

ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก โดยการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

น้ำทิพย์ ประสิทธิการ, พย.ม.¹

วิสุทธิ์ โนจิตต์, พย.ด.^{2*}

หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงษ์, ศษ.ด.²

บทคัดย่อ

หญิงตั้งครรภ์แรกมักพบว่ามีอาการวิตกกังวล ความกลัวและความปวดขณะคลอด การจัดการความปวดที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังการทดลองในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 30 คน เครื่องมือในการทดลองคือโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกโดยการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติทดสอบ วิลคอกซัน ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดหลังการทดลองทั้ง 3 ระยะต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมให้แก่หญิงตั้งครรภ์แรกก่อนคลอด ลดความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อเพิ่มคุณภาพของการพยาบาลจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการความปวด, ระยะที่ 1 ของการคลอด, หญิงตั้งครรภ์แรก, การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

วันที่รับ: 13 มกราคม 2567 วันที่แก้ไข: 26 เมษายน 2567 วันที่ตอบรับ: 30 เมษายน 2567

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ติดต่อหลัก email: wnochit@gmail.com

Effects of pain management program in the first stage of labor among primipara women with continuous labor support

Namthip Prasittikan, M.N.S¹

Wisut Nochit. Ph.D.^{2*}

Hathairat Budsayapanpong, Ed.D.²

Abstract

Primipara women often experience anxiety, fear, and pain during delivery, therefore the appropriate development of a pain management model is extremely important. This quasi-experimental research, one-group pretest-posttest design, aimed to compare the average pain scores before and after the experiment in the latent, active, and transition phases. The sample group consisted of 30 primipara women who received midwife services in the community hospitals, in Uthai-Thani province. The experimental tool was a pain management program in the first stage of labor for primipara women by providing continuous labor support. Data collection tools included a personal information questionnaire and a pain assessment form with a numeric rating scale. Data were analyzed using frequency distribution statistics, percentages, means, and standard deviations. The research hypotheses were tested using Wilcoxon signed ranks test. The results showed that the mean pain score after all 3 phases of the experiment was significantly lower than before the experiment ($p < .01$). The results of this research can be used as a guideline for preparing primipara women before labor, reducing pain in the first stage of labor to increase the quality of nursing care in terms of pain management more efficient.

Keywords: Pain management, The first stage of labor, Primipara women, Continuous labor support

Received: Jan 13, 2024 Revised: Apr 26, 2024 Accepted: Apr 30, 2024

¹ Registered nurse, Professional Level, Nongchang Hospital, Uthaitхани Province

² Registered nurse, Senior professional level, Boromrajonnani College of Nursing Chainat, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author E-Mail: Wnochit@gmail.com

บทนำ

หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เพราะเป็นกลไกทางธรรมชาติ การเจ็บครรภ์คลอดเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงและเฉียบพลัน ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากการขาดออกซิเจนของกล้ามเนื้อดลูกที่หดตัว ทำให้มดลูกส่วนล่างถูกดึงรั้งจนปากมดลูกบางและเปิดขยาย ในขณะเดียวกันส่วนนำของทารกได้เคลื่อนต่ำลงมากดทับร่างแหประสาทที่ปากมดลูกและอุ้งเชิงกราน ทำให้หญิงตั้งครรภ์ตั้งครรภ์มีความรู้สึกเจ็บปวด กลัวการเจ็บครรภ์จากการคลอด รวมถึงกลัวว่าทารกในครรภ์จะไม่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดและเกิดการรับรู้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดเป็นความทุกข์ทรมานและเป็นสิ่งที่น่ากลัว โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรก (ธีระ ทองสง, 2564) โดยการคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 คือ เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมด ระยะที่ 2 คือ ระยะปากมดลูกเปิดหมดจนถึงทารกคลอด ระยะที่ 3 ระยะทารกคลอดจนถึงรกคลอด และระยะที่ 4 คือ ระยะที่รกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งในแต่ละระยะจะมีความเจ็บปวดที่มีความรุนแรงต่างกัน โดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอดหญิงตั้งครรภ์จะมีความเจ็บปวดยาวนานที่สุด มีระยะเวลาประมาณ 8-24 ชั่วโมงหรือเป็นเวลานานเฉลี่ย 12 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ 6 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง ปัญหาจากความปวดทำให้หญิงตั้งครรภ์บางรายต้องการให้สิ้นสุดการคลอดให้เร็วที่สุดด้วยการทำผ่าตัดคลอด เนื่องจากไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดต่อไปได้ (กุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์ เสาวรส ป้อมเย็น, คำภา อยู่สุข และ ไชยพันธ์ ทยาวิวัฒน์, 2562)

