส (Vagus nerve) ซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร โดยการปรับการปลดปล่อยฮอร์โมนต่าง ๆ ในระบบทางเดินอาหาร (Gungorduk & Ozdemir, 2021)

สรุป

จากสถานการณ์ปัจจุบันของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เพิ่มสูงขึ้นและผลกระทบภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีผลกระทบหลายด้าน เช่น ความปวดหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน ท้องอืด อารมณ์ การดูแลตนเอง รวมไปถึงคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด การพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องถือเป็นบทบาทสำคัญในการที่จะดูแลและส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดลดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มภาวะความสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพราะฉะนั้นการส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยไปลดปัจจัยที่มีผลต่อความสบาย ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมความสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยการใช้แนวคิดทฤษฎีความสบายมาประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสบายในทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริม ลดระยะเวลาการลุกเดินจากเตียง โดยเร็ว ลดอาการความปวดของมารดา ลดภาวะภาวะท้องอืด ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การนำทฤษฎีความสบายมาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขสบายมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อนำผลศึกษาไปเป็นแนวทางในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและพัฒนากิจกรรมการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบมีการศึกษาสองกลุ่มมีการวัดผลหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ความปวด และภาวะท้องอืด

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบมีการศึกษาสองกลุ่ม ได้แก่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*POWER (Version 3.1) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มละ 51 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันอัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำวิจัย (Polit & Beck, 2022) เป็นเพิ่มกลุ่มละ 8 ราย ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 59 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 59 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 118 ราย สุ่มโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ มีการวัดผลหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายต่อระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ความปวด และภาวะท้องอืด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

	ก่อนผ่าตัดคลอด	กลับจากห้องผ่าตัด	หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง	หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง
กลุ่มทดลอง	X	X	O ₁	X O ₂
กลุ่มควบคุม			O ₁	O ₂

**กำหนดให้

- X หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- O₁ หมายถึง ความสุขสบาย ระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัด ความปวด ภาวะท้องอืดภายหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง
- O₂ หมายถึง ความสุขสบาย ระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัด ความปวด ภาวะท้องอืดภายหลังผ่าตัดคลอด 48 ชั่วโมง

3.2 กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและแพทย์มีการวางแผนให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป มาคลอดที่โรงพยาบาลบรบือผู้วิจัยเลือกกลุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling โดยมีคุณสมบัติดังนี้

3.2.2.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

- 1) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย
- 2) มีอายุ 20 ขึ้นไป
- 3) วางแผนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลบรบือ
- 4) ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง
- 5) ไม่มีภาวะครรภ์แฝด
- 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.2.2.2 เกณฑ์ในการพิจารณาตัดออก (exclusion criteria)

- 1) เสียเลือดหลังผ่าตัด 1,000 มิลลิลิตร ขึ้นไป
- 2) ต้องตัดมดลูกหลังผ่าตัดคลอด
- 3) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดวินิจฉัยว่าเป็นการผ่าตัดที่ไม่เป็นไปตามปกติ
- 4) ทารกเจ็บป่วยต้องได้แยกมารดา

3.2.3 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size estimation)

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*POWER (Version 3.1) ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สถิติ t – test เลือก One tail กำหนดขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (Effect size) เท่ากับ 0.5 ระดับกลาง (Polit & Beck, 2021) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power analysis) 0.8 กำหนดระดับนัยสำคัญ (Significant level) ที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มละ 51 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันอัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำวิจัย (Polit & Beck, 2022) เป็นเพิ่มกลุ่มละ 8 ราย ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 59 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 59 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 118 ราย

3.2.4 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 118 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 59 ราย และกลุ่มทดลอง 59 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมครบแล้วเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระดับความปวด และภาวะท้องอืด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คู่มือส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีความสุขสบาย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อลดระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง บรรเทาระดับความปวด และลดภาวะท้องอืด โดยได้โปรแกรมดังนี้

3.3.1.1 โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีความสุขสบายของโคคาบา (Kolcaba, 2015) ให้เข้ากับบริบทในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิได้โปรแกรมดังต่อไปนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

- 1) สร้างสัมพันธภาพมารดาต่อผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ห้องรอคลอดและญาติ
- 2) อธิบายขั้นตอนและวิธีการส่งเสริมความสุขสบายมารดาหลังผ่าตัดคลอดโดยเน้นส่งเสริมให้มารดาลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และให้คู่มือส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื้อหา ได้แก่ การส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องให้กลุ่มทดลองทั้งมารดาและญาติ

ระยะหลังผ่าตัด

- 1) ส่งเสริมความสุขสบายด้านร่างกาย (physical comfort) เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับ

1.1) การบรรเทาปวดและเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม โดยให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยให้ยาตามแผนการรักษา

1.2) ส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังนี้ ประเมินความพร้อมและข้อจำกัดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เมื่อมารดาพร้อมดูแลกระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องบริหารการหายใจโดยหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ ให้ท้องป่อง กลั้นไว้ชั่วขณะหนึ่งแล้วจึงหายใจออกทำต่อเนื่องเป็นเวลา 5 นาทีแล้วพักหายใจปกติ แล้วทำซ้ำอีกรอบทุกชั่วโมง หลังคลอด 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องดูแลกระตุ้นให้มารดาลุกนั่งและนั่งห้อยขาข้างเตียง เท่าที่ทำได้ หลังคลอด 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องดูแลกระตุ้นให้มารดาลุกจากเตียงนั่งข้างเก้าอี้ หลังคลอด 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องดูแลกระตุ้นให้มารดาลุกเดินไปทำความสะอาดร่างกายและเดินไปรับประทานอาหาร หลังคลอด 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องดูแลกระตุ้นให้มารดาลุกเดินไปทำความสะอาดร่างกายและเดินไปรับประทานอาหารและลุกเดินเพิ่ม 2 รอบต่อวัน

1.3) ตอบสนองความต้องการพื้นฐานซึ่งมีกิจกรรมดังนี้ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอ สนับสนุนให้มารดาได้ทำกิจวัตรประจำวันอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลการขับถ่ายให้กระเพาะปัสสาวะ

2) ส่งเสริมความสุขสบายด้านจิตวิญญาณ (psychospiritual comfort) โดย ให้ข้อมูลลดความวิตกกังวล ให้ข้อมูลจากคู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมการให้นมบุตร ช่วยเหลือมารดาในการให้นมบุตร ดูแลให้มารดาให้นมบุตรอย่างถูกวิธี อาบน้ำบุตร

3) เสริมความสุขสบายด้านสังคม (sociocultural comfort) โดยให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ให้บุคคลในครอบครัวเข้ามาช่วยเหลือกิจกรรมมารดาหลังคลอดและคอยดูแลบุตรช่วยมารดา ส่งเสริมการปรับบทบาทการเป็นมารดาโดยให้สามีและคนในครอบครัวคอยสนับสนุนมารดาหลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยอยู่คอยสนับสนุนช่วยเหลือกิจกรรมมารดาหลังคลอดหลังผ่าตัด 5 - 12 ชั่วโมงแรก

4) ส่งเสริมความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (environmental comfort) จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนมีผ้าม่านปิด มีความสะอาดสงบ สบาย อากาศถ่ายเท ให้มารดาบุตรอยู่ด้วยกัน และมีครอบครัวคอยดูแลส่งเสริมมารดาหลังคลอด

3.3.1.2 คู่มือส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เป็นคำแนะนำให้มารดาหลังคลอดและญาติในการส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซึ่งเนื้อหาจะประกอบไปด้วย การเปลี่ยนแปลงร่างกายในมารดา

หลังคลอด การส่งเสริมความสุขสบายในด้านร่างกาย การส่งเสริมความสุขสบายในด้านจิตวิญญาณ การส่งเสริมความสุขสบายในด้านสังคม และการส่งเสริมความสุขสบายในด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการคลอด แบบสอบถามความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบบบันทึกระยะเวลาในการลุกเดินของมารดาหลังคลอด แบบประเมินระดับความปวดแผล ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบบประเมินอาการท้องอืด มีรายละเอียดดังนี้

3.3.2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีทั้งหมด 17 ข้อ เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ อายุครรภ์ จำนวนครั้งที่คลอด ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ รูปแบบระดับความรู้สึกลักษณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ลักษณะการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัด ชนิดและยาแก้ปวดที่ได้รับ เวลาการเกิดของทารก น้ำหนักทารก

3.3.2.2 แบบสอบถามความสุขสบายมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยใช้แบบประเมินความสุขสบายที่ดัดแปลงมาจาก จันทรย์ภักดิ์ ศรีแก้ว (2557) โดยศึกษาผลของโปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นแบบสอบถามความสุขสบายมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพัฒนามาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีความสุขสบายของคอลลาคา เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ให้คะแนนของมาตวัดจาก 0 – 4 โดยเรียงคำตอบในทางลบน้อยที่สุดไปยังคำถามทางบวกมากที่สุด หากเป็นคำตอบเชิงลบจะให้คะแนนตรงข้ามกับคำตอบเชิงบวก ประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 34 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

- | | |
|-------------------------------------|--------------|
| 1) ความสุขสบายด้านร่างกาย | จำนวน 9 ข้อ |
| 2) ความสุขสบายด้านจิตใจ - จิตวิญญาณ | จำนวน 12 ข้อ |
| 3) ความสุขสบายด้านสังคมและวัฒนธรรม | จำนวน 4 ข้อ |
| 4) ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม | จำนวน 9 ข้อ |

โดยกำหนดค่าคะแนนระดับความรู้สึกของมารดาหนึ่งผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมี 5 ระดับ คือ ไม่เลย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยกำหนดค่าคะแนนดังนี้

- | | | |
|---------|---------|-------------------------|
| 4 คะแนน | หมายถึง | มีความสุขสบายมากที่สุด |
| 3 คะแนน | หมายถึง | มีความสุขสบายมาก |
| 2 คะแนน | หมายถึง | มีความสุขสบายปานกลาง |
| 1 คะแนน | หมายถึง | มีความสุขสบายน้อย |
| 0 คะแนน | หมายถึง | มีความสุขสบายน้อยที่สุด |

3.3.2.3 แบบบันทึกระยะเวลาในการลุกเดินของมารดาหลังคลอด เป็นแบบสังเกตโดยลงบันทึกเวลาเป็นชั่วโมงโดยนับตั้งแต่ออกจากห้องผ่าตัดจนถึงเวลาที่มารดาหลังผ่าตัดคลออดทางหน้าท้องลุกเดินออกจากเตียงครั้งแรก

3.3.2.4. แบบประเมินความปวดแผลผ่าตัดคลออดทางหน้าท้อง ใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS) ซึ่งสร้างโดย McCaffery and Beebe (1993) โดยมี ศุภรดา มั่นยืน และคณะ (2020) มาปรับใช้เป็นภาษาไทยในการทำการศึกษากับผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง และผู้วิจัยได้นำมาปรับใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลออดทางหน้าท้องเป็นเครื่องมือในการประเมินระดับความปวด โดยมาตรวัดแบ่งเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 คะแนนหมายถึงปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ การแปลความหมายของความปวดมีดังนี้

