

ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยแบบผสมผสานต่อความเจ็บป่วยในระยะคลอด ระยะที่หนึ่งของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก

ศรีสมร ภูมิสกุล *

อรพินธ์ เจริญผล **

เพลินพิศ พรหมรักษ์ ***

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยแบบผสมผสานต่อความเจ็บป่วยในระยะคลอด ระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการร่วมกับทุขภูมิควบคุมประทุเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ ณ แผนกสูติกรรมโรงพยาบาลเมตตาประชาธิรักษ์ (วัดไธสง) จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดตามปกติ ร่วมกับโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยแบบผสมผสานจากผู้วิจัย ขณะอายุครรภ์ได้ 32 สัปดาห์ และระหว่างเจ็บครรภ์คลอด ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความเจ็บป่วยในระยะปกตดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนแปลงน้อยกว่า และมีระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มารดาในกลุ่มทดลองยังมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บป่วยแบบผสมผสานนี้เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ดีสำหรับมารดาครรภ์แรกที่จะใช้เผชิญกับความเจ็บป่วยในระยะคลอด อีกทั้งเป็นบทบาทอย่างหนึ่งที่พยาบาลสามารถนำมายใช้ช่วยเหลือมารดาได้โดยอิสระ

คำสำคัญ: การจัดการกับความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยในระยะคลอด ระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชวิทยา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ. รามาธิบดี

**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ. รามาธิบดี

***พยาบาลประจำการ รพ. พานทอง อ.พานทอง จ. ชลบุรี

ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะที่หนึ่งของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก

ความสำคัญของปัญหา

มารดาทุกรายที่เข้าสู่ระยะคลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวดไม่นักก็น้อยอย่างไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ เพราะการคลอดกับความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่เกิดควบคู่กัน มารดาในระยะคลอดร้อยละ 97 บอกว่า การคลอดเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดในชีวิต (May, 1994) โดยร้อยละ 90 ต้องการให้มีการจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540) ดังนั้นการช่วยเหลือมารดาในระยะคลอดเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น โดยทั่วไปการจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอดประกอบด้วย 2 วิธีใหญ่ ๆ ได้แก่ วิธีใช้ยา กับไม่ใช้ยา วิธีการใช้ยานั้นเป็นบทบาทโดยตรงของสูติแพทย์ และมีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถให้ยาได้ตลอดเวลาตามที่มารดาต้องการ เพราะหากให้ในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม จะเกิดผลเสียต่อพัฒนามารดา-ทารก เช่น ลดลูกหดรัดตัวลดลง เกิดการคลอด ยานานและตกเลือดหลังคลอด (Nichols & Humenick, 1988; Newton et al., 1995) หรือกดศูนย์หายใจของ ทารกเป็นผลทำให้เกิดการขาดออกซิเจน เมื่อแรกคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของมารดาและทารกที่สำคัญในประเทศไทยในขณะนี้ (นิพรัณพร วรมองคล, 2543; สุธิต คุณประดิษฐ์, 2543) นอกจากนี้ยังเพิ่มโอกาสการคลอดโดยใช้เครื่องมือและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Lieberman et al., 1996) ทารกมักมีไข้หลังคลอด (Macaulay, Bond & Steer, 1992; Ransjo-Arvidson et al., 2001) ความสามารถในการดูดกลืนลดลงในช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอด รวมทั้งมีพฤติกรรมการร้องไห้มากกว่าปกติ (ลัดดาวลักษ์ จิตรขาว, 2542; Scanlon, Brown & Weiss, 1974) เป็นต้น ส่วนวิธีแบบไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสรภาพ

โดยตรงของพยาบาลที่จะช่วยให้มารดาจัดการกับความเจ็บปวดในช่วงที่แพทช์ไม่สามารถให้ยา กับมารดาได้ ซึ่งมีข้อดีคือ ไม่มีผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย ทั้งต่อการดาและทารก ใช้ได้บ่อยเท่าที่ต้องการ มีเทคนิคให้เลือกหลากหลาย แต่ก็มีข้อจำกัดคือ มารดาต้องมีเวลาในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ จึงจะสามารถนำมาใช้ในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้การคลอดบุตรยังเป็นช่วงเวลาและประสบการณ์ที่มีความสำคัญยิ่งต่อมารดา ไม่ว่าจะเป็น เหตุการณ์ทางด้านบวกหรือด้านลบ โดยมารดาจะสามารถจัดประสบการณ์การคลอดครั้งแรกได้ด้านถึง 20 ปี (Simkin, 1991) การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีสามารถเพิ่มความมั่นใจและความมีคุณค่าในตนเองเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตอื่น ๆ ในชีวิต ในขณะเดียวกันการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในด้านลบจะทำให้มีความรู้สึกโกรธเคือง เป็นทุกข์ บางราย ถึงกับฝันร้ายและมีปัญหาด้านล้มพันธุภาพกับสามีรวมทั้งการตัดสินใจที่จะมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด การจัดการกับความเจ็บปวดระหว่างคลอดได้ดีมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีและยังเป็นตัวทำงานยที่มีความสำคัญเป็นอันดับสองต่อ พฤติกรรมความรักครรภ์ผู้พันระหว่างมารดาและทารก ทำให้มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าหน้อยลงในช่วง 2 เดือนแรกหลังคลอดโดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรกที่มีอายุระหว่าง 21-34 ปี (Mercer, 1985) ดังนั้นมารดาที่มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดไม่ดีจะทันมาสนใจตนเองมากกว่าทารกจึงทำให้เกิดความรักครรภ์ผู้พัน กับบุตรน้อย มีโอกาสที่จะทดสอบทั้งหรือทำร้ายร่างกายบุตรมากขึ้น เมื่อเด็กขาดความอบอุ่นจากครอบครัวก็มีแนวโน้มที่จะหนีออกจากบ้าน ไม่ได้รับการศึกษา เกิดปัญญาเสพติดและก่ออาชญากรรมตามมาได้ง่าย

ในปัจจุบันได้มีผู้พยายามศึกษาวิจัยเพื่อค้นหา วิธีการจัดการกับความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ากันมากขึ้น เช่น การเตรียมคลอดโดยการให้ความรู้ก่อนคลอดร่วม กับการใช้เทคนิคการจัดการกับความเจ็บปวดแบบต่าง ๆ อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา yang มีจุดอ่อน คือ กระทำการสอนในช่วงใกล้คลอดมาก เช่น เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไปเพียง 1-2 ครั้ง หรือสอนเมื่อเข้าสู่ ระยะคลอดแล้วเพียงครั้งเดียว ทำให้ผู้แม่เวลา ฝึกฝนน้อย ขาดทักษะและความชำนาญในการนำมายัง นอกจากนี้ยังเน้นให้การดูแลภูมิบัติเทคนิคการจัดการ กับอาการปวดต่าง ๆ ด้วยตนเองตลอดระยะเวลาของ การคลอด โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ช่วยกับชี้แจงให้ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วสามารถปฏิบัติเทคนิค ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ดีเฉพาะในช่วงปากมดลูกเปิดช้า (Latent Phase) เท่านั้น แต่เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูก เปิดเร็วและระยะเปลี่ยนแปลง ที่มดลูกหดรัดตัวถี่ และรุนแรงขึ้น ผู้แม่จะควบคุมตนเองได้น้อยทำให้ ปฏิบัติเทคนิคต่าง ๆ ได้ยากและต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นมากขึ้นโดยเฉพาะในการจัดการกับ อาการปวด เช่น ขอาระงับปวด ขอผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้อง ต้องการให้พยาบาลช่วยนวดหลังให้หรืออยู่ ด้วยตลอดเวลา (Lowdermilk, Perry & Bobak, 1999; May, 1994; Sherwen, Scoloveno & Weingarten, 1991) อีกทั้งในปัจจุบันโรงพยาบาลต่าง ๆ ส่วนใหญ่ก็ยังไม่มี นโยบายอนุญาตให้สามีหรือญาติเข้าไปให้การช่วยเหลือดูแลผู้แม่ในห้องคลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ ที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวด แบบผสมผสานต่อระดับความเจ็บปวด ระยะที่หนึ่ง ของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของ ผู้แม่ครรภ์แก่ เพื่อตอบสนองความต้องการของ ผู้คลอดตามการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามความ

เป็นจริง โดยการนำเทคนิคที่เป็นการพยาบาลทางเลือก มาใช้ ได้แก่ การนวดหลังให้ในระยะที่การดามีความเจ็บปวดมากร่วมกับการเตรียมคลอดในระยะเวลา ที่เหมาะสมเพื่อให้การดูแลครรภ์แรกได้มีทางเลือกในการจัดการกับความเจ็บปวดโดยใช้ความสามารถ ของตนเองในการทำให้ความเจ็บปวดลดลง ระยะเวลากลอดสั้นลง ตลอดจนมีการรับรู้ประสบการณ์ การคลอดที่ดี

กรอบทฤษฎีและกรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดพื้นฐานจากแบบจำลอง การจัดการกับอาการ (Symptom Management) (Larson et al., 1994) ร่วมกับทฤษฎีควบคุมประตุ (Gate Control Theory) (Melzack & Wall, 1983) เป็นแนวคิดในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อ ช่วยเหลือผู้แม่ในการควบคุมความเจ็บปวดในระยะ คลอด โดยมีแนวคิดว่าหากมีการใช้กลวิธีการจัดการ กับอาการเจ็บปวดคลอดที่ดีจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ตามมาด้วย กล่าวคือ ทำให้ผู้แม่มีความเจ็บปวดใน ระยะคลอดลดลง ระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการ คลอดสั้นลงและรับรู้ประสบการณ์การคลอดไปในทางดี โดยที่การจัดการกับอาการเจ็บปวดจะระหว่างคลอด ด้วยการจัดเตรียมให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ความเจ็บปวดจากการคลอด และกลวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดระหว่างการคลอด ตลอดจนการบริหารร่างกาย ขณะตั้งครรภ์ เช่นว่าจะสามารถปรับการรับรู้ (perception of symptoms) การประเมินให้ความหมายต่ออาการเจ็บปวดระหว่างคลอด (evaluation of symptoms) และมีการตอบสนองต่ออาการเจ็บปวดที่เหมาะสม (response to symptoms) ซึ่งการปรับการควบคุมทาง

ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะที่หนึ่งของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก

ด้านความคิดและความรู้สึก (cognitive-affective control) นี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดทางกาย ซึ่งหากทำร่วมกับการลดการกระตุ้น กระแสประสาทจากไข่ประสาทขนาดเล็กด้วยการฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกาย การเคลื่อนไหวและท่าที่ส่งเสริมการคลอด การควบคุมการหายใจ และการเพิ่มการกระตุ้นกระแสประสาทจากไข่ประสาทขนาดใหญ่ ด้วยการลูบหน้าห้อง (effleurage) และการนวดหลัง ในตำแหน่งที่เหมาะสม (acupressure) จะทำให้มารดาสามารถควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี และส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างมารดาครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสาน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

มารดาครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสาน มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดต่ำกว่า ระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่า และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ถึงอายุครรภ์ครบกำหนดซึ่งมาฝากครรภ์และต้องการคลอดที่โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2545 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2546 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Purposive sampling จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย โดยมีคุณสมบัติที่คัดเลือกเข้าไว้ในการศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ มีอายุระหว่าง 20-34 ปี มีความต้องการบุตร สามารถอ่าน และฟังภาษาไทยได้ดี ทราบในครรภ์อยู่ในท่าปกติ คือ ท่าที่ศีรษะเป็นส่วนหน้าและท้ายทอยอยู่ทางด้านหน้าของเชิงกรานมารดา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านอายุรกรรมและด้านสุติกรรม ส่วนคุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ มารดาที่ไม่สามารถเข้าร่วมการสอนก่อนคลอดตามโปรแกรมครบทั้ง 4 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสาน ซึ่งประกอบด้วยแผนการสอนในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการคลอด การเตรียมตัวเพื่อการคลอด ความเจ็บปวด จากการคลอด และกลวิธีการจัดการกับความเจ็บปวด ระหว่างการคลอด การบริหารร่างกายขณะตั้งครรภ์