ธรรมชาติของกระบวนการการคลอดอาศัยกลไก 3 ประการ ได้แก่ 1) แรงผลักดันในการคลอด (power) คือ แรงจากการบีบรัดตัวของมดลูกและแรงเบ่ง 2) ช่องทางคลอด (passage) ประกอบด้วยช่องทางคลอดที่เป็นกระดูก ได้แก่ ขนาดและรูปร่างเชิงกรานเป็นส่วนใหญ่ที่ยืดขยายได้น้อยมากกับส่วนที่เป็นเนื้อเยื่อซึ่งสามารถยืดขยาย ได้แก่ พื้นเชิงกรานปากมดลูก ช่องคลอด และฝีเย็บ และ 3) สิ่งที่คลอดออกมา (passenger) ได้แก่ ทารกและรก (อาลี แซ่เจียว และ พยุงศรี อุทัยรัตน์, 2560) ความปวดจะเกิดขึ้นในทุกระยะของการคลอด โดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะปากเปิดมดลูกเปิดช้า (latent phase) อาการปวดเกิดจากมดลูกจะเริ่มหดตัวเพื่อผลักดันทารกให้ค่อยๆ เคลื่อนสู่อุ้งเชิงกราน ระยะนี้ปากมดลูกเปิด 1-3 เซนติเมตร 2) ระยะปากเปิดมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ระยะนี้อาการปวดมาจากการหดตัวของมดลูกที่บีบรัดตัวถี่ขึ้น ศีรษะและลำตัวทารกถูกผลักดันไปกดทับร่างประสาททำให้ระดับปวดจะเพิ่มมากขึ้นและทำให้รู้สึกไม่สุขสบายบริเวณหน้าท้องและหลัง และ 3) ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) เป็นระยะที่มีความปวดมาก หญิงตั้งครรภ์จะมีการรับรู้ลดลงเพราะถูกรบกวนด้วยความปวด (ละมัย วงศ์ศาสน์, 2561) นอกจากกระบวนการด้านร่างกายของการคลอดแล้ว สภาพอารมณ์และจิตใจก็ส่งผลต่อการความปวดและระยะเวลาคลอด เพราะความกลัว วิตกกังวลและความเครียดที่เกิดร่วมกับความปวด ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนแคโทโคลามีนเพิ่มขึ้น แต่ฮอร์โมนออกซิโทซิน (oxytocin) ซึ่งทำหน้าที่ช่วยให้มดลูกหดตัวลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงตัว การหดตัวของมดลูกลดลงทำให้เกิดความก้าวหน้าในการคลอดล่าช้า (ธัญญารัตน์ กุลณิจิตต์เมธี, 2560)

ในการจัดการความปวดในระยะเวลารอคอยคลอดนั้น ตามแผนการรักษาของแพทย์มักจะไม่ใช่ยาลดปวดในช่วงระยะเวลารอคอยคลอด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ต้องใช้การตัดสินใจหรือแก้ปัญหาตามมาตรฐานจริยธรรม

จรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย และแนวทางที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย (กองการพยาบาล, 2561) ซึ่งการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการค้นหาวิธีการที่ถูกต้อง เหมาะสมและนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การพยาบาลที่พึงประสงค์ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ได้มีการนำทฤษฎีการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องของ Adams & Bianchi (2008) มาใช้ในการสนับสนุนการคลอด ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย (physical support) ได้แก่ การจัดกิจกรรมเพื่อลดความปวด เพิ่มความสุขสบาย 2) ด้านอารมณ์ (emotional support) ได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อน การให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจในการคลอด 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (information) ได้แก่ การให้คำแนะนำและวิธีการปฏิบัติตัว และ 4) ด้านการเป็นตัวแทน (advocacy support) ได้แก่ การเป็นตัวแทนช่วยเหลือในสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ รวมทั้งการปกป้องสิทธิ์ที่พึงได้รับ มีผู้นำทฤษฎีดังกล่าวไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่า ช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ได้แก่ ลดความกลัว ลดการใช้ยาเร่งคลอด (สุตารักษ์ ประสาร, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, 2564) ลดความปวดในระยะ ปากมดลูกเปิดช้า ปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน (ปิยะนุช ขวัญเมือง, โสเพ็ญ ชูนวน และ เบญญาภา ธิติมาพงษ์, 2564)