- | | | |
|---------------|---------|--------------|
| 1) 0 คะแนน | หมายถึง | ไม่มีความปวด |
| 2) 1-3 คะแนน | หมายถึง | ปวดเล็กน้อย |
| 3) 4-6 คะแนน | หมายถึง | ปวดปานกลาง |
| 4) 7-10 คะแนน | หมายถึง | ปวดมาก |

3.3.2.5 แบบประเมินอาการท้องอืด ใช้แบบประเมินอาการท้องอืดของ หนูเพียรซาทองยศ (2550) ที่สร้างขึ้นมาเพื่อใช้ในการศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัด นิวไนด์ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ดังต่อไปนี้

1) เกณฑ์การประเมินความรู้สึกแน่นอืดอืดท้อง ประเมินเกณฑ์การประเมินความรู้สึกปวดแน่นอืดอืดท้อง โดยให้ผู้ป่วยบอกคะแนนตามความรุนแรงของความรู้สึกปวดแน่นอืดอืดท้องในขณะนั้น แยกจากความปวดจากแผลผ่าตัด ใช้เครื่องมือประเมินแบบ Verbal numerical rating scale บอกคะแนนไม่รู้สึกแน่นอืดอืดท้อง ถึงรู้สึกแน่นอืดอืดท้องมาก ตามเกณฑ์คะแนน 1 - 5 คะแนน

- รู้สึกแน่นอืดอืดท้องมากจนหายใจไม่ออก เท่ากับ 4 คะแนน
- รู้สึกแน่นอืดอืดท้องปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน
- รู้สึกแน่นอืดอืดท้องเล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน
- รู้สึกไม่แน่นอืดอืดท้อง เท่ากับ 1 คะแนน

2) เกณฑ์การประเมินการเรอ ทำการประเมินโดยสอบถามผู้ป่วย ตามจำนวนครั้ง ของการเรอ ใน 4 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- ไม่มีการเรอ ใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 4 คะแนน
- มีการเรอ 1 ครั้งใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 3 คะแนน
- มีการเรอ 2 ครั้งใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 2 คะแนน
- มีการเรอ 3 ครั้งขึ้นไปใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 1 คะแนน

3) เกณฑ์การประเมินการหายใจ การประเมินโดยการสอบถามผู้ป่วย ตาม จำนวนครั้งของการหายใจ ใน 4 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- ไม่มีการหายใจ ใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 4 คะแนน
- มีการหายใจ 1 ครั้งใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 3 คะแนน
- มีการหายใจ 2 ครั้งใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 2 คะแนน
- มีการหายใจ 3 ครั้งขึ้นไปใน 4 ชั่วโมง เท่ากับ 1 คะแนน

4) เกณฑ์การประเมินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ประเมินจากการฟัง เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้บริเวณหน้าท้องในส่วนต่างๆ 4 ตำแหน่ง โดยเริ่มจากบริเวณใต้ระดับสะดือ ด้านขวา เหนือระดับสะดือด้านขวา เหนือระดับสะดือด้านซ้าย และใต้ระดับสะดือด้านซ้าย ตามลำดับ โดยฟังตำแหน่งละ 1 นาที รวม 4 นาที หลังจากนั้นคำนวณอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้ เป็นจำนวน ครั้งต่อนาที ซึ่งการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง (Stethoscope) อันเดียวกันในการประเมินผู้ป่วยทุกครั้ง และใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง (Stethoscope) อันเดียวกันในการประเมินผู้ป่วยทุกราย แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- ไม่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ เท่ากับ 4 คะแนน
- มีการเคลื่อนไหวลำไส้ น้อยกว่า 3 ครั้ง/นาที เท่ากับ 3 คะแนน
- มีการเคลื่อนไหวลำไส้ 3-5 ครั้ง/นาที เท่ากับ 2 คะแนน
- มีการเคลื่อนไหวลำไส้มากกว่า 5 ครั้ง/นาที เท่ากับ 1 คะแนน

5) เกณฑ์การประเมินขนาดเส้นรอบวงของรอบท้องระดับสะดือ ประเมินได้ จาก การใช้สายวัดรอบท้อง โดยวัดผ่านระดับสะดือ ภายหลังจากผู้ป่วยหายใจออกเต็มที่ แล้วกลืนไว้เพื่อ ตรวจสอบอาการท้องอืด โดยเปรียบเทียบกับเส้นรอบวงของรอบท้องตามปกติของมารดาหลังคลอด รู้สึกตัวดี แบ่ง คะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- เพิ่มจากปกติ > 6.1 เซนติเมตร เท่ากับ 4 คะแนน
- เพิ่มจากปกติ 4.1-6.0 เซนติเมตร เท่ากับ 3 คะแนน
- เพิ่มจากปกติ 2.1-4.0 เซนติเมตร เท่ากับ 2 คะแนน
- เพิ่มจากปกติ < 2.0 เซนติเมตร เท่ากับ 1 คะแนน

การแปลความหมายของอาการท้องอืดมีดังนี้ นำผลของการประเมินอาการท้องอืดทั้ง 5 เกณฑ์ โดยนำคะแนนมารวมกัน แบ่งระดับของ อาการท้องอืดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน เท่ากับ ไม่มีอาการท้องอืด
- 2) คะแนนระหว่าง 5.01-10.00 คะแนน เท่ากับ มีอาการท้องอืดเล็กน้อย

- 3) คะแนนระหว่าง 10.01-15.00 คะแนน เท่ากับ มีอาการท้องอืดปานกลาง
- 4) คะแนนมากกว่า 15.00 คะแนน เท่ากับ มีอาการท้องอืดมาก

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และคู่มือส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกระยะเวลาในการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ไปเสนอผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่

- อาจารย์แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านสูติศาสตร์ 2 ท่าน
- อาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านผดุงครรภ์ 2 ท่าน
- พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอด 1 ท่าน

เพื่อทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษาถูกต้อง ระยะเวลาในการดำเนินงานกิจกรรม และความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

3.4.2 การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยจะนำแบบประเมินความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และ แบบประเมินอาการท้องอืด ไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบประเมินความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ 0.85 เป็นที่ยอมรับ (Devellis, 2012) แบบประเมินอาการท้องอืด ได้ 0.87 เป็นที่ยอมรับ (Devellis, 2012)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความปวดมาตรวัดตัวเลขไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย โดยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest for reliability) วัดความปวดหลังผ่าตัดห่างกัน 15 นาที หลังจากนั้นนำคะแนนความปวดจากการวัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 หาความสัมพันธ์ด้วยการคำนวณหาค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) พบว่า แบบประเมินความปวดมาตรวัดตัวเลข ได้ค่า $r = .80$ แสดงว่าแบบประเมินความปวดมาตรวัดตัวเลขมีความเที่ยง

3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 118 คน โดยมี 2 ระยะ คือ การเตรียมการทดลอง และการดำเนินเนินการทดลอง ดังนี้

3.5.1 ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง

3.5.1.1 เมื่อผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเรียบร้อยแล้ว ทำหนังสือขอพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์ขอดำเนินการทำวิจัยและเก็บข้อมูลการทำวิจัยชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ของการดำเนินการทำวิจัย เลขที่รับรอง 710-656/2567

3.5.1.2 ประสานงานขอเก็บข้อมูลการวิจัยไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

3.5.1.3 ชี้แจงรายละเอียดในการวิจัยให้พยาบาลห้องคลอดและหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลบรบือทราบ

3.5.2 ขั้นตอนการทดลอง

3.5.2.1 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยหลังการดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ให้มารดาหลังคลอดคิดพิจารณาก่อนลงชื่อเพื่อร่วมวิจัยโดยมารดาหลังคลอดสอบถามข้อมูลจนเข้าใจและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดตามมาตรฐานการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคามซึ่งมีกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

- 1) การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 24 ชั่วโมงแรก ดังนี้
 - 1.1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว พร้อมทั้งเฝ้าระวังและติดตามสัญญาณชีพ รวมถึงระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
 - 1.2) ให้การพยาบาลโดยให้ออกซิเจนผ่านหน้ากากชนิดมีถุงสำรอง (O2 Mask with Bag) อัตรา 10 ลิตร/นาที ต่อเนื่องเป็นเวลา 30 นาที
 - 1.3) ดูแลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการกั้นเตียงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ญาติในการดูแลอย่างเหมาะสม
 - 1.4) งดน้ำและอาหารทางปากตามแผนการรักษาของแพทย์
 - 1.5) ให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา

1.6) ประเมินระดับความปวดและให้การดูแลเพื่อบรรเทาความปวดบริเวณแผลผ่าตัด

1.7) ส่งเสริมและฝึกทักษะการให้นมบุตรในท่านอนอย่างถูกวิธี โดยมีพยาบาลให้ความช่วยเหลือ พร้อมทั้งประเมินลักษณะของเต้านม หัวนม และการหลั่งน้ำนม

1.8) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดคลอด และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรระวัง

2) การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหลัง 24 ชั่วโมง ดังนี้

2.1) วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

2.2) สังเกตอาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น ไข้ ชีต เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นท้อง หรืออาการท้องอืด กรณีพบความผิดปกติหรือสงสัยภาวะแทรกซ้อน ให้รายงานแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.3) ตรวจสอบวัดค่าความเข้มข้นของเลือดโดยให้ผลอยู่ในเกณฑ์มากกว่า 28% และในกรณีที่มารดาเป็นเบาหวานให้ตรวจน้ำตาลในเลือด

2.4) ประเมินการหดตัวของมดลูก พร้อมทั้งสังเกตลักษณะ สี ปริมาณ และกลิ่นของน้ำคาวปลา

2.5) ประเมินระดับความปวดแผลผ่าตัดและให้การดูแลเพื่อบรรเทาความปวดตามแนวทางที่กำหนด

2.6) ดูแลการรับประทานอาหาร โดยวันที่หนึ่งหลังผ่าตัดให้ดื่มน้ำและอาหารทางปาก วันที่สองเริ่มจิบน้ำในช่วงเช้า รับประทานอาหารอ่อนในมือกลางวันและเย็น และในวันที่สามเริ่มให้อาหารธรรมดา พร้อมทั้งสังเกตอาการท้องอืด

2.7) กระตุ้นให้เปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อชุ่ม และให้อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อส่งเสริมสุขอนามัย

2.8) กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย (Ambulation) ตั้งแต่วันที่สองภายหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนพักนานเกินไป

2.9) ส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และส่งเสริมการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

2.10) ให้คำแนะนำและฝึกทักษะการให้นมบุตรอย่างถูกวิธี

2.11) ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น Obimin AZ
รับประทานวันละ 1 เม็ดหลังอาหาร และ Paracetamol ขนาด 500 มิลลิกรัม รับประทานเมื่อมี
อาการปวด ทุก 4–6 ชั่วโมง

