โปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

Serene Mind Project on Perinatal Outcome in Primiparous

Chaleow Sattamai M.D.* เฉลียว สัตตมัย พ.บ.*

ABSTRACT

Introduction : Pregnancy and labor are considered as critical period of women according to physical, mental and social alteration. Understanding the nature of pregnancy and labor will help pregnant women to manage the labor pain, anxiety and stress during delivery period. The Serene Mind Project created by Mae Chee Sansanee Sthirasuta is based upon balancing of mind and body of pregnant women also introduced to decrease complications during perinatal period.

Objectives : to evaluate the outcome of Serene Mind Project childbirth preparation program on primiparous

Study Design : Quasi-experimental two group pre-posttest design

Method : Overall 60 samples were enrolled to the study by criteria and divided in 30 control group in which received general antenatal care and the 30 experimental group was enrolled to Serene Mind Project. Data was collected from April 2010 to October 2010. Research tools were personal data form, pregnancy and labor data record, pain score record, pain coping behavior record, satisfaction record and Serene Mind Project preparation program. Data was analyzed by descriptive statistic with Chi-square test, Fisher exact test and Independent t-test.

Result : Labor pain score in experimental group in which received Serene Mind Project preparation program was significant lower than those of control group at statistical level p <0.001. Pain coping behavior was also more appropriate in the experimental group at significant level p <0.001. Outcome of labor in experimental group had shorter duration of delivery period than those of control group (p <0.05) and significantly different delivery method (p <0.01). The experimental group had lower complication (p <0.05) and less analgesic using during labor period (p <0.05) than those of control group. Moreover satisfaction to labor pain management score was significantly higher than those of control group (p <0.01).

Conclusion : The result of this study revealed that Serene Mind Project childbirth preparation program has benefit on pregnant women promotion for appropriate self-care in both pre and perinatal period resulted in good pregnancy and labor outcome.

Keyword : childbirth preparation, serene mind

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม สาขาสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

บทคัดย่อ

บทนำ : การตั้งครรภ์และการคลอดถือเป็นภาวะวิกฤติช่วงหนึ่งของสตรี เพราะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การเข้าใจภาวะธรรมชาติของการตั้งครรภ์และการคลอดจะช่วยให้หญิงมีครรภ์สามารถดูแลตนเองและรับมือกับความเจ็บปวด ความเครียดและความวิตกกังวลในระหว่างการคลอดได้ โครงการ "จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์" โดยแม่ชีศันสนีย์ เสถียรสุต ซึ่งอาศัยหลักสมดุลย์ของกายและใจขณะตั้งครรภ์และคลอดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดบุตรจึงเป็นอีกแนวทางในการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดให้แก่หญิงมีครรภ์ได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์และคลอดในหญิงครรภ์แรกเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง

ขั้นตอนการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 รายซึ่งถูกคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งกลุ่มละ 30 ราย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ และเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน เม.ย.53 ถึงเดือน ต.ค.53 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบวัดระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด แบบวัดความพึงพอใจ และโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา Chi-square test, Fisher's exact test และ Independent t-test

ผลการศึกษา : ผู้คลอดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) มีพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม (p <0.001) และมีผลลัพธ์ของการคลอดซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลาในการการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (p <0.05) วิธีการคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p <0.01) มีภาวะแทรกซ้อน (p <0.05) และความต้องการใช้ยาบรรเทาปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (p <0.01) และนอกจากนี้ยังพบว่าความพึงพอใจต่อการดูแลจัดการความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.01)

สรุปผลการศึกษา : จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์สามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมเพื่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอดที่ดี

คำสำคัญ : เตรียมคลอด จิตประภัสสร

บทนำ

การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติช่วงหนึ่งในชีวิตสตรี เพราะจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างไรก็ตามธรรมชาติได้เตรียมความพร้อมทางด้านกายภาพและสรีรภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ไว้สำหรับการคลอดแล้ว[1] ดังนั้นโดยทั่วไปการตั้งครรภ์และการคลอดจึงเกิดปัญหาเพียงส่วนน้อยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของสตรีและทารก[1] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ความรู้หรือข้อมูลที่จำเป็นแก่หญิงตั้งครรภ์รวมทั้งสามี ผู้ใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัว เป็นวิถีทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นไปตามธรรมชาติและเกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอดที่ดียิ่งขึ้น[2] เพราะการที่หญิงตั้งครรภ์ได้มีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอด การเปลี่ยนแปลงและการปฏิบัติตนในช่วงเวลาดังกล่าวจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสามารถของร่างกายตนเอง สามารถเผชิญความเจ็บปวดและรู้จักพิจารณาตัดสินทางเลือกตามที่ตนต้องการ โดยอาศัยข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งจะทำให้สตรีเกิดทัศนคติที่ดีต่อการคลอด ลดความกลัวและความเครียด ซึ่งจะมีผลทำให้ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดน้อยลงด้วย[3] มารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมการคลอดมักจะวิตกกังวลและกลัวต่อการคลอด กลัวสถานที่หรือความคาดหวังที่มีอาจไม่ตรงกับสิ่งที่ได้รับ และส่วนใหญ่มักจะเป็นไปในทางลบสิ่งเหล่านี้มีผลต่อความเจ็บปวดของมารดา[2]