ร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริงในเรื่องต่าง ๆ ประกอบด้วยมือเรื่องการคลอดและกลวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอดจำนวน 4 ครั้ง คือเมื่ออายุครรภ์ 32, 34, 36, และ 38 สัปดาห์ และการนำเยี่ยมชมสถานที่คลอดเพื่อให้เกิดการคุ้นเคยและสามารถคาดการณ์ในเรื่องของการมารับบริการการคลอดได้โปรแกรมและคุ้มครองได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นสูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านสูติศาสตร์ 4 ท่านและพยาบาลผู้ช่วยน้ำนมการด้านสูติศาสตร์ 1 ท่านก่อนการนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด (พرنิรันดร์ อุดมถาวรสุข, 2528) ซึ่งได้ทำการทดสอบ concurrent validity กับ Stewart's Pain-Color Scale กับกลุ่มมารดาที่มาคลอด 30 ราย ได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .87 และแบบวัดการรับรู้ประสบการณ์การคลอด (ยุวเด ทรัพย์ประเสริฐ, 2541) จำนวน 42 ข้อ ได้ทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มมารดาที่มาคลอด 30 ราย ก่อนนำมาใช้จริงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟารอนบราชเท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินถึงการปกป้องสิทธิและจริยธรรมโดยนำเสนอโครงการวิจัยครั้งนี้ต่อคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ ของกองบริหารงานวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยพิทักษ์เพื่อพิจารณาให้คำรับรองก่อนจะทำการดำเนินการทดลอง และมีหนังสือแสดงความยินยอมให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ก่อนและลงชื่อเป็นหลักฐานก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมจนครบก่อน

จึงศึกษาในกลุ่มทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้พบประพฤติคุณกำนและเห็นการบริการซึ่งฝ่ายหนึ่งไม่ได้รับในระยะคลอดอาจทำให้กลุ่มควบคุมมีความรู้สึกว่าได้รับการบริการที่ไม่เท่าเทียมกันเกิดอคติและไม่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ส่งผลให้ผลการวิจัยผิดพลาดได้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

- ผู้วิจัยสำรวจเจาะเบียน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด นำรายชื่อมาลงรหัสและใส่รหัสในแบบสอบถามแต่ละชุด จากนั้นแนะนำตัวพร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตขอความร่วมมือในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีคำอธิบายโครงการวิจัยและใบขยายนี้ให้มารดาได้อ่าน เมื่อมารดา欣然地เข้าร่วมในการวิจัย จึงให้ลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มารดา 30 รายแรกจะถูกจัดเข้ากลุ่มควบคุมก่อน หลังจากเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมแล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยเลือกจากการดูที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์อีก 30 ราย

- มารดาทุกคนได้รับการดูแลตามปกติ ผู้วิจัยเก็บบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เมื่อแรกรับไว้ในห้องคลอดโดยการสัมภาษณ์และจากแฟ้มประวัติ จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีตอบแบบวัดระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด เมื่อมารดาเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิด 4 ซม. ขึ้นไป ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยให้มารดาตอบแบบวัดด้วยตนเอง เมื่อมดลูกคลายตัว ใช้เวลาตอบไม่เกิน 5 วินาที/ครั้ง การวัดแบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. วัดทุก 10-15 นาที และช่วงปากมดลูกเปิด 7-10 ซม. วัดทุก 5-10 นาที หลังคลอดแล้วผู้ช่วยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดที่ได้จากแฟ้มประวัติ ส่วนผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลการรับรู้ประสบการณ์การคลอดโดยให้

ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะที่หนึ่งของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก

มาตรตอแบบสอบถามด้วยตนเองหลังคลอดแล้ว 24
ชั่วโมง ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

- มาตรตอกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลโดยการสัมภาษณ์และจากแฟ้มประวัติที่ແນກฝากรครรภ์ เมื่อมารดาได้รับการตรวจจากแพทย์แล้วทำการสอนมาตามโปรแกรม รวม 4 ครั้ง (อายุครรภ์ 32, 34, 36, และ 38 สัปดาห์) และเมื่อแรกรับมารดาเข้าสู่ห้องคลอด ในช่วงปากมดลูกเปิด 0-4 ซม. ผู้วิจัยทำหน้าที่สนับสนุน กำกับจังหวะ และแนะนำให้มารดาใช้วิธีการจัดการกับความเจ็บปวดแบบต่างๆ ที่ได้เรียนมา ส่วนผู้ช่วยวิจัยอีบายวิชีตอบแบบวัดระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด เมื่อเข้ามารดาสู่ระยะปากมดลูกเปิด 4 ซม. ขึ้นไป ผู้วิจัยจะทำการนวดหลังให้มารดาเพิ่มขึ้นอีก 1 วิธี ส่วนผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยให้มารตตอแบบวัดด้วยตนเองเมื่อมดลูกคลายตัว ใช้เวลาตอไม่เกิน 5 วินาที/ครั้ง การวัดแบ่งเป็น 2 ช่วงได้แก่ ช่วงปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. วัดทุก 10-15 นาที และช่วงปากมดลูกเปิด 7-10 ซม. วัดทุก 5-10 นาที หลังคลอดแล้วเก็บข้อมูลเช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทางค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคล ทดสอบการกระจายโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ คำนวณค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. และ 7-10 ซม. ระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดและคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด จากนั้นทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยการทดสอบด้วยค่าที่แบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ลักษณะที่นำไปของกลุ่มตัวอย่าง มารดาทั้ง 2 กลุ่มมากกว่าร้อยละ 60 มีอาชีพแบบไม่ใช้แรงงาน มารดาในกลุ่มควบคุมมีการวางแผนการตั้งครรภ์มากกว่าไม่ได้วางแผน (53.3%) ขณะที่มารดากลุ่มทดลองมีการวางแผนการตั้งครรภ์น้อยกว่า (46.7%) มารดาทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัวเดียว (70% ในกลุ่มทดลอง และ 60% ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ) และได้ทำการเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ก็เป็นเพศทารกที่ต้องกับความคาดหวังของมารดา ส่วนมารดาที่ได้รับยากระตุ้นการหัดรัดตัวของมดลูกมีจำนวนไม่มากทั้ง 2 กลุ่ม (20% ในกลุ่มทดลอง และ 10% ในกลุ่มควบคุม) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ตัวอย่าง Chi - square ก็พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อายุเฉลี่ยและจำนวนปีที่ศึกษาของมารดาทั้ง 2 กลุ่ม มีความใกล้เคียงกันมาก สำหรับรายได้ของครอบครัว กลุ่มควบคุมมี Mode ของรายได้มากกว่ากลุ่มทดลอง (15,000 และ 10,000 บาท) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย t-test ก็พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พนบว่าแม้ค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาทั้ง 2 กลุ่มจะใกล้เคียงกันมากทั้งในระยะ active และ transition แต่เมื่อเปรียบเทียบด้วย t-test แล้วมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ สำหรับระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด มารดาในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาคลอดสั้นกว่าและมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดตีกันกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ (ตารางที่ 1)

ศรีสมร ภูมิสกุล และคณะ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 30)			กลุ่มทดลอง (n = 30)			t
	min-max	\bar{X}	SD	min-max	\bar{X}	SD	
1. ระดับความเจ็บปวด ในระยะคลอด							
Active phase (Cx. 4-7 cms)	7.70-9.50	8.50	0.46	6.40-8.00	7.32	0.43	5.66*
Transition phase (Cx. 7-10 cms)	9.60-10.00	9.93	0.11	9.20-9.90	9.56	0.20	4.41*
2. ระยะที่หนึ่งของการคลอด	9.00-13.00	11.22	0.83	6.50-11.67	9.30	1.40	3.24*
3. การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	87-135	109.97	10.62	139-162	155.60	4.69-10.77*	

* = p < .05; Cx. cervix

อภิปรายผล

จากการบททวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา เช่น จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุ อาศีพ รายได้ครอบครัว เป็นต้น ผู้วิจัยจึงพยายามควบคุมปัจจัยเหล่านี้ด้วยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำกัดเฉพาะเจาะจง และทดสอบความเหมือนของกลุ่มตัวอย่างด้วย Chi-square และ t-test ก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันทำให้อาจกล่าวได้ว่า ผลของการวิจัยครั้งนี้มาจากการทดลองโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสาน

การที่มารดาในกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากเหตุผล 3 ประการ คือ 1) มารดาได้รับความรู้เรื่องการคลอดและกลวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ได้ 32-38

สัปดาห์ รวม 4 ครั้ง รวมทั้งเยี่ยมชมห้องคลอด 2) มีการลดแรงกระตุ้นจากไปประสาทขนาดเล็กด้วยการฝึกกายบริหาร การเคลื่อนไหวและใช้ท่าทางที่ส่งเสริมการคลอด และ 3) มีการเพิ่มแรงกระตุ้นจากไปประสาทขนาดใหญ่ด้วยการลูบหน้าห้อง ร่วมกับไดร์บarnation หลังจากพยาบาล ทั้ง 3 ประการนี้ส่งเสริมการปิดประตูรับรู้ความเจ็บปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู มารดาจึงเจ็บปวดลดลง (Melzack & Wall, 1983) ส่วนระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดที่มารดาในกลุ่มทดลองมีสั้นกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมนั้นเนื่องมาจากมารดาได้ถูกกระตุ้นและส่งเสริมให้ใช้การเคลื่อนไหวและท่าทางที่ส่งเสริมการคลอด เช่น การยืน การเดิน การนั่ง การนั่งเอนไปข้างหน้าเป็นต้น ทำให้เหล่านี้ล้วนทำให้มารดาอยู่ในลักษณะศีรษะสูง แรงโน้มถ่วงของโลกทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนตัวลงได้ดี (Dickason, Silverman, & Kaplan, 1988) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการนวดหลังให้มารดาในระยะ active และ transition ซึ่งจำเป็นต้องจัดท่าของมารดาให้อยู่ในท่าศีรษะสูง

ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะที่หนึ่งของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก

เพื่อความสะดวกในการนวดอีกด้วย ส่วนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดนั้นมารดาถูก詢問ทดลองได้รับการสอนในระยะตั้งครรภ์ 4 ครั้ง ฝึกปฏิบัตiteknikต่างๆ รวมทั้งเยี่ยมชมห้องคลอด ทำให้มารดาคลายความกลัว ความวิตกกังวล เกิดความเชื่อมั่นว่าจะสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ระดับหนึ่ง เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดมารดา ได้รับทั้ง physical และ emotional support จนมีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง และระยะเวลา ในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นลง จึงเกิด การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่เป็นไปในทางที่ดีกว่า มารดาในกลุ่มควบคุม (ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ, 2541; สุขภิณุช ลังฆสุวรรณ, 2543; สุปราณี อัทธเรศ, ศิริพร ฉัตรโพธิ์ทอง, และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2531; Bask & Gold, 1982; Gorrie, McKinney, & Murry, 1994)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล ควรนำโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานไปใช้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติของหน่วยฝ่ายครรภ์และห้องคลอดโดยในกรณีที่โรงพยาบาลมีปัญหาด้านบุคลากร อาจเลือกบางส่วนของโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสม จัดมุ่ง หรือสถานที่ซึ่งมารดาสามารถเดินออกมากับญาติได้เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว และก่อให้เกิดความใกล้ชิดในครอบครัว รวมทั้งจัดทำคู่มือการดูแลมารดาไว้ศึกษาในระยะตั้งครรภ์ด้วย

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรจัดให้มีการสอนโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสาน แก่นักศึกษาเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอดแบบไม่ใช้ยา เป็นการ

กระตุนให้นักศึกษาเกิดแนวคิดในการจัดโปรแกรมแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ด้วยตนเองได้

3. ด้านการวิจัย ควรทำวิจัยต่อไปในร่องผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานต่อมาหากลุ่มอื่นๆ หรือต่อความรักใคร่ผูกพันความพึงพอใจในบทบาทและความสามารถของมารดาในระยะหลังคลอด หรือศึกษาผลของโปรแกรมโดยใช้บุคคลอื่นที่ไม่ใช่พยาบาลมาเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนแทน เช่น สามี มารดาของหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- จตุพล ศรีสมบูรณ์. (2540). *Painless Labor*. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นิพรณพร วรมงคล. (2543). ลูกเกิด rotor แม่ปลดกดภัย: การดำเนินการในประเทศไทย. วารสารการศึกษาพยาบาล, 10(3): 2-5.
- พรนรันดร์ อุดมคุณสุข. (2528). การพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการลดความเจ็บปวดจากการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อสะโพก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ. (2541). ผลของการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีสมร ภูมิสกุล และคณะ