2.12) วางแผนการจำหน่าย โดยให้คำแนะนำและฝึกทักษะต่าง ๆ
เช่น การให้นมบุตร การอาบน้ำทารก การเช็ดตา เช็ดสะดือ การดูแลทารก การส่งเสริมพัฒนาการ
วัคซีนที่จำเป็น และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบพบแพทย์

2.14) ให้คำปรึกษาด้านการวางแผนครอบครัว โดยสอบถามความ
ต้องการและให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม

สังเกตระยะเวลาในการลุกเดินออกจากเตียงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
ความปวด ภาวะท้องอืด หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 24 และ 48 ชั่วโมง หลังจากกลุ่มควบคุม
ได้รับการประเมิน 48 ชั่วโมง ผู้วิจัยมอบคู่มือความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องให้กับกลุ่ม
ควบคุม

3.5.2.2 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนที่ 1

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซึ่ง
แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยหลังการดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ให้มารดา
หลังคลอดคิดพิจารณาก่อนลงชื่อเพื่อร่วมวิจัยโดยมารดาหลังคลอดสอบถามข้อมูลจนเข้าใจ วิจัยได้
ชี้แจงสิทธิที่ได้รับในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) สิทธิประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ไม่มี
การบังคับ ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล ผู้ร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย
หรือขอยกเลิกข้อมูลที่ให้ไว้ในการศึกษาครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมวิจัย

2) สิทธิในการปกปิดชื่อไม่ให้ปรากฏ ซึ่งการนำเสนอหรืออภิปราย
ข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการอ้างอิงที่สืบค้นไปยังผู้ร่วมวิจัยได้

3) หลังจากอาสาสมัครวิจัยรับทราบข้อมูล โดยเอกสารและการ
อธิบายอย่างชัดเจนแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสอบถามข้อสงสัยแล้ว มีการให้เวลาการ
ตัดสินใจที่จะเข้าร่วม ไม่มีการบังคับ

4) ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้นำมาเพื่อใช้ประโยชน์ทาง
การศึกษาเท่านั้น ไม่ถูกเปิดเผย และไม่ระบุชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล โดยนำเสนอข้อมูลภาพรวม

5) กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือยกเลิกในการจะให้ข้อมูลได้ทุก
ครั้ง โดยไม่เสียประโยชน์ใดๆ หากไม่พึงประสงค์ที่จะให้ข้อมูลต่อไป

ขั้นตอนที่ 2

เยี่ยมมารดาเตรียมผ่าตัดคลอดที่ห้องคลอด ประเมินสุขภาพมารดา อธิบายถึงการส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องให้มารดาหลังคลอดและญาติทราบ ให้คู่มือส่งเสริมความสุขสบายมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อให้ได้บททวนด้วยตนเองได้ ตลอด เข้ากลุ่มมารดาเตรียมผ่าตัด ผักทักชะเคการหายใจหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ขั้นตอนที่ 3

1) เยี่ยมมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเมื่อกลับจากห้องผ่าตัดเพื่อประเมินความพร้อมในการร่วมวิจัย และคอยดูแลช่วยเหลือกิจกรรมมารดาหลังผ่าตัดคลอดอย่างใกล้ชิด อยู่ช่วยเหลือกิจกรรมและส่งเสริมมารดาหลังผ่าตัดคลอดหลังผ่าตัด 5 - 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

2) 5 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดูแลความสุขสบายตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นดังนี้

2.1) ส่งเสริมความสุขสบายด้านร่างกาย (physical comfort) มุ่งเน้นการบรรเทาปวดและเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม โดยให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ประเมินความพร้อมและข้อจำกัดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องดูแลกระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องบริหารการหายใจโดยหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ ให้ท้องป่อง กลั้นไว้ชั่วขณะหนึ่งแล้วจึงหายใจออกทำต่อเนื่องเป็นเวลา 5 นาทีแล้วพักหายใจปกติ แล้วทำซ้ำอีกรอบทุกชั่วโมง ตอบสนองความต้องการพื้นฐานซึ่งมีกิจกรรมดังนี้ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอ สนับสนุนให้มารดาได้ทำกิจวัตรประจำวันอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลการขับถ่ายให้กระเพาะปัสสาวะ

2.2) ส่งเสริมความสุขสบายด้านจิตวิญญาณ (psychospiritual comfort) โดยให้ข้อมูลลดความวิตกกังวล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่จะเกิดขึ้น ให้กำลังใจ ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด เตรียมความพร้อมมารดาในการให้นมบุตร ผักทักชะแนะนำการให้นมบุตรอย่างถูกวิธี อาบน้ำบุตร ส่งเสริมการปรับบทบาทการเป็นมารดา

2.3) ส่งเสริมความสุขสบายด้านสังคม (sociocultural comfort) แจ้างแผนการรักษาและให้เหตุผลในการให้การพยาบาลโดยให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ให้บุคคลในครอบครัวคอยช่วยเหลือกิจกรรมของมารดาและช่วยมารดาดูแลบุตร

2.4) ส่งเสริมความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (environmental comfort) จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนมีผ้าม่านปิด มีความสะดวกสบาย สะอาดสงบ อากาศถ่ายเท ให้มารดาบุตรอยู่ด้วยกัน และมีครอบครัวคอยดูแลส่งเสริมมารดาหลังคลอด

3) การพยาบาล 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดดูแลกระตุ้นให้มารดาลุกนั่ง และนั่งห้อยขาข้างเดียว เท่าที่ทำได้ โดยมีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนและให้กำลังใจมารดา หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

4) การพยาบาล 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องดูแล กระตุ้นให้มารดาลุกจากเตียงนั่งข้างเก้าอี้โดยมีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

5) เยี่ยม 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องดูแลกระตุ้นให้ มารดาลุกเดินไปทำความสะอาดร่างกายและเดินไปรับประทานอาหารและลุกเดินเพิ่ม 2 รอบต่อวัน โดยมีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนและให้กำลังใจมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พร้อม ประเมินความปวด ภาวะท้องอืด ความสุขสบาย

6) เยี่ยม 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องดูแลกระตุ้นให้ มารดาลุกเดินไปทำความสะอาดร่างกายและเดินไปรับประทานอาหารและลุกเดินเพิ่ม 2 รอบต่อวัน พร้อมประเมินความปวด ภาวะท้องอืด ความสุขสบาย

3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายใน มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง (Vulnerability) เนื่องจาก สภาพร่างกายและจิตใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความอ่อนแอมีความเสี่ยงสูงที่จะ ถูกชักจูง ครอบงำ และคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ผู้วิจัยต้องมีการประสาน การขอความร่วมมือหรือขอข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ทำการวิจัยด้วยความ ระมัดระวังตามหลักวิชาการอย่างรัดกุม อีกทั้งต้องมีความถูกต้องและมีคุณธรรมตามหลักในการวิจัย เพื่อลดอันตรายที่กระทบกลุ่มตัวอย่างให้น้อยที่สุด และต้องก่อความเสี่ยงไม่เกิน minimal risk เพื่อให้ ผลงานมีคุณค่า มีคุณภาพ สามารถนำไปต่อยอด ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาพของมารดาหลัง ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้เป็นอย่างดี ตลอดจนสามารถนำผลงานไปตีพิมพ์หรือนำเสนอได้ การวิจัย ครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยตั้งแต่เริ่มทำการวิจัยตลอดจนการเสนองานวิจัย

พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

3.6.1 ผู้วิจัยผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยและจะขอพิจารณาอนุมัติโครงสร้างและ เครื่องมือจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ รับรอง 710-656/2567

3.6.2 มีการขออนุมัติผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับ เพื่อขออนุญาตศึกษาข้อมูล เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ

3.6.3 มีเอกสารแสดงตัว ชื่อที่อยู่ของผู้วิจัย มีการให้เบอร์โทรศัพท์แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้สามารถติดต่อสอบถาม ข้อข้องใจ หรือปรึกษาปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ได้

3.6.4 ไม่กระทำการคุกคามหรือทำให้ผู้ถูกวิจัยรู้สึกไม่สุขสบาย เป็นหนี้บุญคุณ รมัตระวังกิริยามารยาทหรือการแสดงออกที่อาจก่อผลเชิงลบ และหลีกเลี่ยงคำถามที่อ่อนไหวหรือกระทบต่อความรู้สึก หรือความเชื่อ/วัฒนธรรม

3.6.5 สร้างความมั่นใจให้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ร่วมการศึกษาว่า การศึกษาครั้งนี้ เป็นประโยชน์ต่อส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และไม่กระทบในรายบุคคล เนื่องจาก

3.6.5.1 มีการวางแผนและดำเนินกระบวนการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัยอย่างเคร่งครัด รัดกุม และคำนึงถึงสิทธิ ประโยชน์ที่จะได้รับอย่างเป็นธรรมความเสมอภาค โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มทำให้ทุกคนมีโอกาสได้เป็นกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน

3.6.5.2 ทีมวิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยมีเอกสารชี้แจง และหนังสือแสดงความยินยอมให้เข้าร่วมโดยสมัครใจ เพื่อกกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และอธิบายหรือตอบข้อซักถามจนทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี

3.6.5.3 ผู้วิจัยได้ชี้แจงสิทธิที่ได้รับในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) สิทธิประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ซึ่งไม่มี

ผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยหรือขอยกเลิกข้อมูลที่ให้ไว้ในการศึกษาครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

2) สิทธิในการปกปิดชื่อไม่ให้ปรากฏ ซึ่งการนำเสนอหรืออภิปรายข้อมูลเป็นการ

นำเสนอในภาพรวม ไม่มีการอ้างอิงที่สืบค้นไปยังผู้ร่วมวิจัยได้

3) หลังจากอาสาสมัครวิจัยรับทราบข้อมูล โดยเอกสารและการอธิบายอย่างชัดเจนแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสอบถามข้อสงสัยแล้ว มีการให้เวลาการตัดสินใจที่จะเข้าร่วม ไม่มีการบังคับ

4) ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้นำมาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ไม่ถูกเปิดเผย และไม่ระบุชื่อบุคคลที่ให้ข้อมูล โดยนำเสนอข้อมูลภาพรวม

5) กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือยกเลิกในการจะให้ข้อมูลได้ทุกครั้ง โดยไม่เสีย

ประโยชน์ใดๆหากไม่พึงประสงค์ที่จะให้ข้อมูลต่อไป

3.6.5.4 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล มีความรู้ความสามารถหรือเข้าใจบริบทในประเด็น การวิจัย มีทักษะในการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ ทำให้ข้อมูลมีคุณภาพ มีความเป็นกลาง

3.6.5.5 มีการป้องกันและเก็บรักษาความลับอย่างเต็มที่ ได้แก่

1) การไม่ระบุชื่อ นามสกุลในแบบสอบถาม แต่ใช้รหัสและมีคู่มือรหัส โดย เก็บไว้คนละแห่งกับข้อมูล