ปัจจุบันมีการนำแนวคิดที่หลากหลายมาใช้ในโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนคลอดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มารดาเกิดประสบการณ์และเกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะตั้งครรภ์ ในระยะคลอด รวมทั้งสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาที่เหมาะสมในระยะหลังคลอด ซึ่งการเตรียมคลอดควรเตรียมตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และกระบวนการคลอดตามความเป็นจริง และเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ในอนาคต เพื่อให้เกิดการคลอดที่ปลอดภัยและไม่รู้สึกทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้เหมาะสม การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดมีทั้งวิธีที่ใช้ยาแก้ปวดและไม่ใช้ยาแก้ปวด วิธีการใช้ยาแก้ปวดถือเป็นวิธีการลดความเจ็บปวดที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย และได้ผลดี แต่มีข้อจำกัดหลายประการ และเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยามากขึ้น การบรรเทาอาการเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาสามารถจำแนกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 3 แนวทางได้แก่ 1). แนวทางการกระตุ้นประสาทสัมผัสที่ผิวหนัง (Cutaneous stimulation) ได้แก่การนวด กดจุด การลูบหน้าท้อง การประคบร้อน-เย็น และการปรับเปลี่ยนท่าทางของผู้คลอด 2). แนวทางการกระตุ้นการรับรู้ (Sentation stimulation) เช่น การใช้สุคนธบำบัด การฝึกเทคนิคการหายใจการสร้างจินตภาพการเพ่งจุดสนใจการบำบัดด้วยแรงดันน้ำ (hydrotherapy) และการใช้ดนตรีบำบัด 3). แนวทางการเรียนรู้โดยปรับการเรียนรู้ทางสติปัญญา (Cognitive strategies) เช่น การเตรียมการคลอด การสะกดจิต การมีผู้ช่วยเหลือควบคุมกระบวนการคลอด เป็นต้น[4, 5]

โปรแกรมเตรียมคลอดส่วนใหญ่ในปัจจุบันใช้แนวทางปรับการเรียนรู้ทางสติปัญญาอยู่แล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาในประเด็นเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดที่ผสมผสาน ทั้ง 3 แนวทาง ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ของ

การคลอดที่ดี โดยแนวทางแรกผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการประคบร้อน และการปรับเปลี่ยนท่าทางของผู้คลอดในระยะที่ 1 แนวทางที่สองผู้วิจัยใช้ การใช้ดนตรีแห่งสติ ส่วนแนวทางปรับการเรียนรู้ทางสติปัญญานั้น ผู้วิจัยนำหลักการเจริญสติแนวพุทธ "จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์" ซึ่งแม่ชีศันสนีย์ เสถียรสุต ได้พัฒนาขึ้น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสามี มาผสมผสานพัฒนาโปรแกรมขึ้นเพื่อพัฒนาความสมดุลของกายและใจขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อช่วยให้ลดความวิตกกังวลและสามารถปรับตัวได้ดีและสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างมั่นใจ ซึ่งจะส่งผลทำให้มีการคลอดที่ปลอดภัย และที่สำคัญคือ เพื่อช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวตระหนักถึงสิทธิและความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เสริมพลังอำนาจให้มีศักยภาพในการตัดสินใจและพิจารณาทางเลือกในการดูแลสุขภาพได้ตามที่ตนต้องการ

คำถามวิจัย

หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์มีระดับความเจ็บปวด พฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ผลลัพธ์ของการคลอด และความพึงพอใจต่อการบริการการคลอดแตกต่างจากหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด พฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ผลลัพธ์ของการคลอด และความพึงพอใจต่อการบริการการคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ และหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์มีระดับคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่าหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์มีพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่าหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์มีผลลัพธ์ของการคลอดดีกว่าหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์มีระดับคะแนนความพึงพอใจต่อบริการการคลอดสูงกว่าหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental two group pre-posttest design)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์และคลอดบุตรที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 30 ราย ใช้วิธีการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (purposive sampling) คือหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยผ่านการคลอดบุตร มีอายุระหว่าง 20 – 34 ปี อายุครรภ์เริ่มเข้าโครงการไม่เกิน 26 สัปดาห์ เป็นหญิงตั้งครรภ์สามัญ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ยินดีเข้าร่วมวิจัย และลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับ

การบอกกล่าวและเต็มใจ (Inform consent form) เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกคือ หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดเช่น มีเลือดออก ความดันโลหิตสูงระหว่างคลอด เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด แบบวัดระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด (Visual analog scale: VAS) หาความเที่ยงแบบวัดซ้ำได้ค่าความเที่ยง .95 แบบบันทึกพฤติกรรมแสดงความเจ็บปวดในระยะคลอด (The Nurse - related present behavioral intensity:PBI) หาความเที่ยงแบบวัดซ้ำได้ค่าความเที่ยง .85 แบบวัดความพึงพอใจต่อบริการการคลอดมีทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 และโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ประกอบด้วย 1). แนวทางการกระตุ้นประสาทสัมผัสที่ผิวหนัง (Cutaneous stimulation) คือ วิธีการประคบร้อนด้วยถุงถั่วเขียว และการปรับเปลี่ยนท่าทางของผู้คลอดในระยะที่1 2).แนวทางการกระตุ้นการรับรู้ (Sentation stimulation) คือ การฝึกเทคนิคการหายใจ และการใช้ดนตรีแห่งสติ 3). แนวทางการเรียนรู้โดยปรับการเรียนรู้ทางสติปัญญา (Cognitive strategies) ใช้หลักการเจริญสติแนวพุทธ "จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์" ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องจิตประภัสสรกับการดูแลครรภ์ จิตประภัสสรกับการพัฒนาชีวิตในครรภ์ จิตประภัสสรกับภาวะหลังคลอด จิตประภัสสรกับการให้นมแม่ กิจกรรมศิลปะเพื่อแม่ลูก หัวใจผูกพัน เรียนรู้หัวใจของกันและกันผ่านการแสดงออกทางศิลปะ โดยเน้นทุกกระบวนการจะเน้นการมีส่วนร่วมของสามี พร้อมแจกคู่มือเตรียมความพร้อมก่อนคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

ก่อนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยผ่านการอบรมทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยเข้ารับการอบรมในโครงการจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ โดยแม่ชีศันสนีย์ เสถียรสุต ณ เสถียรธรรมสถาน และฝึกอบรมการจัดการความเจ็บปวด โดย ผศ. ดร. พูลสุข ศิริพูล อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุรินทร์แล้ว ก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม ณ หน่วยฝากครรภ์ ผู้วิจัยแนะนำ อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ให้ลงนามยินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์ และเข้าโปรแกรมการสอนตามปกติของคลินิกฝากครรภ์ นัดฝากครรภ์ตามกำหนดนัดปกติ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ผู้ช่วยวิจัยประเมินระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดแรกรับ และเข้ารับการดูแลตามปกติของหน่วยงานห้องคลอด และทำการวัดซ้ำด้วยเครื่องมือเดิมหลังได้รับการดูแลจัดการความเจ็บปวดของพยาบาล 30 นาที ติดตามจนกระทั่งคลอด

ลงบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ของการคลอด ผู้ช่วยวิจัยวัดระดับความพึงพอใจต่อบริการการคลอดหลังสังเกตอาการ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

กลุ่มทดลอง ณ หน่วยฝากครรภ์ ผู้วิจัยแนะนำ อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ให้ลงนามยินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์ และนัดเข้าโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ โดยกิจกรรมจะมีดังนี้ การฝึกภาวนากับบทเพลงแห่งสติ ฝึกเทคนิคการหายใจเพื่อการตระหนักรู้ ผ่อนคลายและปล่อยวาง ศิลปะแห่งสติกับการดูแลครรภ์ การจัดการกับอารมณ์และการสื่อสารเพื่อสร้างครอบครัวจิตประภัสสร บริหารกายใจแบบโยคะสำหรับคนตั้งครรภ์ เพื่อพัฒนาความสมดุลกายและใจขณะตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ กระบวนการคลอดและระยะของการคลอด การปฏิบัติตัวในระยะคลอด การฝึกเทคนิคเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดและบทบาทผู้สนับสนุนช่วยเหลือในระยะคลอด แจกสมุดคู่มือเตรียมคลอดตามแนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ นัดฝากครรภ์ตามกำหนดนัดปกติ เมื่อครบกำหนดนัดสอบถามข้อมูลการปฏิบัติตัว ลงบันทึกไว้ในสมุดฝากครรภ์ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ผู้ช่วยวิจัยประเมินระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดแรกรับ ให้คำแนะนำเรื่องกลไกการคลอดระยะต่างๆ ของการคลอด วิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ผลข้างเคียงของยาบรรเทาอาการปวด ดูแลจัดการความเจ็บปวดโดยปรับท่าการเคลื่อนไหวของผู้คลอดเป็นท่า upright กึ่งนั่งพิงหมอนหรือปรับหัวเตียงสูง ประคบร้อนด้วยบริเวณบั้นเอว L1 โดยวิธีการใช้ถุงถั่วเขียวอุ่นด้วยเครื่อง microwave ที่อุณหภูมิ 800 วัตต์ นาน 1 นาที หลังจากนั้น 30 นาที ผู้ช่วยวิจัยประเมินระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมแสดงความเจ็บปวด ติดตามจนกระทั่งคลอด ลงบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ของการคลอด ผู้ช่วยวิจัยวัดระดับความพึงพอใจต่อบริการการคลอดหลังสังเกตอาการ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองด้วยสถิติ Independent t-test เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดของกลุ่มตัวอย่างหลังทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ และเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อบริการการคลอดหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ช่วงอายุ 31-34 ปี ร้อยละ 40 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอายุช่วง 20-25 ปี และ 31-34 ปี เท่าๆ กันคือร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั้งสองกลุ่มคือร้อยละ 33.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 46.7 ในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 40 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 33.3 จบมัธยมศึกษา เกือบทั้งหมดของทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ร่วมกับสามี ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวและขยายเท่ากันทั้งสองกลุ่มคือร้อยละ 40 ส่วนสิทธิการรักษาพบ