- ลัดดาวลัย จิตราขาว. (2542). ผลของการได้รับยาาระบบความเจ็บปวดของแม่ขณะเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอด ต่อพฤติกรรมและระยะเวลาที่การเก็บเริ่มดูดน้ำนมแม่ ได้เป็นผลสำเร็จครั้งแรกในระยะหลังคลอด. *วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)*, สาขาเวชศาส�패ยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุขกินุช สังฟสรรณ (2543). ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมทั่วไปครรภ์และยาาระบบความเจ็บครรภ์ ระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต*, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธิต คุณประดิษฐ์. (2543). งานอนามัยแม่และเด็ก: วิธีคิดปฏิบัติ และผลลัพธ์. คำพูน: โรงพยาบาลลำพูน.
- สุปราณี อัทธอเสรี, ศิริพร จัตราวิเชิงทอง, และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2531). การศึกษาผลของการพยาบาลด้านจิตใจต่อพฤติกรรมการแพชญ์ความเจ็บปวดของสตรีเมื่อครรภ์ในระยะคลอดและการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด. รายงานผลการวิจัยภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bask, D.B., & Gold, W.A. (1982). *The nurse and the childbearing family*. New York: John Wiley & Son.
- Dickason, E.J., Silverman, B.L., & Kaplan, J.A. (1998). *Maternal-infant nursing care*. 3rd ed. St.Louis: Mosby.
- Gorrie, T.M., McKinney, E.S., & Murry, S.S. (1994). *Foundations of maternal-newborn nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Larson, P.J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M.J., Doglas, M., Fauchett, J., Froelicher, E.S., et al. (1994). A model for symptom management. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272-276.
- Lieberman, E., Lang J. M., Cohen, A., D'Agostino, R., Datta, S., & Frigoletto Jr., F.D. (1996). Association of epidural analgesia with cesarean delivery in nulliparas. *Obstetrics & Gynecology*, 88(6), 993-1000.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., & Bobak, I.M. (1999). *Maternity nursing*. St. Louis: Mosby.
- Macaulay, J.H., Bond, K., & Steer, P.J. (1992). Epidural analgesia in labor and fetal hyperthermia. *Obstetrics & Gynecology*, 80(4), 665-669.
- May, K.A., & Mahlmeister, L.R. (1994). *Maternal and neonatal nursing: Family-centered care*. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Melzack, R., & Wall, P.D. (1983). *The challenge of pain*. New York: Basic Books.
- Mercer, R.T. (1985). Relationship of the birth experience to the late mothering behavior. *Journal of Nurse-Midwifery*, 30(4), 204-211.
- Newton, E.R., Schroeder, B.C., Knape, K.G., & Bennett, B.L. (1995). Epidural analgesia and uterine function. *Obstetric & Gynecology*, 85(5 part 1), 749-755.
- Nichols, F.H. & Humenick, S.S. (1988). *Childbirth education: Practice, research and theory*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Ransjo-Arvidson, A., Matthiesen, A., Lilja, G., Nissen, E., Widstrom, A., & Uvnas-Moberg, K. (2001). Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: Effect on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth*, 28(1), 5-12.
- Scanlon, J.W., Brown, W.U., & Weiss, J.B. (1974). Neurobehavioral responses of newborn infants after maternal epidural anesthesia. *Anesthesiology*, 40(2), 121-128.
- Sherwen, L.N., Scoloveno, M.A., & Weingarten, C.T. (1991). *Nursing care of the childbearing family*. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Simkin, P.T. (1991). Just another day in a woman's life ? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203-210.

ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเจ็บปวดแบบผสมผสานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด
ระยะที่หนึ่งของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก

The Effect of Integrated Pain Management Program on Labor Pain, Duration of First Stage of Labor, and Childbirth Experience in Primiparous Mothers

Srisamorn Phumonsakul* R.N., M.S. (Nursing), D.N.S.

Orapin Chareonpol** R.N., M.Ed. (Education Management)

Plernpit Promrak*** R.N., M.N.S. (Maternity and Newborn Nursing)

Abstract: The purpose of this quasi-experimental research was to determine the effect of the integrated pain management program on labor pain, duration of the first stage of labor, and perception of childbirth experience in primiparous mothers. The Symptom Management Model and Gate Control Theory were used as the theoretical framework for this study.

Sixty subjects were purposively selected from Obstetric Department, Metta Pracharak (Wat Raiking) Hospital. The subjects were equally divided into an experimental group and a control group. The experimental group received usual care plus the integrated pain management program administered by the researcher beginning at 32nd–38th weeks of gestation and during labor, while the control group received usual care from staff nurses. Data were collected by self-administered questionnaires.

The study revealed that the mothers in the experimental group had statistically significant lower mean score of labor pain both in active and transition phases and had shorter duration of the first stage of labor than those in the control group. For the perception of childbirth experience, the experimental group had statistically significant higher scores in childbirth perception than those in the control group.

The result of the study suggested that using the integrated pain management program in primiparous mothers could reduce pain during labor, shorten the duration of the first stage of labor, and also impact positively on the perception of childbirth experience. This program could be one of the effective choices for primiparous mothers in dealing with labor pain and it should be the independent nursing role, which could be administered by the nurse.

Keyword: Pain management, Labor pain, Duration of the first stage of labor, Perception of childbirth experience

*Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

**Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

***Staff Nurse, Panthong Hospital, Chonburi Province.