สำหรับการนำวิธีการแบบไม่ใช้ยามาใช้ในการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่า มีวิธีการที่หลากหลายในการจัดการความปวด เช่น การบริหารร่างกายแบบมณีเวชท่าผีเสื้อกระพือปีกช่วยลดความปวดทั้งในระยะปากมดลูกเปิดช้า ปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน (อาลี แซ่เจียว และ พยุงศรี อุทัยรัตน์, 2560) และช่วยลดระยะเวลาในการคลอด (พยุงศรี อุทัยรัตน์ และ อาลี แซ่เจียว, 2561) การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัว (ชาลินี เจริญสุข, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, 2561) การให้ความรู้และคำแนะนำโดยการนำสื่ออิเล็กทรอนิกส์มาใช้ (ปิยาณี นักบุญ, ไฟทอง สอนงาม, ศุภธำภรณ์ มะหุวรรณ และ นิตยา กุลตั้งวัฒนา, 2566) การลดอาการปวดโดยการนวดหลัง (พิมพ์พรรณ จิราสุคนธ์ และ พชรินทร์ วิริยะศิริสกุล, 2565) ทั้งนี้การปรับมาใช้ในการจัดการความปวดควรพิจารณาตามความเหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์แรกแต่ละราย เพื่อให้ได้ผลการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

การจัดการกับความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลชุมชน เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้คลอดสามารถดูแลตนเองได้ และผ่านพ้นระยะที่มีความปวดไปได้ด้วยดี และปลอดภัย จากการวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการด้านการคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี พบว่า จากการศึกษาวิเคราะห์เป็นหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาคลอดแบบปกติในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 จำนวน 140 ชุด พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกมีคะแนนเฉลี่ยความปวดในระยะปากมดลูกเปิด 1-3 เซนติเมตร 4-8 เซนติเมตร และ 9-10 เซนติเมตร เท่ากับ 6.01, 8.03 และ 10 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับวรรณกรรมที่ผ่านมา (โรงพยาบาลหนองฉาง, 2564) ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่แผนกงานการพยาบาลผู้คลอด ในโรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี จึงมีความสนใจนำทฤษฎีการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ร่วมกับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายด้วยการบริหารร่างกายแบบมณีเวชท่าผีเสื้อกระพือปีก การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นเพื่อนและช่วยนวดหลังขณะ

มดลูกหดตัว การนำแอปพลิเคชัน โจนมาใช้ในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพและการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเป้าหมายที่สำคัญคือได้โปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดที่เหมาะสมหญิงตั้งครรภ์แรกและมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มตัวอย่างในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเร็วและระยะเปลี่ยนผ่านก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน

กรอบแนวคิด

เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกมักเกิดจากกลไกตามธรรมชาติของการคลอด และความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดเนื่องจากการขาดประสบการณ์ การวิจัยครั้งนี้จึงนำทฤษฎีการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง (Adams & Bianchi, 2008) ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การเป็นตัวแทน มาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ (แผนภาพที่ 1)

โปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกโดยการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

- 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย
 - การบริหารร่างกายด้วยศาสตร์มณีเวชทำนั้งผีเสื้อกระพือปีก
 - การให้สามีหรือญาติหนุนหลัง
- 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์
 - การให้ข้อมูล ความรู้ กระบวนการคลอด
 - การให้สามีและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล
- 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
 - การให้ข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีไร้สายในรูปแบบวีดิทัศน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์
- 4) การเป็นตัวแทน
 - การเป็นตัวแทนหญิงตั้งครรภ์ สร้างความมั่นใจ เคารพในการตัดสินใจ

ระดับความปวด

- ระยะปากมดลูกเปิดช้า
- ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว
- ระยะการเปลี่ยนผ่าน

แผนภาพที่ 1 โปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกโดยการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนมิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 6 แห่ง คัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาโดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจำนวน 3 แห่ง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ (ชาลินี เจริญสุข และคณะ, 2561) โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ .05 กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลอง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ตั้งครรภ์เดี่ยว 2) มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์และระยะคลอดต้องเป็นครรภ์ครบกำหนด 3) อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ 4) ทารกอยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนนำ 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หรือ มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด 6) มีความประสงค์ที่จะคลอดด้วยตนเอง 7) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตั้งแต่วางครรภ์จนสิ้นสุดระยะการเปลี่ยนผ่าน 8) มีสามีหรือญาติที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมตั้งแต่ไตรมาสที่ 3 ของระยะฝากครรภ์ 9) คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นต้องผ่าตัดทารกออกทางหน้าท้อง เนื่องจากความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้ากว่าปกติ คลอดก่อนกำหนด มีภาวะที่ศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน และทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ อายุครรภ์ จำนวนครั้งการฝากครรภ์ ความสูงของยอดมดลูก น้ำหนักทารกแรกคลอด และการมีส่วนร่วมของญาติ