2) มีผู้สำหรับเก็บข้อมูลและใส่กุญแจไว้ โดยมีลูกกุญแจเฉพาะทีมที่เกี่ยวข้อง เท่านั้น

3) มีเครื่องมือ อุปกรณ์เฉพาะการบันทึกหรือวิเคราะห์ข้อมูล โดยไม่เกี่ยวข้องกับ งานอื่นไม่สามารถเชื่อมโยงกับระบบอื่นได้ และตั้งรหัสการเข้าสู่ระบบด้วยค่าที่มีระดับความ ปลดถ้อยสูง รวมทั้งจัดสถานที่สำหรับทำงานที่เฉพาะเท่าที่จะเป็นไปได้

4) ไม่ให้มีการยืม/นำเอกสารที่มีการบันทึกออกนอกพื้นที่

3.6.5.6 การวิเคราะห์ ดีความและนำเสนอผลการศึกษาในข้อมูลเชิงปริมาณ จะ ดำเนินการในภาพรวม ไม่ระบุตัวตนหรือที่อยู่หรือเอกลักษณ์ ที่ทำให้สามารถเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลได้ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้นามสมมติแทน

3.6.5.7 มีการเก็บรักษาข้อมูลดิบไว้ และทำลายข้อมูลเมื่อได้รายงานผลการวิจัยครบ กำหนด 3 ปี

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง 118 รายมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิงโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

3.7.1 วิเคราะห์จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทาง สถิติศาสตร์ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ข้อมูลทางสุติกรรม ได้แก่ อายุครรภ์ วิธีการคลอดที่ผ่านมา ประวัติแท้งบุตร ประวัติการชูดมดลูก รูปแบบระดับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอด ทางหน้าท้อง ลักษณะการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือด การได้รับยาแก้ปวดใน 24 ชั่วโมงแรก น้ำหนัก ทารก

3.7.2 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ใช้ใน การผ่าตัด

3.7.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการ รักษา อายุครรภ์ วิธีการคลอดที่ผ่านมา ประวัติแท้งบุตร ประวัติการชูดมดลูก รูปแบบระดับความรู้สึก ขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ลักษณะการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดระหว่าง การได้รับยาแก้ปวด

ใน 24 ชั่วโมงแรก น้ำหนักทารก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

3.7.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการผ่าตัด กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (Independent t-test)

3.7.5 ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลของ ความสุขสบาย ระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ความปวด ภาวะท้องอืด ในกลุ่มตัวอย่างด้วย Kolmogorov – Smirnov test ถ้าค่านัยสำคัญที่คำนวณได้มากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($p > .05$) พบว่า คะแนนความสุขสบายแจกแจงปกติ ระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็วแจกแจงไม่ปกติ คะแนนความปวดแจกแจงปกติ คะแนนภาวะท้องอืดแจกแจงปกติ

3.7.6 เปรียบเทียบ คะแนนความสุขสบาย คะแนนความปวด คะแนนภาวะท้องอืดความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t-test

3.7.7 เปรียบเทียบระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ววิเคราะห์โดยใช้สถิติ Non-parametric statistics ใช้สถิติ Mann-Whitney U - test



มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและแพทย์มีการวางแผนให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป มาคลอดที่โรงพยาบาลบรบือ

กลุ่มตัวอย่าง 118 ราย

กลุ่มควบคุม 59 ราย

กลุ่มทดลอง 59 ราย

การพยาบาลปกติ 24 ชั่วโมงแรก
- ประเมินอาการ สังเกต
ภาวะแทรกซ้อนจากผ่าตัดคลอด
- ดูแลให้ยาแก้ปวด และสารน้ำตาม
แผนการรักษา

**โปรแกรมส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
ระยะก่อนผ่าตัด**
1. สร้างสัมพันธภาพ
2. อธิบายขั้นตอนและวิธีการให้คู่มือทั้งมารดาและญาติ

การประเมินหลังคลอด 24 ชั่วโมง
- ความปวด
- ภาวะท้องอืด
- ระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว
- ความสุขสบาย

การพยาบาลปกติ 24 ชั่วโมงแรก
- ประเมินอาการ สังเกต
ภาวะแทรกซ้อนจากผ่าตัดคลอด
- ดูแลให้ยาแก้ปวด และสารน้ำตาม
แผนการรักษา

ส่งเสริมความสบาย 24 ชั่วโมงแรก
1. ส่งเสริมความสบายด้านร่างกาย ได้แก่ เริ่มฝึกหายใจ 8 ชั่วโมงให้ลูกนั่ง 12 ชั่วโมงให้ลูกจากเตียง
2. ส่งเสริมความสบายด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่จะเกิดขึ้น ให้กำลังใจ ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเตรียมความพร้อมมารดาในการให้นมบุตร
3. ส่งเสริมความสบายด้านสังคม แจกแผนการรักษาและให้เหตุผลในการให้การพยาบาล โดยให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ให้ญาติอยู่กับมารดาคอยช่วยเหลือกิจกรรมของมารดา ส่งเสริมการปรับบทบาทการเป็นมารดา
4. ส่งเสริมความสบายด้านสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนมีผ้าม่านปิด มีความสะอาดสงบ สบาย อบอุ่น ปลอดภัย ให้มารดาบุตรอยู่ด้วยกัน

การพยาบาลปกติ 24 - 48 ชั่วโมง
- ประเมินอาการ สังเกตอาการผิดปกติ
- จัดการความปวด
- กระตุ้น Ambulation หลังผ่าตัดวันที่ 2
- ให้คำแนะนำและฝึกทักษะการให้นมบุตร

การประเมินหลังคลอด 24 ชั่วโมง
- ความปวด
- ภาวะท้องอืด
- ระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว
- ความสุขสบาย

ส่งเสริมความสบาย 24 - 48 ชั่วโมง
1. ส่งเสริมความสบายด้านร่างกาย ได้แก่ 24 ชั่วโมงให้ลุกเดินไปทำกิจกรรม 48 ชั่วโมงให้มารดาลุกเดินทำกิจกรรมและลุกเดินเพิ่ม 2 รอบ
2. ส่งเสริมความสบายด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ให้ข้อมูล ให้กำลังใจ ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ฝึกทักษะแนะนำการให้นมบุตรอย่างถูกวิธี ออบน้ำบุตร
3. ส่งเสริมความสบายด้านสังคม แจกแผนการรักษาและให้เหตุผลในการให้การพยาบาล โดยให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ให้ญาติอยู่กับมารดาคอยช่วยเหลือกิจกรรมของมารดา ส่งเสริมการปรับบทบาทการเป็นมารดา
4. ส่งเสริมความสบายด้านสิ่งแวดล้อมจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนมีผ้าม่านปิด มีความสะอาดสงบ สบาย อบอุ่น ปลอดภัย ให้มารดาบุตรอยู่ด้วยกัน

การประเมินหลังคลอด 48 ชั่วโมง
- ความปวด
- ภาวะท้องอืด
- ความสุขสบาย

การพยาบาลปกติหลัง 24 ชั่วโมง
- ประเมินอาการ สังเกตอาการผิดปกติ
- จัดการความปวด
- กระตุ้น Ambulation หลังผ่าตัดวันที่ 2
- ให้คำแนะนำและฝึกทักษะการให้นมบุตร

การประเมินหลังคลอด 48 ชั่วโมง
- ความปวด
- ภาวะท้องอืด
- ความสุขสบาย

ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิจัย และการอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายต่อระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ความปวด และภาวะท้องอืด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

- 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 ข้อมูลความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- 4.3 ข้อมูลระยะเวลาลุกเดินเร็วจากเตียงโดยเร็ว
- 4.4 ข้อมูลความปวดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- 4.5 ข้อมูลภาวะท้องอืดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- 4.6 อภิปรายผลการวิจัย

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุครรภ์ จำนวนการตั้งครรภ์ วิธีการคลอดที่ผ่านมา ประวัติแท้งบุตร ประวัติการขูดมดลูก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา รูปแบบระดับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ลักษณะการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือด การได้รับยาแก้ปวดใน 24 ชั่วโมงแรก น้ำหนักทารก และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และ สถิติฟิชเชอร์ (Fisher exact test)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 59)		กลุ่มทดลอง (n = 59)		p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนการตั้งครรภ์					.552 ^C
ครรภ์ที่ 1	21	35.6	24	40.7	
ครรภ์ที่ 2	23	39	17	28.8	
ครรภ์ที่ 3	12	20.3	12	20.3	
ตั้งครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป	3	5.1	6	10.2	
วิธีการคลอดที่ผ่านมา					.930 ^C
ไม่เคยผ่านการคลอด	22	37.3	24	40.7	
คลอดทางช่องคลอด	14	23.7	13	22	
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	23	39	22	37.3	

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุครรภ์ จำนวนการตั้งครรภ์ วิธีการคลอดที่ผ่านมา ประวัติแท้งบุตร ประวัติการขูดมดลูก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา รูปแบบระดับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ลักษณะการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือด การได้รับยาแก้ปวดใน 24 ชั่วโมงแรก น้ำหนักทารก และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 59)		กลุ่มทดลอง (n = 59)		p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประวัติการแท้งบุตร					.605 ^C
เคย	13	22	16	27.1	
ไม่เคย	46	78	43	72.9	
ประวัติการขูดมดลูก					.632 ^C
เคย	6	10.2	9	15.3	
ไม่เคย	53	89.8	50	84.7	
ระดับการศึกษา					.141 ^C
ประถมศึกษา	2	3.4	3	5.1	
มัธยมศึกษา	36	61	46	78	
อนุปริญญา	11	18.6	6	10.1	
ปริญญาตรี	10	16.9	4	6.8	
อาชีพ					.433 ^C
ข้าราชการ	1	1.7	2	3.4	
เกษตรกร	4	6.8	2	3.4	
ค้าขาย	12	20.3	6	10.2	
รับจ้าง	15	25.4	23	39	
แม่บ้าน	21	35.6	19	32.2	
อื่นๆ	6	10.2	7	11.8	
สิทธิการรักษา					.155 ^C
เบิกต้นสังกัด/จ่ายตรง	2	3.4	3	5.1	
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	1	1.7	6	10.2	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	37	62.7	28	47.5	
บัตรประกันสังคม	19	32.2	22	37.2	

ชุดมดลูกหลังแท้งร้อยละ 10.2 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 40.7 ผ่านการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 37.3 เคยแท้งบุตรร้อยละ 27.1 และได้รับการชุดมดลูกหลังแท้งร้อยละ 15.3 ระดับการศึกษาในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 61 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 78 อาชีพกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้านร้อยละ 35.6 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 39 สิทธิการรักษา กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 62.7 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 47.5 รูปแบบระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องการฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลังร้อยละ 100 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ลักษณะการผ่าตัดกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีลักษณะการผ่าตัดแนวอนร้อยละ 57.6 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีลักษณะการผ่าตัดแนวอนร้อยละ 50.8 ปริมาณการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีปริมาณการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด น้อยกว่า 500 ml ร้อยละ 89.9 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีปริมาณการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด น้อยกว่า 500 ml ร้อยละ 93.2 การได้รับยาแก้ปวดใน 24 ชั่วโมงแรกกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาแก้ปวดร้อยละ 91.5 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาแก้ปวดร้อยละ 96.6 น้ำหนักทารกแรกเกิดควบคุมส่วนใหญ่ น้ำหนักทารก 2,500 – 3,500 กรัม ร้อยละ 74.6 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ น้ำหนักทารก 2,500 – 3,500 กรัม ร้อยละ 81.4