ร้อยละ 50 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 43.3 ในกลุ่มควบคุม ใช้สิทธิบัตรทอง ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยอยู่ที่มากกว่า 5,000 – 15,000 บาทต่อเดือน

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติไคสแควร์พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p > .05$) ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
20-25	11	36.7	11	36.7	.95^{ns}
26-30	7	23.3	8	25.0	
31 - 34	12	40.0	11	36.7	
อาชีพ					
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	3	10.0	0	0	.12^{ns}
เกษตรกร	7	23.3	2	6.7	
รับจ้าง	10	33.3	14	46.7	
รับราชการ	5	16.7	6	20.0	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	7	23.3	8	26.7	.95^{ns}
มัธยมศึกษา	12	40.0	10	33.3	
ปวส.	5	16.7	5	16.7	
ปริญญาตรี	6	20.0	7	23.3	
สถานภาพสมรส					
คู่	27	90.0	29	96.7	.61^{ns}
หย่าร้าง	3	10.0	1	3.3	
ลักษณะครอบครัว					
เดี่ยว	12	40.0	12	40.0	1.00^{ns}
ขยาย	18	40.0	18	40.0	
สิทธิการรักษา					
บัตรทอง	15	50.0	13	43.3	.75^{ns}
ประกันสุขภาพ	9	30.0	9	30.0	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	
สิทธิการรักษา					
บัตรทอง	15	50.0	13	43.3	.75 ns
ประกันสุขภาพ	9	30.0	9	30.0	
ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	
สิทธิการรักษา					
เบิกต้นสังกัด	6	20.0	7	23.3	
จ่ายเอง	0	0	1	3.3	
รายได้ครอบครัว					
< 5,000	7	23.3	2	6.7	.14 ns
5,001 – 15,000	20	66.7	22	73.3	
>15,000	3	10.0	6	20	

ns $p < .05$

ผลการศึกษาคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของทั้งสองกลุ่มก่อนทำการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.86 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.75 คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดพบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .92 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .85

เมื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดก่อนการทดลองด้วยสถิติ independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p >$ .05) ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนทำการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	
คะแนนระดับความเจ็บปวด	7.67	1.86	7.80	1.75	- .29 ^{ns}
คะแนนพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวด	2.67	.92	2.80	.85	-.58 ^{ns}

^{ns} $p > .05$

ผลการศึกษาผลลัพธ์ของการคลอดพบว่าส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีการคลอดเองทางช่องทางคลอดร้อยละ 60 แต่กลุ่มควบคุมคลอดเองทางช่องทางคลอด ร้อยละ 36.7 ผ่าตัดคลอดร้อยละ 53.3 ในกลุ่มควบคุมใช้ยาบรรเทาอาการเจ็บครรภ์มากกว่าโดยพบร้อยละ 43.3 ขณะที่กลุ่มทดลองใช้ยาบรรเทาอาการเจ็บครรภ์เพียงร้อยละ 13.3 ส่วนภาวะแทรกซ้อนในระหว่างคลอดในกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 53.3 และกลุ่มทดลองพบเพียงร้อยละ 30 ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดและในทารกแรกเกิดมีจำนวนเท่าๆ กัน เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดพบว่าวิธีการคลอด การใช้ยาบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดมีความแตกต่างทางสถิติ ($p < .05$, .01 และ .05 ตามลำดับ) ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดและในทารกแรกเกิดไม่พบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่ม ($p > .05$) ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังทำการทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	
ชนิดของการคลอด					
NL	18	60.0	11	36.7	.02*
V/E	5	16.7	3	10.0	
C/S	7	23.3	16	53.3	
การได้รับยาขณะเจ็บครรภ์คลอด					
ไม่ได้รับ	26	86.7	17	56.7	.01**
ได้รับ	4	13.3	13	43.3	
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด					
ไม่มี	21	70	14	46.7	.05*
มี	9	30	16	53.3	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด					
ไม่มี	30	100	29	96.7	1.00^{ns}
มี	0	0	1	3.3	
ภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด					
ไม่มี	29	96.7	28	93.3	1.00^{ns}
มี	1	3.3	2	6.7	

$^{ns}p > .05$, $^{*}p < .05$, $^{**}p < .01$

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีระยะเวลาการคลอดยาวนานกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 10.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.10 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการคลอดเฉลี่ย 8.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.64 เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เมื่อศึกษาคะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มพบว่าคะแนนความเจ็บปวดกลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มพบว่าคะแนนความเจ็บปวดกลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) ดังตาราง 4