1.2 แบบประเมินความปวด ชนิดมาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) ดัดแปลงโดยพรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข (2528) ซึ่งได้รับความนิยมนำมาใช้ในการประเมินความปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้าและระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (นงลักษณ์ คำสวัสดิ์, 2563) เป็นเครื่องมือวัดเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งความยาวออกเป็น 10 ส่วน โดยมีเส้นตรงขีดตั้งลงบนเส้นตรง มีตัวเลข 0 ถึง 10 ระบุด้านล่าง ด้านซ้ายสุด คือ 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง และ 7-10 หมายถึง ปวดรุนแรง โดยให้หญิงตั้งครรภ์ดู แล้วให้ตอบเป็นตัวเลข ใช้ในการประเมินความปวดของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอคลอดในช่วงปากมดลูกเปิด 1-3 เซนติเมตร 4-8 เซนติเมตร และ 9-10 เซนติเมตร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกโดยการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 คือ ระยะเตรียมความพร้อมก่อนมาคลอด และระยะที่ 2 คือการพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด

3. คู่มือการเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติตัวในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก และวิดิทัศน์ประกอบคู่มือโดยเนื้อหาในคู่มือ ประกอบด้วย กลไกการคลอด สาเหตุของความปวด วิธีการลดปวด การบริหารท่าผีเสื้อกระพือปีก และวิธีการนวดหลัง และวิดิทัศน์ประกอบการใช้คู่มือ ประกอบด้วย การบริหารร่างกายแบบมณีเวชท่าผีเสื้อกระพือปีกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และวิธีการนวดหลังสำหรับญาติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความปวดชนิดมาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale: NRS) ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้วิธีการหาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) (Alavi, Biros & Cleary, 2020) ประเมินโดยผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 6 คน พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 (ค่ายอมรับได้ 0.80-1.00)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 คู่มือและวิดิทัศน์ ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และพยาบาลสูติศาสตร์จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการคลอด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์สูตินรีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของคู่มือและวิดิทัศน์ พบว่า เนื้อหา รูปภาพ และสื่อวิดิทัศน์ มีความเหมาะสม และนำไปทดลองให้หญิงตั้งครรภ์แรกที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คนและญาติจำนวน 5 คน ทดลองใช้เพื่อหาความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในเนื้อหาทั้งที่เป็นคู่มือและวิดิทัศน์ หญิงตั้งครรภ์สามารถสารถย้อนกลับวิธีการบริหารร่างกายแบบมณีเวชท่าผีเสื้อกระพือปีก และญาติสามารถสารถย้อนกลับวิธีการนวดหลังได้ถูกต้อง

การเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 6 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพแผนกงานการพยาบาลผู้คลอดของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 แห่งๆ ละ 2 คน เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยโดยการจัดอบรมให้ความรู้ตามรูปแบบการจัดการความปวดฯ ที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 วัน ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ การสาธิตตามวิดิทัศน์ โดยใช้แอปพลิเคชัน โน้ต และสาธิตย้อนกลับ และการลงบันทึกข้อมูลตามคู่มือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างลงชื่อ เพื่อให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรมแล้วให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยมีรายละเอียดขั้นตอนของโปรแกรมและกิจกรรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดขั้นตอนของโปรแกรมและกิจกรรม

ขั้นตอนของโปรแกรมฯ	กิจกรรม
ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนมาคลอดที่แผนกฝากครรภ์	การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ ประกอบด้วย
	1) การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด แนะนำการใช้คู่มือและวิดิทัศน์