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันด้านลักษณะข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม อายุ รายได้ อายุครรภ์ และระยะเวลาในการผ่าตัดคลอดทางหน้า เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติที (Independent t-test)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 59)		กลุ่มทดลอง (n = 59)		t	p - value
	Mean	SD	Mean	SD		
อายุ	28.97	4.657	29.03	5.69	.071	.944
รายได้	22305	10029.7	22689.8	10801.8	.200	.841
อายุครรภ์	38.37	0.717	38.42	0.770	.371	.711
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด	44.72	18.26	49.17	20.11	1.256	.212

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 พบว่า อายุกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 28.97 ปี (SD = 4.657) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 29.03 ปี (SD = 5.69) รายได้กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ย 22,305 บาท (SD = 10029.7) กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 22,689.8 บาท (SD = 10801.8) อายุครรภ์กลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์เฉลี่ย

38.37 (SD = 0.717) กลุ่มทดลองมีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.42 (SD = 0.770) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดควบคุมมีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 44.72 นาที (SD = 18.26) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 49.17 นาที (SD = 20.11)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะ อายุ รายได้ อายุครรภ์ และระยะเวลาในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4.2 ข้อมูลความสุสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสุสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที่ (Independent t-test)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 59)		กลุ่มทดลอง (n = 59)		df	t	p - value
	Mean	SD	Mean	SD			
ความสุสบาย 24 ชั่วโมง	90.76	10.68	122.95	11.82	116	15.52	<.001
ความสุสบาย 48 ชั่วโมง	93.44	12.54	126.05	11.06	116	14.98	<.001

* $p < .001$

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุสบายในกลุ่มควบคุม 24 ชั่วโมงหลังคลอดเท่ากับ 90.76 (SD = 10.68) และของกลุ่มที่ทดลองเท่ากับ 122.95 (SD = 11.82) เมื่อทดสอบด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสุสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกัน ($p < .001$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุสบายในกลุ่มควบคุม 48 ชั่วโมงหลังคลอดเท่ากับ 93.44 (SD = 12.54) และของทดลองเท่ากับ 126.05 (SD = 11.06) เมื่อทดสอบด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสุสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกัน ($p < .001$)

พูน ปณ ทิโต ชีเว

4.3 ข้อมูลระยะเวลาลุกเดินเร็วจากเตียงโดยเร็ว

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็วเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann – Whitney U test

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 59)		กลุ่มทดลอง (n = 59)		Mann – Whitney U test	z	p - value
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks			
ระยะเวลาลุกเดินจาก เตียงโดยเร็ว	83.74	4940.50	35.26	2080.50	310.5	- 7.7	<.001

* $p < .001$

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็วระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -7.7, p < .001$)

4.4 ข้อมูลความปวดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความปวด ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 59)		กลุ่มทดลอง (n = 59)		t	p - value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความปวด 24 ชั่วโมง	6.58	1.66	4.37	1.13	8.42	<.001
ความปวด 48 ชั่วโมง	6.56	1.43	3.95	0.80	12.25	<.001

* $p < .001$

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบาย 24 ชั่วโมงหลังคลอดเท่ากับ 6.58 (SD = 1.66) ปวดมาก และของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายเท่ากับ 4.37 (SD = 1.13) ปวดปานกลาง เมื่อทดสอบด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด 24 ชั่วโมงในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบาย 48 ชั่วโมงหลังคลอดเท่ากับ 6.56 (SD = 1.43) ปวดมาก และของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายเท่ากับ 3.95 (SD = 0.80) ปวดปานกลาง เมื่อทดสอบด้วย

Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด 48 ชั่วโมงในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4.5 ข้อมูลภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความปวด และภาวะท้องอืด ของกลุ่มควบคุมระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติที (Independent t-test)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 59)		กลุ่มทดลอง (n = 59)		t	p - value
	Mean	SD	Mean	SD		
ภาวะท้องอืด 24 ชั่วโมง	14.58	2.28	8.46	2.56	13.72	<.001
ภาวะท้องอืด 48 ชั่วโมง	13.80	3.38	5.29	1.05	18.48	<.001

* $p < .001$

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบาย 24 ชั่วโมงหลังคลอดเท่ากับ 14.58 (SD = 2.28) มีอาการท้องอืดปานกลาง และของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายเท่ากับ 8.46 (SD = 2.56) มีอาการท้องอืดเล็กน้อย เมื่อทดสอบด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืด 24 ชั่วโมงในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบาย 48 ชั่วโมงหลังคลอดเท่ากับ 13.80 (SD = 3.38) มีอาการท้องอืดปานกลาง และของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายเท่ากับ 5.29 (SD = 1.05) มีอาการท้องอืดเล็กน้อย เมื่อทดสอบด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืด 48 ชั่วโมงในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4.6 อภิปรายผล

จากผลวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีระยะเวลาในการลุกจากเตียงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีระยะเวลาเฉลี่ยในการลุกจากเตียงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1

จากการศึกษาอธิบายได้ว่า เมื่อมารดามีความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมารดาสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ มีผลต่อเคลื่อนไหว และการลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว คลายคลึงกับการศึกษาของยุทธนา จันวะโร (2565) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการกระตุ้นการทำงานของลำไส้ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยศึกษาเชิงทดลอง มีกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มทดลองให้เคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด ผลการศึกษาพบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้เคี้ยวหมากฝรั่งมีระยะเวลาการเริ่มทำงานของลำไส้เร็วกว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่ได้เคี้ยวหมากฝรั่งและระยะเวลาผายลมครั้งแรกมารดาที่ได้เคี้ยวหมากฝรั่งน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้เคี้ยวหมากฝรั่ง El-Sayed et al. (2020) มีการศึกษาเกี่ยวกับกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองโดยมีกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 100 ราย พบว่าการเคลื่อนไหวบนเตียงในระยะแรกหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และคุ้มค่า สามารถส่งเสริมฟื้นตัวและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้ และสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดา ให้นมบุตรได้

ดวงกมล ปิ่นเฉลียว (2557) ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมารดาหลังคลอดมีความปวดความทุกข์ทรมานทำให้มารดาไม่ยอมทำกิจกรรมต่างๆ ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ศิริพรรณ ภมรพล (2559) ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ความปวดมีผลต่อการลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว และการให้ความรู้และวิธีการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยลุกเดินจากเตียงได้เร็วขึ้น

โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายของผู้วิจัยมีการเยี่ยมมารดาให้ความรู้และวิธีลุกเดินจากเตียงโดยเร็วให้มารดาทราบก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ภายหลังคลอดมารดาฝึกหายใจหลังผ่าตัดคลอดกระตุ้นให้มารดาได้ลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ดูแลความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตวิญญาณให้ข้อมูล สนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ด้านสังคม สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและช่วยดูแลบุตร ส่งเสริมการให้มารดาบุตรอยู่ร่วมกัน ปรับบทบาทการเป็นมารดา ด้านสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกันจากการส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดนี้ทำให้มารดาหลังคลอดมีความสุขสบายสามารถลุกเดินจากเตียงได้เร็วกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่ได้รับโปรแกรมทำให้ระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็วของกลุ่มทดลองมีระยะเวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สมมติฐานข้อที่ 2 มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีคะแนนความปวดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Cesarean section) เป็นการทำการคลอดทารกผ่านรอยผ่าตัดที่ผนังมดลูกและผนังหน้าท้อง ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) ความปวดเกิดจากที่เนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องและผนังกล้ามเนื้อ ได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดเนื้อเยื่อปล่อยสารกระตุ้น ความเจ็บปวด ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) โปแตสเซียม (Potassium) ฮีสตามีน (Histamine) แบริคติน (Bradykinins) พรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) และ ซับสแตนท์พี (Substance P) ก่อให้เกิด การอักเสบต่อเนื้อเยื่อรอบๆ แผลผ่าตัดและไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกที่ปลายประสาท ส่งสัญญาณอาการปวด ไปตามเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (A-delta fiber) และเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (C-fiber) ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงที่ฮอร์ซอล (Dorsal horn) ในไขสันหลัง นอกจากนี้เมื่อสัญญาณอาการปวดถูกส่งต่อ ไปยังสมอง ซึ่งเป็นแหล่งรับรู้และแปลข้อมูลอาการปวด สามารถทำให้เพิ่มระดับความรุนแรงและระยะเวลา ของอาการปวดนานขึ้น (Melzack & Wail, 1996) การดูแลความสุขสบายตามทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba (2015) เป็นการลดความนอกจากการใช้ยาบรรเทาปวดแล้วยังสร้างความสุขสบายทั้งร่างกาย จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อมทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่อนคลายและปวดลดลง (Kolcaba, 2015) มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความปวดลดลง การศึกษาดังกล่าวคล้ายคลึงกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เรืองศรี (2564) ได้ศึกษาแนวปฏิบัติลดความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องประกอบไปด้วยการ ให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติการลดความปวด การพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนอิริยาบถ มีกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 35 คน มีความปวดลดลงแตกต่างกัน Aksoy Derya and Pasinlioglu (2017) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างมารดาได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความปวดหลังผ่าตัดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Akgün, 2020) ศึกษาความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 526 ราย ความปวดมีผลต่อคะแนนความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง สุพรรณษา จิตสม และคณะ (2565) ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดคลอดการจัดทำให้สุขสบาย ดูแลการให้นมบุตรและให้ข้อมูลกับมารดามีผลต่อความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้า

โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายของผู้วิจัยมีการดูแลความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องด้านร่างกาย ให้มารดาฝึกหายใจหลังผ่าตัดคลอด ดูแลท่านอนท่านั่งมารดาให้สุข