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าคะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลจัดการความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจด้วยสถิติ independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตาราง 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังทำการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	
รวมระยะเวลาของการคลอด	8.49	2.64	10.51	4.10	2.112^{*}
คะแนนระดับความเจ็บปวด	6.83	1.93	8.30	1.21	-3.53^{***}
คะแนนพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวด	1.50	.73	2.8	.81	-6.55^{***}

$^{*}p < .05$, $^{**}p < .01$, $^{***}p < .001$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อการบริการในระยะคลอดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังทำการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	
การให้การดูแลเอาใจใส่ประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดของท่านอย่างสม่ำเสมอ	3.47	.61	3.47	.51	8.31***
การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลไกการเจ็บครรภ์คลอดอย่างชัดเจนและเพียงพอ	4.23	.57	3.30	.59	6.21***
ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด	4.37	.62	3.63	.56	4.45***
ท่านได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดอย่างเหมาะสม	4.37	.77	3.30	.47	6.52***
คำอธิบายถึงเหตุผลของการให้การรักษาพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด	4.10	.66	3.20	.61	5.48***
การอธิบายเหตุผลของการให้ยา/ชนิดของยาและภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาบรรเทาอาการปวด	4.17	.69	3.37	.49	5.13***
การติดตามประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดอย่างต่อเนื่อง	4.40	.77	3.17	.69	6.49***
รวม	30.30	3.32	23.43	1.74	10.03***

*** $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง ($p < .001$) มีพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) และมีผลลัพธ์ของการคลอดซึ่งประกอบด้วย มีระยะเวลาการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) วิธีการคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) ความต้องการใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .01$) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่าการเตรียมการคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ เป็นกระบวนปรับการเรียนรู้ทางสติปัญญาของมารดา เพื่อให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจตั้งแต่ระยะก่อนคลอด

เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดทำให้วิตกกังวลน้อย สามารถจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ามารดาที่มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ จะมีความวิตกกังวลต่ำไม่กลัวการคลอด ทำให้มีความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี[6] ซึ่งแตกต่างจากหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดมาก่อนมักมีความกลัวและวิตกกังวลสูง ซึ่งจะทำให้ร่างกายเกิดความตึงเครียดสูง[6,7] ความตึงเครียดก่อให้เกิดความเจ็บปวดเรียกว่าวงจรความกลัว – ความตึงเครียด - ความเจ็บปวด (Fear -Tension - Pain) ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติกมีผลให้ต่อมอะดรีนัล (Adrenal gland) หลั่งสารอิพิเนฟริน (Epinephrin) ออกมามาก ทำให้กล้ามเนื้อหดรัดตัวมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น[8] มีความอดทนต่อความเจ็บปวดจะลดลง ผู้คลอดจะหมกมุ่นอยู่กับความก้าวหน้าของการคลอด ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก มีการแสดงออกทางใบหน้า หน้าตาบิดเบี้ยว กำมือแน่น คำพูดจะบ่งบอกความรู้สึกและระดับความเจ็บปวด มักมีพฤติกรรมปฏิเสธ เก็บกดถดถอย หรือเอะอะโวยวาย[9,10] ทำให้ระยะเวลาการคลอดยาวนานออกไป ส่งผลให้ผู้คลอดเหนื่อยล้า (Exhaustion)[8,11] รู้สึกทุกข์ทรมานจากการคลอด มักเรียกร้องที่จะผ่าตัดคลอดเพื่อที่จะไม่ต้องการเจ็บครรภ์อีก[9,12,13] แต่ในผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมคลอดโดยใช้โปรแกรมจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ จะมีความพร้อมสำหรับบทบาทการเป็นมารดา เพราะจะได้รับการฝึกเจริญสติตามหลักอาณาปาณสติภาวนาตั้งแต่ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วยภาวนา 4 คือ กายภาวนา ศีลภาวนา จิตตภาวนา และปัญญาภาวนา ซึ่งเป็นการฝึกให้หญิงตั้งครรภ์มีสติและสมาธิในชีวิตประจำวัน[14] จิตประภัสสรเป็นกระบวนการจัดการที่ก่อให้เกิดปัญญา ผู้ที่จะเป็นแม่ต้องคิดให้ถูกต้องโดยธรรมตลอดช่วงสิบเดือนที่ลูกอยู่ในครรภ์ ต้องคิดว่าการเกิดของลูก ทำให้ตนเองมีโอกาสฝึกรักษากายใจ การสร้างจิตที่ประภัสสรให้กับลูกเป็นหน้าที่ของแม่ เป็นการลงทุนสูงสุดให้กับลูก เพราะเมื่อแม่คิดดี ลูกก็จะคิดดี แม่ที่มีจิตใจอ่อนโยน ลูกก็จะอ่อนโยน[14]