ขั้นตอนของโปรแกรมฯ	กิจกรรม
ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์	2) การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การบริหารร่างกายแบบมณีเวชท่านั่งมีเสื่อกระพือปีก ประกอบการใช้คู่มือ วิดีทัศน์โดยใช้แอปพลิเคชัน โน้ต และมอบหมาย ให้ปฏิบัติการบริหารร่างกายทุกวันๆละ 2-3 นาที ลงบันทึกข้อมูลการปฏิบัติในคู่มือ และรายงานผลการปฏิบัติในวันมาตรวจตามนัด (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) จนคลอด 3) การสอน สาธิต และสาธิตย้อนกลับให้แก่สามีหรือญาติในการนวดหลังให้หญิงตั้งครรภ์ โดยใช้คู่มือฯ และวีดิทัศน์ประกอบ จำนวน 4 ท่า ได้แก่ การนวดบริเวณหลัง บั้นเอว สะโพก และก้นกบ โดยแต่ละท่าใช้เวลา 5 นาที และมอบหมายให้ญาติฝึกนวดหลังให้หญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน เพื่อให้มีความพร้อมที่จะสามารถปฏิบัติได้เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาล
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ก่อนคลอด	4) ให้หญิงตั้งครรภ์ เป็นเพื่อนในแอปพลิเคชันไลน์กับนักวิจัย สำหรับการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และติดต่อสื่อสารระหว่างนักวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง 1) หญิงตั้งครรภ์มาตรวจตามนัด 2) สอบถามปัญหา อุปสรรคในการบริหารร่างกายฯ ที่บ้าน รับฟังปัญหาและข้อคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์และญาติ พร้อมกับการให้ข้อมูลเพิ่มเติม 3) ตรวจสอบการบันทึกการบริหารร่างกาย ในคู่มือ ชื่นชมให้กำลังใจที่หญิงตั้งครรภ์การเป็นผู้แทน 1) เป็นผู้ประสานงานกับบุคคลอื่นตามที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ 2) หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสตัดสินใจเลือกสามีหรือญาติที่จะดูแลในระยะคลอด
ระยะที่ 2 การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด	การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยให้การทวนสอบความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ และตอบข้อซักถามของหญิงตั้งครรภ์และญาติ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ 1) ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว 2) พยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด การให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์และญาติ การสนับสนุนด้านร่างกาย ได้แก่ 1) บริหารร่างกายแบบมณีเวชท่านั่งมีเสื่อกระพือปีก ปฏิบัติในระยะเวลาที่มดลูกยังไม่หดตัว ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์นั่งบนเตียง งอขาสองข้างเข้าหาตัว โดยให้ฝ่าเท้าทั้งสองข้างประกบกัน ดันส้นเท้าเข้าหาตัวให้มากที่สุด อาจใช้มือทั้งสองข้างกดที่เข่าทั้งสองข้างไว้ หรืออาจใช้หมอนรองไว้ช่วงหน้าตักหรือนั่งพบบนโต๊ะคร่อมเตียง (over bed table) แล้วกดตัวไปข้างหน้าท่ามุม 15-30 องศา หายใจเข้าลึก หายใจออกช้า นับ 1-20 แล้วค่อย ๆ ยกตัวขึ้นหลังตรงปกติ เรียกว่า 1 ชุด ทำซ้ำจำนวน 5 ชุด มีพักระหว่างชุด 1-2 นาที ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ปฏิบัติทุก 1 ชั่วโมง จะยุติเมื่อปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร 2) ให้สามีหรือญาตินวดหลังขณะมดลูกหดตัว หรือรู้สึกไม่สุขสบายโดยให้หญิงตั้งครรภ์นั่งพบบนโต๊ะคร่อมเตียง จะยุติเมื่อปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร

ขั้นตอนของโปรแกรมฯ	กิจกรรม
	การเป็นผู้แทน ได้แก่ 1) การเป็นธุระช่วยเหลือในกิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติได้ 2) เป็นผู้ประสานงานระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับบุคคลอื่น 3) การปกป้อง รักษาสิทธิ์ที่หญิงตั้งครรภ์พึงได้รับ ได้แก่ การอธิบายให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการเปิดเผยร่างกายและไม่เปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น สิทธิ์ด้านประกันสุขภาพ และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย 10 ประการ
การประเมินระดับปวด	ประเมินระดับความปวดขณะคลอดลูกหดรัดตัวและขณะที่สามีหรือญาติยืนวดหลัง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารังนี้ได้รับคำรับรองในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีครบองค์ประชุม (full board review) เลขที่ 19/2565 วันที่รับรอง 9 สิงหาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างที่บรรลุนิติภาวะ ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลให้แก่กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการวิจัยจะไม่มีผลต่อสิทธิ์ในการได้รับบริการอื่น ๆ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่บรรลุนิติภาวะ ได้อธิบายให้ผู้ปกครองและสามีรับทราบข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่บรรลุนิติภาวะ และให้ผู้ปกครองลงนามยินยอม และกลุ่มตัวอย่างลงนามคู่กับผู้ปกครอง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกนำเสนอในภาพรวมที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทุกอย่างถือเป็นความลับ โดยจะถูกเก็บในซองกระดาษและถูกรักษาอย่างมิดชิดในตู้ที่มีกุญแจปิดล็อก มีเพียงผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรักษากุญแจ และจะถูกทำลายภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความปวด ได้นำคะแนนระดับความปวดมาทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยการทดสอบ One-sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ค่า $p=.001$ กล่าวคือ ค่า $p<.05$ แสดงว่าข้อมูลไม่มีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรที่ต้องการศึกษาโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์แรก จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 14-32 ปี ($\bar{x}=19$ ปี, $SD=4.20$) ทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษา (ร้อยละ 86.67) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 46.67) รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 30) ส่วนใหญ่มีรายได้เดือนละ 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 53.33) รองลงมาไม่มีรายได้มากกว่าเดือนละ 10,000 บาท (ร้อยละ 43.33) ฝากครรภ์เฉลี่ย