สบาย ด้านจิตวิญญาณให้ข้อมูล สนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ให้กำลังใจ ด้านสังคมสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและช่วยดูแลบุตร ส่งเสริมการให้มารดาบุตรอยู่ร่วมกันปรับบทบาทการเป็นมารดา ด้านสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน จากการส่งเสริมความสบายหลังผ่าตัดคลอดนี้ทำให้มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสบายมีคะแนนความปวดเฉลี่ยน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสบายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สมมติฐานข้อที่ 3 มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษา พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีคะแนนภาวะท้องอืดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่าภายหลังจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับการระงับความรู้สึกแบบดมยาสลบหรือฉีดยาชาเข้าบริเวณไขสันหลังฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกจะส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติเกิดการคลายตัวทำให้หลอดเลือดกระเพาะอาหารและลำไส้คลายตัวมีการเคลื่อนไหวน้อยลง ส่งผลทำให้ให้เกิดอาการท้องอืดหรือคลื่นไส้ในระยะเวลา 24 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด นอกจากนี้เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีการปวดแผลผ่าตัดแพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เช่น มอร์ฟีน (morphine) หรือเฟนทานิล (fentanyl) ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ทำให้มีการเคลื่อนไหวลดลงในระยะ 12 -72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด (ยุทธนา จันวะโร, 2565) เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องรู้สึกปวดแผลผ่าตัดทำให้มารดาเคลื่อนไหวร่างกายลดลงส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ทำงานลดลงส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีอาการท้องอืดตามมา (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2558) การให้มารดาฝึกหายใจหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและการกระตุ้นการลุกเดินเร็วทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดภาวะท้องอืดลดลง คล้ายคลึงกับการศึกษาของ(El-Sayed et al., 2020) มีการศึกษาเกี่ยวกับกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองโดยมีกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 100 ราย พบว่าการเคลื่อนไหวบนเตียงในระยะแรกหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และคุ้มค่า สามารถส่งเสริมฟื้นตัวและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้ สิริอร ช้อยุ่น และคณะ (2562) ศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพุงเดินหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระยะเวลา 3 วันหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับโปรแกรมฯ ประกอบด้วย การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การลุกจากเตียงโดยเร็ว

และการบริหารร่างกายหลังผ่าตัดร่วมกับการใช้เครื่องพุงเดินหลังผ่าตัด พบว่า คะแนนอาการท้องอืดหลังผ่าตัดวันที่ 2 และ 3 กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Akgün, 2020) ศึกษาความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 526 ราย ภาวะท้องอืดมีผลต่อคะแนนความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

โปรแกรมส่งเสริมความสบายของผู้วิจัยมีการดูแลความสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องด้านร่างกาย ให้มารดาฝึกหายใจหลังผ่าตัดคลอด ดูแลท่านอนท่านั่งมารดาให้สบาย กระตุ้นให้ลุกเดินเร็ว ด้านจิตวิญญาณให้ข้อมูล สนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ให้กำลังใจ ด้านสังคมสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและช่วยดูแลบุตร ส่งเสริมการให้มารดาบุตรอยู่ร่วมกันปรับบทบาทการเป็นมารดา ด้านสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน จากการส่งเสริมความสบายหลังผ่าตัดคลอดนี้ทำให้มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสบายมีภาวะท้องอืดน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสบายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ความสบาย

จากผลการศึกษา พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีคะแนนความสบายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า ทฤษฎีความสบายได้กล่าวถึงการส่งเสริมความสบายไว้ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ส่งเสริมความสบายด้านร่างกาย (physical comfort) เป็นความรู้สึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวภาพ เช่น การรักษาสมดุลการทำหน้าที่ของร่างกาย การได้รับน้ำ อาหาร อิเล็กโตรไลต์ การเผาผลาญ การไหลเวียนเลือด การขับถ่าย ตลอดจนการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล เป็นต้น 2) ส่งเสริมความสบายด้านจิตวิญญาณ (psych spiritual comfort) เป็นความรู้สึกสบายเกี่ยวกับจิตใจ (mental) อารมณ์ (emotional) และจิตวิญญาณ (spiritual) เช่น ตระหนักถึงตัวตนของบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อัตมโนทัศน์แห่งตน เพศสัมพันธ์ และความหมายในชีวิต ความสัมพันธ์กับสิ่งที่อยู่เหนือตัวตน เช่น ศาสนา และความเชื่อต่างๆ 3) ส่งเสริมความสบายด้านสังคม (sociocultural comfort) เป็นความรู้สึกสบายที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากสังคมในด้านต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม เช่น การเงิน การศึกษา เป็นต้น 4) ส่งเสริมความสบายด้านสิ่งแวดล้อม (environmental comfort) เป็นความรู้สึกสบายที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายนอกสถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของทั้งสิ่งที่เป็นธรรมชาติและสิ่งที่สร้างขึ้น (Kolcaba, 2015) โปรแกรมส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้นำทฤษฎีความสบายมาปรับใช้ในโปรแกรมทำให้มารดาที่ได้รับโปรแกรมมีความสบายสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์

ปภัสร์ เครือแก้ว (2557) ผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความทุกข์สบายในมารดา หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบความทุกข์สบาย ภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความทุกข์สบายหลังผ่าตัดคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Aksoy Derya & Pasinlioğlu, 2017) The Effect of nursing care based on comfort theory on women's postpartum comfort levels after caesarean sections เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลภายใต้ทฤษฎีความทุกข์สบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีการศึกษาสองกลุ่มและวัดหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองให้การพยาบาล ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของ Nanda ร่วมกับหนังสือเล่มเล็กให้กับมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อ ความทุกข์สบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จากการศึกษาการทดลองพบว่าคะแนน ความทุกข์สบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงกว่ากลุ่มควบคุม มาวศรี มานุษ (2019) ความทุกข์สบาย ท่ามกลางความปวดในระยะคลอดสู่การปฏิบัติ เป็นบทความวิชาการในการใช้ทฤษฎีความทุกข์สบาย ไปสู่การปฏิบัติการ กิจกรรมพยาบาลในการดูแลความทุกข์สบายมารดาในระยะคลอด ดังนี้ ด้านร่างกาย (physical comfort) มุ่งเน้นการบรรเทาปวดและเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม และตอบสนองความต้องการพื้นฐานซึ่งมีกิจกรรมดังนี้ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารเพียงพอ สนับสนุน ให้มารดาได้ทำกิจวัตรประจำวันอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย กระตุ้นให้เคลื่อนไหว ดูแลการขับถ่าย ให้กระเพาะปัสสาวะให้อ่าง บรรเทาอาการปวด ด้านจิตวิญญาณ (psychospiritual comfort) โดยให้ข้อมูลลดความวิตกกังวล ให้เกียรติมารดา ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ด้านสังคม (sociocultural comfort) โดยให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นตัวแทนที่ดีในการ ประสานงานระหว่างมารดากับสมาชิกในครอบครัวหรือทีมสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental comfort) จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนมีผ้าม่านปิด มีความสะดวกสบาย สะอาด สงบ อากาศถ่ายเท

โปรแกรมส่งเสริมความทุกข์สบายของผู้วิจัยมีการดูแลความทุกข์สบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องด้านร่างกาย ให้มารดาฝึกหายใจหลังผ่าตัดคลอด ดูแลท่านอนท่านั่งมารดาให้สุขสบาย กระตุ้นให้ลุกเดินเร็ว ด้านจิตวิญญาณให้ข้อมูล สนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ให้กำลังใจ ด้านสังคมสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและช่วยดูแลบุตร ส่งเสริมการให้มารดาบุตรอยู่ร่วมกันปรับบทบาทการเป็นมารดา ด้านสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน จากการส่งเสริมความทุกข์สบายหลังผ่าตัดคลอดนี้ทำให้มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความทุกข์สบายคะแนนความทุกข์สบายเฉลี่ยมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความทุกข์สบายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสามารถลดระยะเวลาในการลุกจากเตียงโดยเร็ว บรรเทาความปวดและลดอาการท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และในระหว่างการศึกษานี้ผู้วิจัยไม่พบการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกด้านลบที่อาจเกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น การใช้โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสามารถนำไปใช้ส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและการพยาบาลตามปกติจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการลดระยะเวลาลุกเดินเร็วจากเตียง การบรรเทาความปวดและอาการท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซึ่งจะใช้ได้กับมารดาที่มีการวางแผนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเท่านั้นไม่สามารถใช้กับมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในกรณีฉุกเฉินได้ ควรประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด และมารดากลุ่มอื่นๆ ต่อไป



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายโดยวัดผล 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมง ได้แก่ระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ความปวด ภาวะท้องอืด และความสุขสบาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายต่อระยะเวลาลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ความปวด และภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอายุ 20 ปีขึ้นไปที่มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลบรมิศจังหวัดมหาสารคาม คำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*POWER (Version 3.1) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มละ 51 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันอัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำวิจัย (Polit & Beck, 2022) เป็นเพิ่มกลุ่มละ 8 ราย ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 59 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 59 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 118 ราย สุ่มโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติคัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและคู่มือส่งเสริมความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่วนที่ 2 คือเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกระยะเวลาในการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 3) แบบบันทึกคะแนนความปวดแผลผ่าตัด 4) แบบประเมินภาวะท้องอืด 5) แบบประเมินความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทดสอบวิเคราะห์ด้วยสถิติที (Independent t-test) และสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่าข้อมูลทั่วไปและสถิติของกลุ่มควบคุมและทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ทดสอบสมมุติฐานด้วยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann – Whitney U test และสถิติ Independent t-test โดยกำหนดทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีระยะเวลาลุกเดินเร็วจากเตียงโดยเร็วเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($z = -7.7, p < .001$)
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 24 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวด

หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 48 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$)

3. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 24 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 48 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$)

4. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 24 ชั่วโมงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 48 ชั่วโมงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$)

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 การนำผลวิจัยไปปฏิบัติการพยาบาล