พระราชวรมุณีกล่าวว่าประโยชน์ของการฝึกสติภาวนาคือ ทำให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพที่เรียกว่า เป็นตัวของตัวเอง มีความพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี เพราะในสภาวะที่จิตเป็นสมาธิ สติจะเป็นสิ่งเหนี่ยวนำกระบวนการรับรู้ จิตและกระแสความคิด ทำให้มีขอบเขตของการรับรู้และความคิดกว้างออกไป[15] การเจริญสติภาวนาจึงทำให้ผู้คลอดมีจิตที่ละเอียดอ่อนและเข้มแข็ง[16,17] ผู้ที่มีจิตละเอียดอ่อนเข้มแข็ง เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติเช่นการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรง จิตจะมีความสามารถในการผ่อนคลาย รู้จักควบคุมความรู้นึกคิดให้มีระเบียบ มีความสงบ ไม่ปล่อยให้ความคิดอยู่เหนือการควบคุม จนความคิดสับสนวุ่นวาย[16,17] ซึ่งจะช่วยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้การใช้ออกซิเจนของเซลล์ต่างๆ ทั่วร่างกายลดลง ส่งผลให้คลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ทำให้มีการลดลงของกรดแลคติคในกระแสเลือด จึงไม่มีสารกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความเจ็บปวดที่จะเข้าสู่ไขสันหลังผ่านไปแปลความหมายที่สมอง ดังนั้นจึงทำให้มีการปิดกั้นการควบคุมประตูในระดับไขสันหลังตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ซึ่งเป็นผลให้ประตูปิด[18,19,20] ช่วยให้ผู้คลอดสามารถควบคุมความเจ็บปวดที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็ปวดได้ นอกจากนั้นในขณะที่มีการหดรัดตัวของมดลูกเกิดขึ้น

ผู้คลอดจะพยายามสำรวจว่าตนเองเกร็งส่วนใดของร่างกายหรือไม่ และพยายามผ่อนคลาย เพื่อให้ตนเองรู้สึกสุขสบายให้มากที่สุด ซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดออกจากความเจ็บปวด ดังนั้นการรับรู้และการตอบสนองต่อความรู้สึกเจ็บปวดของผู้คลอดจึงลดลง ทำให้ผู้คลอดมีพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดดีขึ้น ควบคุมการหายใจได้ถูกต้อง มีการแสดงออกของน้ำเสียง สีหน้าท่าทางการเคลื่อนไหวเหมาะสม[1,20,21,22,23]

ในขณะเจ็บครรภ์ผู้คลอดจะได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัสที่ผิวหนังด้วยการประคบร้อนด้วยถุงถั่วเขียวอุ่นที่บริเวณ L1 ความร้อนทำให้คลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ หลอดเลือดมีการขยายตัว ลดการใช้ออกซิเจนของเซลล์และกระตุ้นความรู้สึกผู้คลอดให้เบี่ยงเบนจากการเจ็บครรภ์คลอด ประกอบกับการปรับท่าทางในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการจัดท่าตามความต้องการของผู้คลอด เป็นท่ากึ่งนั่งหรือนั่ง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อหน้าขาผ่อนคลายมากขึ้น มดลูกไม่กดทับใยประสาท A-beta ซึ่งเป็นใยประสาทที่นำความรู้สึกได้เร็ว เริ่มจากการนำสัญญาณความเจ็บปวดเข้าสู่สมองเพื่อปรับเปลี่ยนความรู้สึกเจ็บปวด โดยการกระตุ้นเซลล์ซับสเตนเทีย จีลาติโนซา (substantia gelatinosa: SG cell) ให้ปล่อยสารเอนเซฟาลิน (encephalin) ไปยับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาท ทำให้ประตูปิดและไม่มีกระแสประสาทนำความเจ็บปวดไปยังสมอง ทำให้ลดความรู้สึกเจ็บปวด[24] จากการศึกษาของโบนิคา[25] พบว่าท่ากึ่งนั่งเป็นท่าที่ทำให้แรงผลักศีรษะของทารกมีทิศทางเดียวกับแรงโน้มถ่วงของโลก โดยพบว่าท่ากึ่งนั่งมีแรงดันในโพรงมดลูกมากกว่าท่านอนหงายราบ 15 mmHg รวมทั้งท่ากึ่งนั่งทำให้กระดูกก้นกบเบนไปด้านหลังทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางหน้า-หลังของทางออกของเชิงกรานเพิ่มขึ้น 1.5 เซนติเมตร เมื่อหนทางคลอดกว้างขึ้นทำให้เอื้อต่อการคลอด ทำให้ระยะเวลาการคลอดสั้นลง[27] อีกด้วย