จำนวน 9 ครั้ง ระดับความสูงเฉลี่ยของยอดมดลูกเท่ากับ 31.86 เซนติเมตร (ซม.) น้ำหนักเฉลี่ยของทารกแรกคลอดเท่ากับ 3,096 กรัม และการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลในระยะเตรียมตัวก่อนคลอด พบว่า ญาติที่เข้ามารับความรู้ที่แผนกฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ แบ่งเป็นสามี จำนวน 14 คน และญาติฝ่ายหญิง จำนวน 16 คน (มารดา จำนวน 12 คน พี่สาว จำนวน 4 คน) และในระยะคลอด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยมีจำนวน 2 คน ที่มีการเปลี่ยนผู้ดูแล คือ สามี จำนวน 2 คน ที่ติดภาระกิจการทำงาน โดยให้มารดาของหญิงตั้งครรภ์เป็นผู้มีส่วนร่วมดูแลแทน ซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะมาคลอดแล้ว

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดของหญิงตั้งครรภ์แรกก่อนและหลังทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของหญิงตั้งครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิด 1-3 ซม. 4-8 ซม. และ 9-10 ซม. ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดของหญิงตั้งครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิด 1-3 ซม. 4-8 ซม. และ 9-10 ซม. ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง ($n=30$)

ระยะที่ 1 ของการคลอด	ระดับการปวด ($\bar{X}$, SD)		Z	P
	ก่อน	หลัง		
ระยะปากมดลูกเปิด 1-3 ซม.	4.85(.56)	3.30(.72)	-4.77	.001**
ระยะปากมดลูกเปิด 4-8 ซม.	6.98(.48)	5.21(.61)	-4.71	.001**
ระยะปากมดลูกเปิด 9-10 ซม.	8.68(.31)	6.90(.93)	-4.72	.001**

** $p < .01$

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของหญิงตั้งครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิด 1-3 ซม. 4-8 ซม. และ 9-10 ซม. ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการทดลองในครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยความปวดในระยะปากมดลูกเปิดทั้ง 3 ระยะ เท่ากับ 3.30 5.21 และ 6.90 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบผลการทดลองกับข้อมูลเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาคลอดแบบปกติที่โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ พ.ศ 2563-2564 ซึ่งพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่า โดยมีระดับความปวดเฉลี่ย เท่ากับ 6.01 8.03 และ 10 ตามลำดับ (โรงพยาบาลหนองฉาง, 2564) ซึ่งผลการวิจัยสามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดของการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

การสนับสนุนด้านร่างกาย

โปรแกรมฯ ได้กำหนดกิจกรรมให้สามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการนวดหลัง และมีการเตรียมความรู้และฝึกทักษะการนวดตั้งแต่ระยะมาฝากครรภ์ จึงทำให้สามีหรือญาติ มีส่วนร่วมในการดูแลโดยการนวดหลังเมื่อมดลูกหดรัดตัวทำให้บรรเทาความปวดลงได้ เป็นเพราะว่าการนวดและการสัมผัสส่งผลให้ยับยั้งข้อมูลความปวดของ substantia gelatinosa cell (SG cell) ของ dorsal horn ของไขสันหลัง ไปยังเซลล์เม็ดเลือดขาวที่เรียกว่าทีเซลล์ (T-Cell) ที่ไขสันหลัง ซึ่งเป็นการปิดประตูการส่งสัญญาณความปวดไปสู่สมอง การที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการนวดหลังจะรู้สึกผ่อนคลาย ร่างกายจะมีการหลั่งสารฮอร์โมนเอนโดรฟิน (endorphin hormone) ซึ่งผลิตจากต่อมใต้สมอง

พิทูอิทารี (pituitary gland) และต่อมไฮโปทาลามัส (hypothalamus gland) เป็นสารที่หลั่งออกมาเพื่อช่วยบรรเทา ความเป็นปวด โดยสารเหล่านี้จะทำปฏิกิริยากับหน่วยรับความรู้สึกกับสมอง ส่งผลให้ร่างกายมีความเจ็บปวดที่น้อยลง จึงช่วยตัดวงจร ความกลัว ความตึงเครียด และความปวดได้ (พิมพ์พรรณ จิราสุคนธ์ และ พชรินทร์ วิริยะศิริสกุล, 2565)

การสนับสนุนด้านอารมณ์

ความกลัวในระยะคลออดของหญิงตั้งครรภ์แรกจะส่งผลให้ระดับพลาสมาอิพิเนพริน (plasma epinephrine) เพิ่มขึ้น ในขณะที่ตัวร่างกายจะหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงเครียดและเกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นตามมา เกิดเป็นวงจร ความกลัว ความเครียด ความปวด (fear tension pain cycle) ความเจ็บปวดส่งผลให้หมดลูกหดตัวผิดปกติ เกิดกระบวนการคลออดที่ยาวนานหรือคลออดยากตามมา (พยุศรี อุทัยรัตน์ และ อาลี แซ่เจียว, 2561) โดยทั่วไปความกลัวในหญิงตั้งครรภ์แรกเป็นผลมาจากความไม่รู้และความเข้าใจผิด ๆ กับสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลออด เช่น การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลออด ความกังวลเกี่ยวกับอันตรายที่อาจขึ้นกับเด็กทารกในครรภ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่หญิงตั้งครรภ์ไม่คุ้นเคยขณะนอนรอคลออดและขณะคลออด และสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การขาดประสบการณ์ในการคลออด (ชาลินี เจริญสุข และคณะ, 2561) การวิจัยในครั้งนี้ ได้มีการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจให้แก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ไตรมาสที่ 3 โดยให้สามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่การให้คำแนะนำการปฏิบัติตน การเตรียมความพร้อมของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การสอนให้สามีหรือญาตินวดหลังให้แก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่อยู่ที่บ้าน และให้มีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ห้องรอคลออด ในระยะที่ 1 ของการคลออด ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาลินี เจริญสุข และคณะ (2561) ซึ่งใช้แนวความคิดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากสามีและญาติด้วยการนวดกดจุด ๆ เป็นวงกลมน้ำหนักสม่ำเสมอขณะหมดลูกหดตัวขณะรอคลออดโดยสามารถลดระดับความเจ็บปวดได้ และทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจในระดับสูง ดังนั้นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจให้แก่หญิงตั้งครรภ์แรกควรให้สามีและญาติเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะ ฝากครรภ์จนถึงระยะรอคลออด ร่วมกับการดูแลอย่างใกล้ชิดของทีมสุขภาพจะทำให้เกิดคุณภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์คลายความปวดขณะรอคลออดได้

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญในระหว่างรอคลออด และวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา เพื่อให้ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจ พร้อมทั้งจะเผชิญการเจ็บครรภ์คลออดด้วยเทคนิคการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ได้รับคำแนะนำจากสามีหรือญาติ และเกิดความคิดบวกต่อการบวนการคลออด จะช่วยให้เกิดการยอมรับและมีประสบการณ์การคลออดที่ดี (ชาลินี เจริญสุข และคณะ, 2561) การวิจัยครั้งนี้ ได้มีการทำสื่อการเตรียมความพร้อมในการคลออดในรูปแบบวีดิทัศน์ ที่สามารถชมได้ในแอปพลิเคชันไลน์ ที่มีเนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลออด วิธีการปฏิบัติตน โดยเฉพาะวิธีการบริหารโดยศาสตร์มณีเวชทำนังผีเสื้อ กระพ้อปีก และวิธีการลดปวดจากการนวดหลังโดยสามีหรือญาติ และคู่มือสำหรับศึกษาด้วยตนเอง ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว สามารถศึกษาได้ทุกเวลาที่ต้องการ และนำความรู้ไปใช้ในการเตรียมตัวทั้งที่บ้านและขณะรอคลออดที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาลินี เจริญสุข และคณะ (2561) ได้มีการเตรียมความพร้อมให้แก่หญิงตั้งครรภ์ โดยการสร้างเจตคติทางบวกต่อการคลออดด้วยวีดิทัศน์การให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติ

ของการคลอด เทคนิคการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการแจกกุ่มมือโดยให้หญิงตั้งครรภ์และญาติได้เรียนรู้ไปด้วยกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น การใช้สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ที่หญิงตั้งครรภ์สามารถศึกษาได้ด้วยตนเองผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเสริมประสิทธิภาพของการให้บริการทางการพยาบาล

การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทน

การเป็นตัวแทนทำกิจกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถทำได้ โดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอด ทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับบุคคลอื่น และเป็นการปกป้องหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการดูแลตรงกับความต้องการ และเปิดโอกาสให้ ผู้คลอดได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้คลอดและบุตรในครรภ์ การให้ความเคารพ ให้ความเป็นส่วนตัว ไม่เปิดเผยส่วนต่าง ๆ ของร่างกายของผู้คลอดโดยไม่จำเป็น และให้ความเคารพต่อการตัดสินใจในการรักษาถ้าไม่ขัดต่อแผนการดูแลการคลอด (ชาลิณี เจริญสุข และคณะ, 2561) การวิจัยในครั้งนี้พยาบาลให้การดูแลโดยไม่เปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น มีการอธิบายให้เกิดความเข้าใจถึงกรณีที่มีความจำเป็นต้องเปิดเผยร่างกายในทุกขั้นตอนระหว่างการคลอด การเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์มีสิทธิ์เลือกบุคคลที่จะเป็นเพื่อนและช่วยดูแลตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะที่ 1 ของการคลอด การได้รับทราบข้อมูลสิทธิ์ 10 ประการที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับ และเป็นผู้ประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามความต้องการและความจำเป็นของหญิงตั้งครรภ์ กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในการได้รับการดูแลและได้รับปกป้องพิทักษ์สิทธิ์ในทุกขั้นตอนของการคลอด สอดคล้องการศึกษาของ สุดารักษ์ ประสาร และคณะ (2564) ที่กำหนดให้พยาบาลผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นตัวแทนหญิงตั้งครรภ์ พักพิทักษ์สิทธิ์ที่พึงได้รับ จนทำให้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง เกิดความมั่นใจในการได้รับบริการ ดังนั้น พยาบาลควรทำหน้าที่เป็นตัวแทนให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะคลอด เพราะจะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์แรกเกิดความไว้วางใจพยาบาลผู้ดูแล นำไปสู่การบรรลุความสำเร็จในทุกขั้นตอนของกระบวนการคลอด

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกครั้งนี้ เป็นการผสมผสานกิจกรรมให้ครอบคลุมกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมให้แก่เนื้อเยื่อบริเวณพื้นอุ้งเชิงกรานด้วยการบริหารร่างกายแบบมณีเวชท่าผีเสื้อกระพือปีกตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ (สัปดาห์ที่ 36) และปฏิบัติต่อเนื่องในช่วงขณะรอคลอด 2) การให้สามีและญาติมีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะเตรียมจนถึงระยะรอคลอด 3) การนวดหลังโดยญาติหรือสามี 4) การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการให้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพและการติดตาม 5) การนำทฤษฎีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมาเป็นแนวทางปฏิบัติ สามารถช่วยลดความปวดลงได้ ซึ่งมีความแตกต่างกับการวิจัยที่ผ่านมาที่จะศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรมหรือมีการผสมผสานบางกิจกรรม แต่ไม่ได้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบเหมือนการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์สามารถนำโปรแกรมการจัดการความปวดฯ โดยผสมผสานหลักการสนับสนุนด้านร่างกาย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการเป็นตัวแทน นำไปใช้ในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์แรก ที่แผนกฝากครรภ์และแผนกการพยาบาลผู้คลอดได้

2. พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพยาบาลและสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัด เขตสุขภาพและประเทศ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและพัฒนาต่อยอด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงทดลองที่มีการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เคร่งครัด เช่น มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีกลุ่มควบคุม

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดฯ ในหญิงตั้งครรภ์แรกโดยพิจารณาเพิ่มเติมตัวแปรด้านระยะเวลาการคลอด นอกเหนือจากระดับความปวด เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการจัดการความปวดในหญิงตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- กุลรัตน์ บริรักษวานิชย์, เสาวรส ป้อมเย็น, คำภา อยู่สุข และ ไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์. (2562). ผลการใช้ทำนัมนัณเฑาะต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาการคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือดในผู้คลอดปกติ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(3), 455-465.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.
- ชาลินี เจริญสุข, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2561). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 67-75.
- ธัญญารัตน์ กุลณิจิตต์เมธี. (2560). ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(2), 158-165.
- ธีระ ทองสง. (2564). *สูติศาสตร์*. เชียงใหม่: หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารก ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ คำสวัสดิ์. (2563). เครื่องมือประเมินความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 6(2), 21-31.
- ปิยะนุช ขวัญเมือง, โสเพ็ญ ชูนวล และ เบญญาภา ธิติมาพงษ์. (2564). ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนในระยะคลอด อย่างต่อเนื่องต่อความปวดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 115-127.
- พยุศรี อุทัยรัตน์ และ อาลี แซ่เจียว. (2561). ผลของการใช้ทำนัมนัณเฑาะต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดในหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 32(1), 791-804.

- พรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข. (2528). ผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ระยะคลอดและเจตคติที่มีต่อการคลอด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์พรรณ จิราสุคนธ์ และ พัทธินันท์ วิริยะศิริสกุล. (2565). ผลของการประคบร้อนร่วมกับประคบเย็นและการนวดหลังต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวดของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 5(1), 79-96.
- โรงพยาบาลหนองฉาง. (2564). รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี [เอกสารประกอบการประชุม]. อุทัยธานี: โรงพยาบาลหนองฉาง.
- ละมัย วงศ์ศาสนธิ์. (2561). ผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอลต่อความเจ็บปวด และระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วในผู้คลอดครรภ์แรก [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุตารักษ์ ประสาร, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอดและผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(1), 148-160.
- อาลี แซ่เจียว และ พยุงศรี อุทัยรัตน์. (2560). การพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 31(2), 325-337.
- Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing/JOGN Nursing*, 37(1), 106–115. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x
- Alavi, M., Biroš, E., & Cleary, M. (2022). A primer of inter-rater reliability in clinical measurement studies: Pros and pitfalls. *Journal of Clinical Nursing*, 31(23–24). doi: 10.1111/jocn.16514