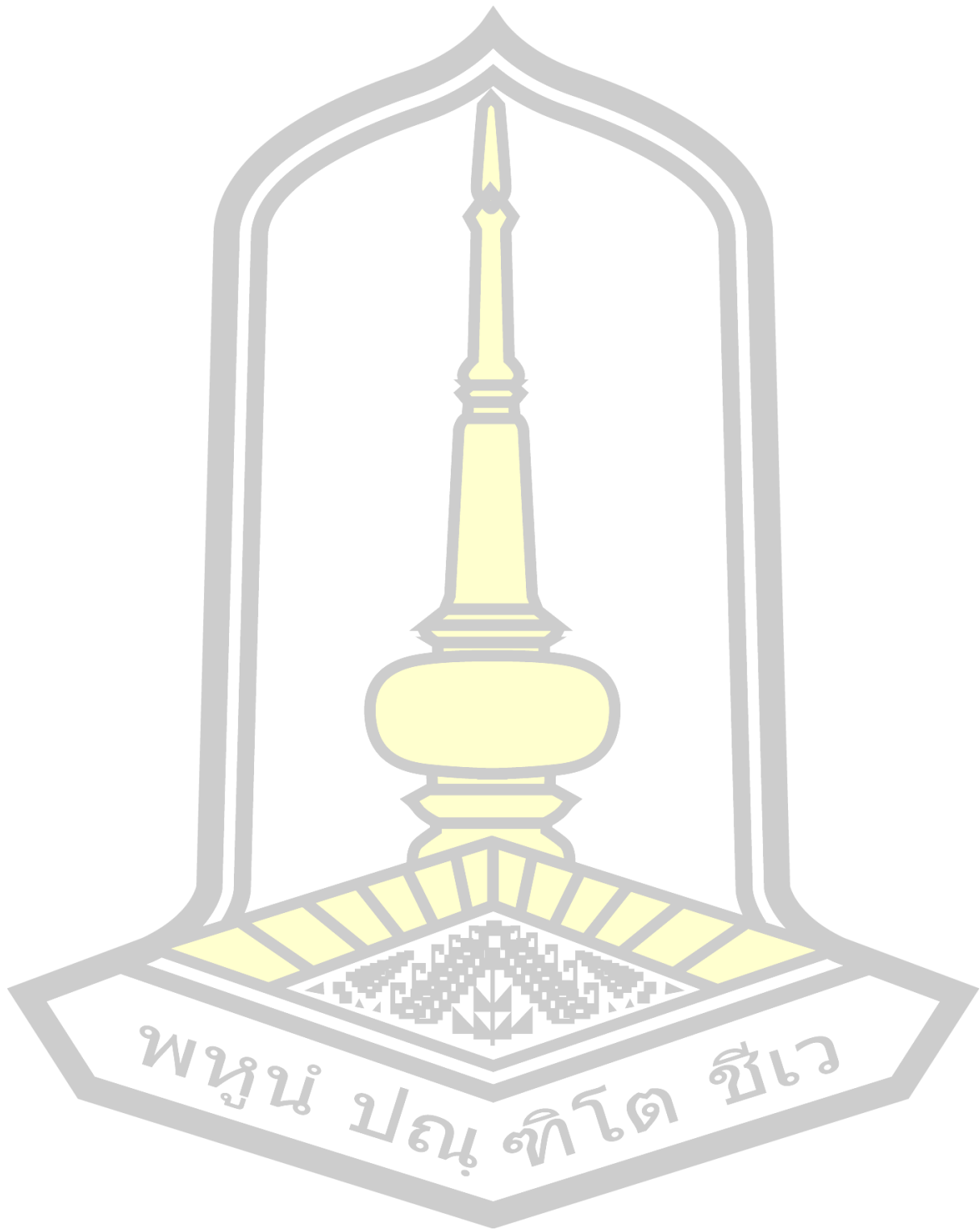
- 1) นำโปรแกรมส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไปใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- 2) เป็นแนวทางในการพัฒนาหรือประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือกลุ่มอื่น

5.2.2 การทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาการส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ผิดปกติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลต่อไป
- 2) ควรมีการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยศึกษาตัวแปรตามอื่น ได้แก่ ความเครียดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การปรับบทบาทการหลังคลอด

พูนุ ปณุกิตโต ชีเว

บรรณานุกรม



เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2566). อัตราผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องประเทศไทย. https://cmi.moph.go.th/isp/sp_obs/index?menu_id=6.
- กนิษฐา แก้วดู, ฉวี เบาทรวง, และ นันทพร แสตนศิริพันธ์. (2562). ความวิตกกังวลการสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในระยะเวลาหลังคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 46(2), 1-12. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/115311>
- การะเกด ศิริรักษ์, สิงห์ ช่างชัย, และ นฤมล ปทุมารักษ์. (2563). การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลการจัดการการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 47(2), 345-355. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/241825>
- เกศรินทร์ พรหมมา. (2567). การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงร่วมกับมีภาวะน้ำท่วมปอด: กรณีศึกษา. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 8(3), 162-170. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1879>
- จันทร์ปภัทร์ เครือแก้ว. (2557). ผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความทุกข์สบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/9872>.
- ชฎารัตน์ เหลืองอร่าม (2564). ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. https://hpc.go.th/rcenter/fulltext/20220325213653_3014/20220526223824_822.pdf
- ณัชชารินทร์ วรโชติทวีวัฒน์, พัชรี จำเนียร, สุภานัน ทองทวีโกดิน, และ นลินี เกิดประสงค์. (2567). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นลูกจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลพิจิตร. *วารสารแพทย์เขต* 4-5, 42(4), 583-592. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/267022>
- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานของสตรี หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(1), 101-108. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/36165>
- ธีระ ทองสง. (2564). *ตำราสูติศาสตร์*. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ . สำนักพิมพ์ลักษมีรุ่ง.

- นพรัตน์ ธารณะ. (2564). การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 48(4), 234-335. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/251906>
- นภาพร วงศ์วิวัฒนุกิจ. (2562). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวการทำงานของลำไส้หลังการผ่าตัดช่องท้อง. *พยาบาลสาร*, 46(4), 193-201. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/230395>
- นัยนา ประจวบ. (2564). ผลการใช้แผ่นแปะผ้าเท้าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลูเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในมารดาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกใน Elective case ที่ห้องพักฟื้นโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 6(1), 32-39. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/864>
- เนาวรัตน์ สมศรี. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลภาวะท้องอืดสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต], มหาวิทยาลัยขอนแก่น. https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php
- ประไพ ผลอิน, กฤษณา วันขวัญ, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, อัจฉา ณัฐวังโสสม, และ อูษา วงษ์อนันต์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนจากระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 3(1), 32-47. <https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh/article/view/2111>
- ปรางทิพย์ ท. เอลเทอร์, รัชณี ชุนเกาะ, บรรทม ใจสำราญ, ศิริพร คงชีพ, จิตไพบูล พระธานี, นุชมาศ แก้วกุลทล, และ น้ำฝน ไวทยวงศ์กร. (2569). ความต้องการและความคาดหวังของย่า-ยายต่อการสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลในตึกหลังคลอดในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 94 – 110. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/68727>
- ปราณีต คุณเครือ. (2564). ความต้องการการพยาบาลและการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรอยู่ด้วยโดยเร็วหลังคลอดโรงพยาบาลหัวหิน. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 1(1), 49-57. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHQJ/article/view/249923>
- ปัญญา สนั่นพานิชกุล. (2561). แนวคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 35(3), 312-320. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/111735>

- พจน์ วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน. (2562). ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดต่อการลดความปวดความวิตกกังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบห้องพักฟื้นโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 33(3), 441-460. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/download/216420/150314/691617>
- พันธ์รัชชี่ กัญธิดา. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนรีในอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต], จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. DOI 10.58837/CHULA.THE.2022.463
- เพ็ญศรี เรืองศรี. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการลดความปวดในสตรีผ่าตัดคลอดโรงพยาบาลเกาะสมุย. *วารสารมหาจุฬานาครธรรม์*, 8(9), 144-160. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/255014>
- มนัสชก มณีอินทร์. (2558). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดระหว่างการคลอดปกติทางช่องคลอดกับการผ่าตัดคลอด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(4), 648-658. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/download/507/439>
- มาวศรี มานุษ. (2562). ความสุขสบายท่ามกลางความปวดในระยะคลอดสู่การปฏิบัติ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(2), 1-11. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/213510>
- ยุทธนา จันวะโร. (2565). การศึกษาประสิทธิภาพของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการกระตุ้นการทำงานของลำไส้หลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโรงพยาบาลพุทธโสธร. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 37(6), 596-601. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/256007>
- รักศิริ อาวัชนาวงค์ และทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการรับรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแรงสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากครอบครัวตามการรับรู้ของมารดาหลังคลอด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(4), 38-48. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/248257>
- รัศมี ศรีนนท์ และ นงนภัส วงษ์จันทร์. (2564). การพยาบาลมารดาวัยรุ่นที่ได้รับการผ่าตัดคลอด: กรณีศึกษา. *วารสารมหาจุฬานาครธรรม์*, 8(12), 134-152. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/257653>
- โรงพยาบาลบรบือ. (2566). *สถิติบริการตักสูตินรีเวชกรรม*. โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม.

- วรรณมา ชื่นชม. (2560). การพยาบาลมารดาหลังคลอด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิศิษฐ์ จันทร์คุณภาส และ กิตติภัต เจริญขวัญ. (2562). การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มเพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดและการฟื้นตัวของการทำงานในสตรีมีครรภ์หลังจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ใช้ฝ้ายายืดรัดหน้าท้องกับรายที่ไม่ใช้ฝ้ายายืดรัดหน้าท้อง. [รายงานการวิจัย]. เชียงใหม่: ภาควิชา สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิณาภรณ์ โลहितไทย และ บุญยิ่ง ทองคุปต์. (2562). ผลของรูปแบบผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวด แผลผ่าตัดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(1), 23-32. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/211834>
- ศศิวิมล เพ็งแก้ว. (2558). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อภาวะท้องอืดและการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต], มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/9983>
- ศิริพรรณ ภมรพล. (2559). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 9(2), 14-23. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/79025>
- ศุภรดา มั่นยืน, วรวิมล แสงทอง, และ อรอนงค์ เพชรงาม. (2563). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อคะแนนความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7 (3), 86-98. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/220720>
- สมทรง บุตรตะ. (2563). การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก: กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(3), 185-198. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/246521>
- สรวิจน์ เจนวณิชสถาพร และ จิระพงศ์ อินทรสมพันธ์. (2563). การดูแลผู้ป่วยด้วยโปรแกรม ERAS อย่างง่ายหลังการผ่าตัดลำไส้ใหญ่แบบไม่ผูกเดินในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารศัลยศาสตร์ไทย*, 41(3), 79-83. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiJSurg/article/view/241814>
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, อัญชลี อ้วนแก้ว, สุภาพักตร์ หาญกล้า, กิ่งแก้ว สิทธิ, และ ธรรมวรรณ บุรณสรณ์ (2565). ภาวะซีมีเสร์ราและการปรับตัวของมารดาหลังผ่าตัดคลอดและมารดาหลัง

- คลอดปกติ. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี*, 30(2), 216-224. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/259143>
- สายหยุด วัฒนธัญญกรรม. (2529). ผลการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดไตและท่อไต. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต], มหาวิทยาลัยมหิดล.
<https://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/23496>.
- สิริอร ช้อยุ่น, วริศรา ภูทวี, และ อาภา ศรีสร้อย. (2562). ผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพุงเดินหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(4), 386-392. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/200771>
- สินินาฏ หงส์ระนัย. (2562). การเปรียบเทียบความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครั้งแรกและครรภ์หลังในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 76 - 83. he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/188782
- สุดตา ไชยนาพันธ์ และ วิไล เหมือนทองจีน. (2561). ผลของการเสริมแรงในการป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรห้องผ่าตัดต่ออุบัติการณ์การติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโรงพยาบาลกุมภวาปี. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี*, 26(2), 201-211. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/159196>
- สุพรรณษา จิตสม, บานเย็น แสนเรียน และ พรผกา ยันทอง. (2566). การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตร. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 868-881. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/258785>
- หนูเพียร ชาทองยศ. (2550). ผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไต. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต], มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php.
- วงศ์วิวัฒน์ นนุกิจ. (2562). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูการทำงานของลำไส้หลังการผ่าตัดช่องท้อง. *พยาบาลสาร*, 46(4), 193-201. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/230395>
- อนงค์ สายสุด. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในมารดาที่มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโรงพยาบาลฝางจังหวัดเชียงใหม่. *เชียงใหม่เวชสาร*, 10(1), 71-80. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/181733>
- อมรรัตน์ ดีบุญโณ, จรัสศรี ธีระกุลชัย, และ จันทิมา ขนบตี. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในการจัดการความเหนื่อยล้าต่อความเหนื่อยล้าของภรรยาหลังผ่าตัดคลอด

ทางหน้าห้อง. *วารสารการพยาบาล*, 18(1), 24-36. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/vnj/article/view/139771>

Adiamah, A., & Lobo, D. (2020). Postoperative ileus: prevention and treatment. *Enhanced Recovery after Surgery: A Complete Guide to Optimizing Outcomes*, 249-257.