นอกจากนั้นการจัดให้หญิงตั้งครรภ์ได้ฟังบทเพลงแห่งสติ ซึ่งเป็นเพลงที่มีดนตรีไพเราะ มีเนื้อหาที่สื่อถึงความสุข ความรักความผูกพันระหว่างแม่ลูก จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดจินตนาการที่ดี เพราะระดับเสียงดนตรีมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ดนตรีที่มีระดับเสียงสูงทำให้ผู้ฟังเกิดความตึงเครียดวิตกกังวลมากขึ้น ในขณะที่ดนตรีที่มีระดับเสียงต่ำจะทำให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย มีความสุขสดชื่นขึ้น จังหวะของเพลงถือเป็นองค์ประกอบหลักที่มีผลต่อการตอบสนองด้านสรีวิทยาของมนุษย์โดยตรง ด้วยการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำให้บุคคลสนใจอยู่กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวมากยิ่งขึ้น เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งหนึ่งไปสู่อีกสิ่งหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเสียงดนตรีผ่านเข้ามาในอวัยวะที่เกี่ยวกับการได้ยิน (auditory appartus) จะมีเส้นประสาทนำไปยังสมองส่วนธาลามัส (thalamus) คอร์ติซอล (cortisal) และระบบประสาทส่วนกลางอัตโนมัติ (central nervous system) มีผลทำให้อัตราการหายใจลดลง ระบบการเผาผลาญในร่างกาย ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ทั่วร่างกายผ่อนคลายลง[28]

ยิ่งไปกว่านั้นการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ทำให้มารดาและสามีมีทักษะร่วมกัน ในการเผชิญความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดรัดตัวของมดลูกเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริงซึ่งการใช้ทักษะดังกล่าวในขณะที่มดลูกหดรัดตัวจะทำให้สมองได้รับสัญญาณจากการผ่อนคลาย การลูบหน้าท้อง การนวด การควบคุมการหายใจ ทำให้การรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดน้อยลง

มารดาจึงสามารถควบคุมตนเองได้ดี[3] และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดทำให้มารดาและสามีลดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้และทราบเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับการคลอด ทราบทักษะที่ต้องใช้ในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดทำให้มารดามีความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บปวด[29] โดยเฉพาะการมีบุคคลที่มีความสำคัญต่อมารดาในที่นี้คือสามีเข้าไปมีส่วนร่วมในระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอด[30,31] มีรายงานการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามีหรือจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์ในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด จะส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก[3,4,32]

การที่ผู้คลอดได้รับการดูแลตามโปรแกรมซึ่งเน้นความสำคัญด้านจิตใจ ทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองได้รับการตอบสนองด้านจิตใจ ทำให้อบอุ่นใจ ไม่มีความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง มีความเชื่อมั่นว่าตนเองปลอดภัย ทำให้มีความมุ่งมั่นที่จะเผชิญความเจ็บปวดได้ดีขึ้น[33,34] ไม่กลัวการเจ็บครรภ์คลอด ทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดดีขึ้น ไม่เหนื่อยหรือหมดแรงจากการคลอดที่ยาวนาน ส่งผลให้ระยะเวลาการคลอดปกติ การคลอดดำเนินไปอย่างราบรื่น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก[35,36] และทำให้เกิดความประทับใจต่อการบริการที่ได้รับมากยิ่งขึ้น

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมเตรียมคลอดโดยใช้แนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ มีผลทำให้ผู้คลอดมีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และมีพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม ทำให้มีความต้องการใช้ยาบรรเทาอาการปวดน้อยลง ส่งผลให้การดำเนินการคลอดปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด ควรนำแนวคิดเรื่องการพัฒนาจิตตามแนวคิดจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ เข้าไปบูรณาการในระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ แม่ชีศันสนีย์ เสถียรสุต แห่งเสถียรธรรมสถาน ผู้ซึ่งจุดประกายให้เกิดโครงการจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ในโรงพยาบาลสุรินทร์ ขอขอบคุณ นายแพทย์ ธงชัย ตรีวิบูลย์วณิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ ที่เห็นความสำคัญของโครงการนี้และได้สนับสนุนอย่างเต็มที่ และ ขอขอบคุณ คุณพิริยา ทิวทอง พยาบาลชำนาญการประจำห้องคลอด ผู้ช่วยวิจัย ที่เป็นกำลังสำคัญในงานจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ รวมทั้งเป็นผู้รวบรวมข้อมูลของโครงการจนสามารถนำมาสร้างผลงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จันทร์เพ็ญ ดุษิยามี. ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยจิตคลุมกายต่อพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกที่มีผู้ช่วยเหลือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
2. ศศิธร พุมดวง. อุปสรรคและปัญหาการลดปวดในระยะคลอด. สงขลานครินทร์เวชสาร; 2548; 23: 53 - 9.
3. พระราชวรมุณี. พุทธธรรม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย; 2529.
4. จตุพร ตันตะโนกิจ. ผลของโปรแกรมเตรียมคลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ระยะเวลาการ คลอด และประสบการณ์การคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด มหาวิทยาลัยมหิดล. 2549.

5. เพลินพิศ พรหมรักษ์. ผลของโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดแบบผสมผสานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด และประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกมหาวิทยาลัยมหิดล. 2547.
6. เทียมศร ทองสวัสดิ์. การเตรียมมารดาเพื่อการคลอด. เชียงใหม่: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.2540.
7. ศศิธร พุมดวง. การฟังเพลงกับการลดความเจ็บปวดระหว่างรอคลอด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2547.
8. Dick-Read, G. Childbirth Without Fear. New York: Haper and Rows, 1994.
9. พฤหัส จันทร์ประภาพ และ ธีระ ทองสง. การดูแลในระยะคลอด. ใน ธีระ ทองสง และชเนนท์ วนาภิรักษ์ (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พี.พี. ฟลอเรนส์ บุคส์ เซนเตอร์. 2542.
10. Phumdoung S. Barriers and problems in labor pain management Obstetric Gynecological Nursing and Midwifery Department, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand Songkla Medical Journal 2005; 23(1): 53-59.
11. Ya-Ling T., Yu-Mei Y., Chao, Shu-Yu K. & Yu Kuei T. Childbirth-related fatigue trajectories during labour. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2007; 240-249.
12. Laursen, M.; Johansen, C, & Hedegaard, M. Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort BJOG. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2009:1-6.
13. Saisto, T.& Halmesma, K.I.E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obstet Gynecol Scand 2003: 82: 201—208.
14. แม่ชีศันสนีย์เสถียรสุต.การประชุมวิชาการเรื่องการคลอดธรรมชาติตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง. ชลบุรี. ภาควิชาการการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
15. พระพุทธยาภิกขุ. สติ เคล็ดลับมองด้านใน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย; 2545.
16. สุดสวาท ทิพย์สุทธิ์. ผลของเทคนิคการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบันต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
17. อุสาห์ สุภรพันธ์. การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
18. Crowe, K. & Baeyer, C.V. Predictors of a positive childbirth experience. Birth 1989; 16: 59-63.
19. Effline, M.S. Exploring nursing intervention for acute pain in the postanesthesia care unit. Journal of the Post Anesthesia Nursing. 1990; 5 (5) : 321 – 328.
20. สุวดี ชูสุวรรณ, วรรณา รัตนมาตุ, งามตา คงวิทยา, กุหลาบ ไกรเทพ, ดวงพร จันทร์แก้ว. ผลการ เตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอดต่อระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและภาวะแทรกซ้อน. วารสารวิชาการเขต 12; 2546;14: 9-15.
21. Durham, J. Pain in Childbirth. Retrieved September/13/2010, from http://www.childbirth.org/theories/pain.hml.; 2002.

22. Simkin P. Non-pharmacological methods of pain relief during labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M, editors. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press; 1991;893-912.
23. Tournaire, M. & Theau – Yonneau A. Complementary and Alternative Approaches to pain Relief During Labor. eCAM 2007; 4 (4): 409-417.
24. Melzack, R. & Wall, P.D. Pain Mechanism. A new theory. Science, 1982; 150 (11), 971 – 978.
25. Bonica, J.J. Textbook of Pain. (3rd ed.) New York: Churchill Livingstone. 1977.
26. Phumdoung, S. The effect of PSU cat position and music on progress of labor and labor pain. Thai Journal Nursing of Research. 2007; 11(2), 64 – 80.
27. Alvin, J. Music Therapy. London : John Baker Publishers Ltd. 1991; 98.
28. Murray, S.S, Mckinney, E.S. & Gorrie, T.M. Foundation of maternal - newborn nursing. (3rd ed.) Philadelphia: W.B. Saunders. 2002.
29. Auvenshine, M.A. & Enriquez, M.G. Comprehensive Maternity Nursing Prenatal and Women's Health. (2nd ed.) Boston: John and Bartlett. 1990.
30. Lowe, N.K. The pain and discomfort of labor and birth. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 1996; 25 (1) 82 -92.
31. นิจ์สากร นังคลา. ผลการเตรียมเพื่อการคลอดต่อประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดของสตรีครรภ์แรกและ. ผู้ช่วยเหลือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบันฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.2546.
32. ประกายแก้ว กำคำ. ผลของการช่วยเหลือของสามีต่อผู้คลอดครรภ์แรกในระยะเจ็บครรภ์ต่อการควบคุมตนเอง ความต้องการยาระงับปวด ระยะเวลาในการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2534.
33. อุบลรัตน์ สุทธิวณิชศักดิ์. ผลของการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดท่าในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ระยะเวลาคลอดและการรับรู้ประสบการณ์คลอดของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตรโรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
34. Fei-Wan, N. , Sally Wai-Chi, C. & Wan-Yim, I. The effects of a childbirth psychoeducation program on learned resourcefulness, maternal role competence and perinatal depression: A quasi-experiment International. Journal of Nursing Studies 2009; 12: 1-9
35. Beck, N.C.; Geden, E.A. & Brouder, G.T. Preparation for Labor: A Historical Perspective. Psychosomatic Medicine. 1979; 41:3.
36. Beck, N.C. & Siegel, L.J. Preparation for Childbirth and Contemporary Research on Pain, Anxiety, and Stress Reduction: A Review and Critique. Psychosomatic Medicine. 1980; 42: 4.