Akgün, Ö. & Aksoy, Ö. D. (2020). Determination of mothers' postpartum comfort levels and affecting factors. *Journal of contemporary Medicine*, 10(3), 385-393. <https://doi.org/10.16899/jcm.695648>

Aksoy Derya, Y., & Pasinlioğlu, T. (2017). The Effect of Nursing Care Based on Comfort Theory on Women's Postpartum Comfort Levels After Caesarean Sections. *International journal of nursing knowledge*, 28(3), 138-144. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12122>

Altman, A. D., Helpman, L., McGee, J., Samoelian, V., Auclair, M., Brar, H., & Nelson, G. (2019). Enhanced recovery after surgery: implementing a new standard of surgical care. *Canadian Medical Association Journal*, 191(17), 469-475. <https://doi.org/0.1503/cmaj.180635>

Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A., & Davis, P. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants(reviews). The Cochrane database of systematic(3), CD002958-CD002958.

El-Sayed, H., Elmashad, H. A., & Kandeel, H. A. (2020). Effect of early progressive bed exercise and movement on recovery after caesarean section. *IOSR J Nurs Health Sci*, 9, 47-56. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:211251955>

Fawcus, S., & Moodley, J. (2013). Postpartum haemorrhage associated with caesarean section and caesarean hysterectomy. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 27(2), 233-249. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.018>

Ford-Martin, P., & Davidson, T. (2020). Anxiety. In D. S. Hiam (Ed.), *The Gale Encyclopedia of Alternative Medicine* (5th ed. ed., Vol. 1, pp. 140-145).

Güney, E., & Uçar, T. (2021). Effects of deep tissue massage on pain and comfort after cesarean: A randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 43, 101320. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101320>

- Gungorduk, K., & Ozdemir, I. A. (2021). Non-pharmacological interventions for the prevention of postoperative ileus after gynecologic cancer surgery. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, *60*(1), 9–12.
<https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.11.002>
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., Rockall, T. A., Young-Fadok, T. M., Hill, A. G., Soop, M., de Boer, H. D., Urman, R. D., Chang, G. J., Fichera, A., Kessler, H., Grass, F., Whang, E. E., Fawcett, W. J., Carli, F., Lobo, D. N., ... Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World journal of surgery*, *43*(3), 659–695.
<https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>
- International Association for the Study of Pain. (2020). IASP's pain terminology.
<https://www.iasp-pain.org/resources/terminology>.
- Kamilya, G., Seal, S. L., Mukherji, J., Bhattacharyya, S. K., & Hazra, A. (2010). Maternal mortality and cesarean delivery: an analytical observational study. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, *36*(2), 248–253.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2009.01125.x>
- Kartal, Y. A., Özsoy, A., & Üner, K. (2018). Determination of postnatal comfort levels of puerperants in a public hospital and affecting factors. *Int J Health Sci Res*, *8*(3), 206–212.
- Kolcaba. (2010). An introduction to comfort theory.in The comfort line.
 WWW.thecomfortline.com.
- Kolcaba. (2015). Katharine Kolcaba's comfort theory. *Nursing theories nursing practice*, 381–392.
- Laberge, M. P., Allhoff, T., Csfa, A., & Thivierge, B. (2020). Cesarean Section. In D. S. Hiam (Ed.), *The Gale Encyclopedia of Surgery and Medical Tests* (4th ed. ed., Vol. 1, pp. 343–348). Farmington Hills, MI: Gale.
- Liang, C. C., Chang, S. D., Wong, S. Y., Chang, Y. L., & Cheng, P. J. (2010). Effects of postoperative analgesia on postpartum urinary retention in women

- undergoing cesarean delivery. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 36(5), 991–995. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2010.01252.x>
- Liu, S., Liston, R. M., Joseph, K. S., Heaman, M., Sauve, R., Kramer, M. S., & Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 176(4), 455–460. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060870>
- Marik, P. E., & Plante, L. A. (2008). Venous thromboembolic disease and pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 359(19), 2025-2033. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013835.pub2>
- Mazzotta, E., Villalobos-Hernandez, E. C., Fiorda-Diaz, J., Harzman, A., & Christofi, F. L. (2020). Postoperative Ileus and Postoperative Gastrointestinal Tract Dysfunction: Pathogenic Mechanisms and Novel Treatment Strategies Beyond Colorectal Enhanced Recovery After Surgery Protocols. *Frontiers in pharmacology*, 11, 583422. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.583422>
- McCaffery, M., Herr, K., Coyne, P. J., Manworren, R., & Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain management nursing*, 12(4), 230-250. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002>
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science (New York, N.Y.)*, 150(3699), 971–979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
- Mercer, R. T. (2004). *Becoming a mother: Research on maternal role attainment and involvement*. Springer Publishing Company.
- Mihaelov, L. (2022). Nursing process in the postpartum period after delivery by cesarean section. *Temopil*.
- Milto, L. D., Mertz, L. A. P., & Tish Davidson, A. (2018). Deep Vein Thrombosis (DVT). In J. L. Longe (Ed.), *The Gale Encyclopedia of Nursing and Allied Health* (4th ed. ed., Vol. 2, pp. 1037-1039). Farmington Hills, MI: Gale.
- Morais, E. P. G., Riera, R., Porfirio, G. J., Macedo, C. R., Vasconcelos, V. S., de Souza Pedrosa, A., & Torloni, M. (2016). Chewing gum for enhancing early recovery of

- bowel function after caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). CD011562. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011562.pub2>
- Mogan, B. M., Magni, V., & Gorozenuik. (1990). Anaesthesia for emergency caesarean section. *An International Journal of Obstetrics Gynaecology*, 97(5), 420-424. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1990.tb01829.x>
- Negi, V., Mohanta, B., & Pareek, S. (2023). Early verse conventional ambulation on postoperative pain among women with lower segment cesarean section. *Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University*, 18, 455. DOI: 10.4103/jdmimsu.jdmimsu_61_23
- Odle, T. G. E. L. S. (2017). Deep Vein Thrombosis. In D. S. Blanchfield (Ed.), *The Gale Encyclopedia of Pregnancy and Childbirth* (Vol. 1, pp. 159-161). Farmington Hills, MI: Gale.
- Paul, R., Narayan, P. J., & Kaur, H. (2019). Effectiveness of Early Ambulation on Post Operative Recovery among the Women with Caesarean Section CS. *Int J Trend Sci Res Dev*, 3, 851-855. www.ijtsrd.com e-ISSN: 2456 - 6470
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Porter TF., S. J. (2003). Cesarean Delivery:. In G. R. Scott JR, Karlan (Ed.), *Danforth's Obstetrics and Gynecology* (Vol. 9th ed, pp. 449-460.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Rivas, E., Cohen, B., Pu, X., Xiang, L., Saasouh, W., Mao, G., Minko, P, Mosteller, L., & Volio, A., Maheshwari, K., Seeler, D. I., & Turan, A. (2022). Pain and Opioid Consumption and Mobilization after Surgery: Post Hoc Analysis of Two Randomized Trials. *Anesthesiology*, 136, 115-126. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004037>
- Seow, K. M., Huang, L. W., Lin, Y. H., Yan-Sheng Lin, M., Tsai, Y. L., & Hwang. (2004). Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound in Obstetrics Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in ObstetricsGynecology*, 23(3), 247-253. <https://doi.org/10.1002/uog.974>
- Sargent, L., & Stearns, C. (2019). Post-surgery recovery and rehabilitation: Assessing functional mobility. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 42(4), 158-165.

- Sherk, S. D., & Mertz, L. A. P. (2018). Cesarean Section. In J. L. Longe (Ed.), *The Gale Encyclopedia of Nursing and Allied Health* (4th ed. ed., Vol. 2, pp. 772-777). Farmington Hills, MI: Gale.
- Swift, A. (2018). Understanding the effect of pain and how the human body responds. *Nursing Times*, *114*(3), 22-26.
- Tambag, H., Turan, Z., Tolun, S., & Can, R. (2018). Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey. *Nigerian journal of clinical practice*, *21*(11), 1525–1530. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_285_17
- Tan, M. (2012). Post-cesarean analgesia. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, *2*(3), 128-132. doi:<https://doi.org/10.1016/j.tacc.2012.01.009>
- Tomsis, Y., Perez, E., Sharabi, L., Shaked, M., Haze, S., & Hadid, S. (2021). Postpartum Post-Traumatic Stress Symptoms Following Cesarean Section-the Mediating Effect of Sense of Control. *The Psychiatric quarterly*, *92*(4), 1839–1853. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09949-0>
- Vather, R., Trivedi, S., & Bissett, I. (2013). Defining postoperative ileus: results of a systematic review and global survey. *Journal of gastrointestinal surgery*, *17*(5), 962-972. <https://doi.org/10.1007/s11605-013-2148-y>
- Venara, A., Neunlist, M., Slim, K., Barbieux, J., Colas, P.A., Hamy, A., & Meurette, G. (2016). Postoperative ileus: Pathophysiology, incidence, and prevention. *Journal of Visceral Surgery*, *153*(6), 439-446. <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2016.08.010>
- World Health Organization. (2023). Lifesaving solution dramatically reduces severe bleeding after childbirth. <https://www.who.int/news/item/09-05-2023-lifesaving-solution-dramatically-reduces-severe-bleeding-after-childbirth>.
- World Health Organization. (2021, 16 June 2021). Caesarean section rates rising globally, though unequally, with increases projected to continue. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>.

- Willner, A., Teske, C., Hackert, T., & Welsch, T. (2023). Effects of early postoperative mobilization following gastrointestinal surgery: Systematic review and metaanalysis. *BJS Open*, 7(5), 1-10. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad102>
- Yamada, T. (1998). *Handbook of gastroenterology*: Lippincott Raven.
- Zholos, A. V., Dryn, D. O., & Melnyk, M. I. (2023). General anaesthesia-related complications of gut motility with a focus on cholinergic mechanisms, TRP channels and visceral pain. *Frontiers in physiology*, 14, 1174655. <https://doi.org/10.3389/fphys.2023.1174655>



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	อนุตริธิดา ศรีศักดิ์นอก
วันเกิด	12 มกราคม 2532
สถานที่เกิด	มหาสารคาม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	59 หมู่ 7 ต.วังหม้อ อ.บรบือ จ.มหาสารคาม
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลบรบือ
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ทุนวิจัย	-
ผลงานวิจัย	-

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว