

การเปรียบเทียบความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรก และครรภ์หลังในระยะที่หนึ่งของการคลอด

Comparisons of Labor Pain Between Primiparous and Multiparous Women During the First Stage of Labor

สินีนาน หงษ์ระนัย, ศศ.ม.^{1*}

Sineenat Hongranai, M.A.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลังในระยะที่หนึ่งของการคลอด กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 100 คน เป็นหญิงที่มาคลอดในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงราย ในปี พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการคลอด และแบบประเมินความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดของแมคกิลล์ ฉบับย่อภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ในระยะปากมดลูกเปิดช้า (1-3 ซม.) และในระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนต้น (4-7 ซม.) ผู้คลอดครรภ์แรกรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะจี๊ดมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง ($\chi^2 = 8.01, p < .01$ และ $\chi^2 = 3.75, p < .05$ ตามลำดับ) และในระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย (8-10 ซม.) ผู้คลอดครรภ์แรกรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะจี๊ดและเกร็งมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง ($\chi^2 = 12.73, p < .001$ และ $\chi^2 = 4.59, p < .05$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

คำสำคัญ: การเปรียบเทียบ เจ็บครรภ์คลอด ระยะที่หนึ่งของการคลอด ผู้คลอดครรภ์แรก ผู้คลอดครรภ์หลัง

Abstract

This descriptive research aimed to compare labor pain between primiparous and multiparous women in the first stage of labor. A multi-stage random sampling was used to recruit a sample of 100 pregnant women who came to deliver their babies in community hospitals, Chiang Rai in 2015. Research instruments included a demographic questionnaire, a labor record and the Thai short-form McGill pain questionnaire (Th-SFMPQ) with its KR-20 of .74. Data were analyzed by using descriptive statistics and Chi-square test.

Results revealed that for the latent phase and the early active phase of labor, primiparous women had significantly greater shooting pain than the multiparous women ($\chi^2 = 8.01, p < .01$ and $\chi^2 = 3.75, p < .05$ orderly). For the late active phase, primiparous women had significantly greater shooting and cramping pain than the multiparous women ($\chi^2 = 12.73, p < .001$ and $\chi^2 = 4.59, p < .05$ orderly). These findings suggest that nurses and midwives should utilized to develop a clinical nursing practice guideline to reduce the first stage of labor pain in primiparous women.

Keywords: Comparison, labor pain, the first stage of labor, primiparous, multiparous

¹ อาจารย์ประจำ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

* ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) e-mail: sihne2009@hotmail.com

ความสำคัญของปัญหา

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลและสะท้อนจากประสบการณ์ของผู้คลอดในหลายมิติ เป็นการปวดแบบเฉียบพลันที่มีองค์ประกอบทั้งด้านความรู้สึก (sensory components) และอารมณ์ (affective components) ซึ่งองค์ประกอบด้านความรู้สึกเกิดจากการกระตุ้นประสาทความเจ็บปวดโดยผ่านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ส่วนองค์ประกอบทางด้านอารมณ์เป็นการแปลความหมายการรับรู้ความรู้สึก เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่หลากหลาย มีความซับซ้อนมากกว่าการรับรู้ของระบบประสาทจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย (Capogna, Camorcia, Stirparo, Valentini, Garassino & Farcomeni, 2010; Prasertsri & Tirapaiwong, 2013)

อาการเจ็บครรภ์คลอดที่เพิ่มขึ้นจะทำให้อัตราการใช้ออกซิเจนของร่างกายเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น เกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำ เพิ่มแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปยังรก ลดลง ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนและเสียชีวิตได้ (Cunningham et al., 2014) นอกจากนี้ ทางด้านจิตใจ อาการเจ็บครรภ์คลอดอาจทำให้เกิดความกลัว ความกลัวที่เกิดขึ้นส่งผลให้ร่างกายเกิดความตึงเครียดและความวิตกกังวล ความวิตกกังวลที่มากเกินไปทำให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) ออกมาในระดับคอร์ติซอล (cortisol) ในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มดลูกหดตัวผิดปกติ การคลอดยาวนาน ระดับความเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้นจะทำให้สามีและญาติวิตกกังวลไปด้วย นอกจากนี้ความกลัวและความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น อาจเพิ่มการใช้ยาระงับความรู้สึก การผ่าตัดคลอด และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการคลอดเพิ่มขึ้น (Laurson, Johansen & Hedegaard, 2009)

การศึกษาเปรียบเทียบอาการเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกและผู้คลอดครรภ์หลังเกี่ยวกับองค์ประกอบทางด้านความรู้สึก องค์ประกอบทางด้านอารมณ์ และการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยใช้แบบประเมินความปวดแมคกิลล์ พบว่า ในระยะปากมดลูกเปิด 0-3 เซนติเมตร และ 4-7 เซนติเมตร ผู้คลอดครรภ์แรกให้คะแนนความเจ็บปวดด้านความรู้สึก

มากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง และในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร ให้คะแนนความเจ็บปวดด้านอารมณ์มากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง และผู้คลอดครรภ์แรกจะรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 5 เซนติเมตรมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลัง และเมื่อมีความก้าวหน้าของการคลอดเพิ่มขึ้น ความแตกต่างในการรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บครรภ์คลอดยิ่งน้อยลง (Lowe, 1992) และมีรายงานการศึกษาองค์ประกอบทางด้านความรู้สึกของความเจ็บปวดได้บรรยายความรู้สึกเจ็บปวดแผลฝีเย็บซึ่งจัดเป็นความเจ็บปวดเฉียบพลัน พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีความเจ็บปวดแผลฝีเย็บเลือกใช้คำบรรยายด้านความรู้สึกบ่อยครั้งกว่าคำบรรยายด้านอารมณ์ และคำบรรยายด้านการประเมิน ซึ่งคำบรรยายด้านความรู้สึก เช่น ปวดแสบปวดร้อน ปวดตื้อ ๆ นั้นเกี่ยวข้องกับกระบวนการหายของแผลด้วย และอาจกล่าวได้ว่า การที่มารดาหลังคลอดใช้คำบรรยายด้านความรู้สึกนั้นเป็นตัวบ่งชี้ลักษณะความปวดแบบเฉียบพลัน (Steen, 2008) และรายงานการศึกษาพบว่า คำบรรยายความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดสามารถสะท้อนการรับรู้อาการเจ็บครรภ์คลอดได้เป็นอย่างดีและมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมการสื่อสาร (Power, Bogossian, Strong & Sussex, 2016) ทั้งนี้ ผู้คลอดจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกันบรรยายลักษณะอาการปวด การอธิบายความปวด และการรับรู้ความปวดที่มีความแตกต่างกัน (Tanglakmankhong, Chotiga, Ngamkham & Thaewpia, 2016)

การบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดเป็นการพยาบาลที่สำคัญในระยะคลอด พยาบาลควรเรียนรู้เพื่อทำความเข้าใจกับอาการเจ็บครรภ์คลอดอย่างลึกซึ้ง การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดมีจุดประสงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของระบบควบคุมในสมองส่วนกลาง และเปลี่ยนแปลงการรับสัญญาณความเจ็บปวดในระดับไขสันหลัง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของระบบควบคุมในสมองส่วนกลางทำได้โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์เพื่อเพิ่มความรู้สึกควบคุมตนเองให้มากขึ้น และลดสิ่งกระตุ้นทางกายที่ทำให้เกิดอาการเจ็บครรภ์ (Thai association for the study of pain, 2009) การบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีต้องมีการประเมินที่

ถูกต้องและสม่ำเสมอ เลือกรวิธีการประเมินที่เหมาะสมในผู้คลอดแต่ละราย การประเมินโดยใช้คำพูดและให้คะแนนอาการเจ็บครรภ์ เป็นการวัดความรู้สึกเฉพาะของแต่ละบุคคล สะท้อนการรับรู้อาการเจ็บครรภ์ที่มีความเที่ยงตรงเฉพาะราย ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล อันจะเป็นพื้นฐานนำไปสู่ความสำเร็จในการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด (Yazbek, 2016)

แบบประเมินการเจ็บครรภ์โดยให้ผู้คลอดตอบเอง โดยการให้คะแนนความเจ็บปวด (self-report) เป็นการประเมินที่ใช้แพร่หลายที่สุด แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่ แบบประเมินมิติเดียว (single dimension pain scale) และแบบประเมินหลายมิติ (multi-dimension pain scale) แบบประเมินมิติเดียวที่นิยมใช้ได้แก่ แบบประเมินความปวด visual analog scale (VAS), แบบประเมินความปวดด้วยตัวเลข (numerical rating scale [NRS]), แบบประเมินความปวดหลังได้รับการรักษา (pain relief scale) และแบบประเมินความปวดที่ใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความปวด (face pain scale) มีข้อดีคือ ประเมินง่าย ใช้เวลาน้อยแต่ขาดรายละเอียดด้านลักษณะของความเจ็บปวด ส่วนแบบประเมินหลายมิติมีข้อดี คือ ประเมินได้ครอบคลุมทั้งด้านลักษณะความเจ็บปวด ด้านจิตใจ อารมณ์ ตำแหน่ง และความรุนแรงของความเจ็บปวด ช่วยในการประเมินแยกแยะลักษณะความเจ็บปวดและช่วยให้การวินิจฉัยถูกต้องแม่นยำขึ้น แบบประเมินหลายมิติที่นิยมใช้ได้แก่ แบบสอบถามความปวดแมคกิลล์ (McGill pain questionnaire [MPQ]), แบบสอบถามความปวดแมคกิลล์ฉบับย่อ (short-form McGill pain questionnaire [SF-MPQ]) และแบบประเมินความปวดโดยย่อ (brief pain inventory [BPI]) (Kittisomprayoonkul, Klaphajone & Kovindha, 2006)

Sakornthanun, Chatchawan and Hongrattana (2012) ศึกษาอาการเจ็บครรภ์คลอดในระยะเปิดเร็วของผู้คลอดครั้งแรก โดยใช้แบบสอบถามความปวดของแมคกิลล์ฉบับย่อภาษาไทย (short-form McGill pain questionnaire [Th-SFMPQ]) วัดลักษณะอาการหรือความรู้สึกเจ็บครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดร้อยละ 90 และ 88 รายงานว่ารู้สึก “เกร็ง ๆ” และ “หนัก ๆ” ตามลำดับ และ (Capogna et al., 2010)

ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะการเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครั้งแรกและครรภ์หลังในหญิงชาวอิตาลี จำนวน 184 คน จำแนกเป็น 4 กลุ่มตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และระยะการเปิดของปากมดลูก ได้แก่ การเปิดของปากมดลูกในระยะต้น (เปิดน้อยกว่า 5 ซม.) และระยะปลาย (เปิดมากกว่า 5 ซม.) โดยใช้แบบประเมินความปวดแมคกิลล์ฉบับย่อ พบว่า คำบรรยายความรู้สึกเจ็บครรภ์ที่ใช้บ่อย ได้แก่ ปวดเกร็ง (cramping) ปวดเหมือนโดนดึง (pulling), ปวดร้อน (hot), ปวดเหมือนโดนผึ้งต่อย (stinging), ปวดตื้อ ๆ (aching), ปวดหนัก ๆ (heavy), เหนื่อย (tiring), อ่อนล้า (exhausting) และไม่สามารถทนได้ (unbearable) และความรุนแรงของความปวดแบบหนัก ๆ (heavy) ปวดเหมือนโดนผึ้งต่อย (stinging) และปวดตื้อ ๆ (aching) เพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอดในผู้คลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง ($p < .001$) ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในวัฒนธรรมตะวันตก เนื่องจากคำบรรยายด้านความรู้สึกเป็นตัวบ่งชี้ลักษณะอาการเจ็บครรภ์คลอดซึ่งจัดเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน ประกอบกับผู้คลอดส่วนใหญ่ในระยะที่หนึ่งของการคลอดมีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บครรภ์คลอด

ทั้งนี้การประเมินอาการเจ็บครรภ์เป็นการสะท้อนความรู้สึกที่ซับซ้อนและเป็นปัจเจกเฉพาะบุคคลจากการที่คำบรรยายความรู้สึกเจ็บครรภ์สามารถสะท้อนการรับรู้การเจ็บครรภ์คลอดและมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมการสื่อสาร การศึกษานี้เปรียบเทียบความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครั้งแรกและครรภ์หลังในครั้งนี้ จะให้ผลการวิจัยที่เป็นข้อมูลนำไปใช้วางแผนให้การพยาบาลผู้คลอดในระยะที่หนึ่งของการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครั้งแรกและครรภ์หลังตามระยะการเปิดของปากมดลูกในระยะที่หนึ่งของการคลอด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดจากแบบประเมินความปวดแมคกิลล์ ซึ่งประกอบด้วย ด้าน

ความรู้สึกและด้านอารมณ์ การเจ็บครรภ์ด้านความรู้สึก หมายถึง การรับรู้การเจ็บครรภ์ด้านประสาทสัมผัส และการเจ็บครรภ์ด้านอารมณ์ หมายถึง การรับรู้การเจ็บครรภ์ด้านประสบการณ์ความรู้สึกสำนึกโดยการแสดงออกทางจิต สรีรวิทยาและสภาพจิตใจ (Melzack, 1983) ซึ่งผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลังจะมีความรู้สึกเจ็บครรภ์มากน้อย แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล (Lowe, 2002)

วิธีการดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบพรรณนา

ประชากร คือ ผู้หญิงที่มาคลอดในโรงพยาบาล ชุมชนจังหวัดเชียงราย ซึ่งมีทั้งหมด 15 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดโรงพยาบาลแม่สรวย โรงพยาบาลแม่สาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงราย และโรงพยาบาลเชียงแสน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2559 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ มีอายุระหว่าง 15-45 ปี ครรภ์เดียว อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ มีอาการเจ็บครรภ์คลอดอยู่ในระยะที่หนึ่งของการคลอด มีการวางแผนการคลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ไม่ได้รับการชักนำการคลอด ไม่เตรียมการผ่าตัดคลอด สามารถฟังพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และไม่มีภาวะเครียดที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) เริ่มจากจับสลากรายชื่อโรงพยาบาลชุมชนแบบไม่คืนที่ จำนวน 4 แห่ง จากทั้งหมด 15 แห่ง ต่อจากนั้นคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากรที่มาคลอดในช่วงเวลา 1 ปี แต่ละโรงพยาบาลได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 39, 19 และ 17 คน รวม 100 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก โดยเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ อายุครรภ์ และประวัติการปวดประจำเดือน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเบื้องต้นในระยะคลอด ประกอบด้วย เวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอด เวลาในระยะที่สองของการคลอด เพศบุตร น้ำหนักแรกคลอดของบุตร และเวลาในระยะที่สามของการคลอด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอด นำมาจากแบบประเมินความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดจากแบบประเมินความปวดแมคกิลล์ฉบับย่อภาษาไทย (Thai short-form McGill pain questionnaire [Th-SFMPQ]) ของ Kittisomprayoonkul et al. (2006) มีทั้งหมด 15 ข้อความที่เป็นลักษณะอาการปวด แบ่งเป็น ด้านความรู้สึก (sensory score) และด้านอารมณ์ (affective score) นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เฉพาะคำถามด้านความรู้สึก 11 ข้อ ประกอบด้วย 1) ปวดตื้อ ๆ (throbbing) 2) ปวดจี้ (shooting) 3) ปวดเหมือนถูกแทง (stabbing) 4) ปวดแปลบ (sharp) 5) ปวดเกร็ง (cramping) 6) ปวดเหมือนถูกแทะ (gnawing) 7) ปวดแสบปวดร้อน (burning) 8) ปวดตื้อ ๆ (aching) 9) ปวดหนัก ๆ (heavy) 10) กดเจ็บ (tender) และ 11) ปวดเหมือนแตกเป็นเสี่ยง (splitting) คะแนน 1 หมายถึง มีอาการ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ ผู้วิจัยนำแบบประเมินนี้ไปใช้กับผู้คลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20 [KR-20]) ได้เท่ากับ .74

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ และประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยให้ลงนามในเอกสารยินยอม ระหว่างการศึกษาถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้นักวิจัยจะเก็บรักษาไว้อย่างดีในตู้ที่ล็อกกุญแจ และข้อมูลที่เป็นไฟล์อยู่ในเครื่อง คอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัสผ่าน มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ การวิเคราะห์ข้อมูล

และนำเสนอผลการวิจัยทำในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างแต่ใช้เลขรหัสแทน ภายหลังจากการเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้วข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่เก็บข้อมูล จำนวน 2 คน เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย เริ่มตั้งแต่การแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล วิธีการบันทึกข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน

เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลในห้องคลอดเฉพาะวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. โดยหากผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่อยู่ในช่วงที่ขึ้นปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย และเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ระยะคลอด ใช้แบบบันทึกข้อมูลเบื้องต้นในระยะคลอดและแบบประเมินความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดสอบถามความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอด 3 ระยะ คือ ขณะที่มดลูกคลายตัวในระยะปากมดลูกเปิดช้า (1-3 ซม.) ระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนต้น (4-7 ซม.) และระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย (8-10 ซม.)

การวิเคราะห์ข้อมูล

กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเบื้องต้นของการเจ็บครรภ์ ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่หนึ่งของการคลอดระหว่างผู้คลอดครั้งแรกและครรภ์หลังด้วยการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 100 ราย ส่วนมากเป็นผู้คลอดครรภ์หลัง (ร้อยละ 62) มีอายุระหว่าง 20-35 ปี (ร้อยละ 79 ราย) สำเร็จการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า (ร้อยละ 52) และทำอาชีพใช้แรงงานเช่น รับจ้างเกษตรกร (ร้อยละ 73) อายุครรภ์เมื่อคลอดเฉลี่ย 38.97 สัปดาห์ (SD = 1.09) และร้อยละ 56 มีประวัติปวดประจำเดือน

2. กลุ่มตัวอย่างครรภ์แรกมีระยะที่หนึ่งของการคลอดเฉลี่ย 11 ชั่วโมง 34 นาที (SD = 5 ชั่วโมง 50 นาที) ระยะที่สองของการคลอดเฉลี่ย 20 นาที (SD = 10 นาที) ระยะที่สามของการคลอดเฉลี่ย 8 นาที (SD = 5 นาที) และน้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3074.03 กรัม (SD = 318.40 กรัม) และ กลุ่มตัวอย่างครรภ์หลังมีระยะที่หนึ่งของการคลอดเฉลี่ย 9 ชั่วโมง 1 นาที (SD = 5 ชั่วโมง 44 นาที) ระยะที่สองของการคลอดเฉลี่ย 17 นาที (SD = 13 นาที) ระยะที่สามของการคลอดเฉลี่ย 6 นาที (SD = 5 นาที) และน้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3249.53 กรัม (SD = 395.58 กรัม)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครั้งแรกและครรภ์หลังตามระยะการเปิดของปากมดลูก พบว่าในระยะปากมดลูกเปิดช้าและในระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนต้น ผู้คลอดครรภ์แรกรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะจี๊ดมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.01, p < .01$ และ $\chi^2 = 3.75, p < .05$ ตามลำดับ) ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย ผู้คลอดครรภ์แรกรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะจี๊ดและเกร็งมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 12.73, p < .001$ และ $\chi^2 = 4.59, p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลังทั้ง 3 ระยะโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (n = 100)

ระยะ	ความรู้สึก	ครรภ์แรก		ครรภ์หลัง		χ^2
		มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
ปากมดลูกเปิดช้า (1-3 ซม.)	ตื้อ ๆ	6	32	9	53	.03
	จืด	19	19	14	48	8.01**
	เกร็ง	9	29	6	56	3.63
	ตื้อ ๆ	5	33	6	56	.29
	หนัก ๆ	6	32	19	43	2.73
ปากมดลูกเปิดเร็วตอนต้น (4-7 ซม.)	จืด	14	24	12	50	3.75*
	ถูกแทง	9	29	9	53	1.34
	เกร็ง	8	30	12	50	.04
	หนัก ๆ	11	27	28	34	2.60
ปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย (8-10 ซม.)	จืด	17	21	8	54	12.73***
	ถูกแทง	7	31	14	48	.25
	เกร็ง	14	24	11	51	4.59*
	หนัก ๆ	10	28	24	38	.28
	กดเจ็บ	6	32	6	56	.83

*p < .05 **p < .01 ***p < .001

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่า ในทุกระยะการเปิดของปากมดลูก ผู้คลอดครรภ์แรกรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะจืดมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะจืดมากเป็นลำดับแรกในทุกระยะการเปิดของปากมดลูก และรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะเกร็งเพิ่มขึ้นเด่นชัดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย (8-10 ซม.) ผลการวิจัยนี้สะท้อนอาการเจ็บครรภ์ด้านความรู้สึกซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sakornatanun et al. (2012) ที่พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็วรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะเกร็งมากเป็นลำดับแรกถึงร้อยละ 90 ทั้งนี้เนื่องจาก ความรู้สึกเจ็บครรภ์จัดเป็นความเจ็บปวดเฉียบพลันจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย และมีการอักเสบ มีการผสมผสานระหว่างความรู้สึกเจ็บ (epicritic pain) และความรู้สึกปวด (protopathic pain) ซึ่งความรู้สึกเจ็บเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและหมดไปภายในระยะ

เวลาอันสั้น นำโดยใยประสาทเอ (A-fiber) ที่ช่วยให้กระแสประสาทผ่านไปได้เร็วขึ้น ส่วนความรู้สึกปวดเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังความรู้สึกเจ็บและจะคงอยู่นาน นำโดยใยประสาทซี (C-fiber) ซึ่งเป็นใยประสาทนำความรู้สึกช้า (Thithapandha, 2011) การที่ผู้คลอดครรภ์แรกรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะจืดมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะจืดเป็นลำดับแรก และรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะเกร็งเพิ่มขึ้นเด่นชัดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย แสดงให้เห็นว่าในขณะที่มีการหดตัวของมดลูก ผู้คลอดครรภ์แรกรับรู้ความรู้สึกเจ็บที่ช่วยให้กระแสประสาทผ่านไปได้เร็วเด่นชัดกว่าความรู้สึกปวดที่นำโดยใยประสาทนำความรู้สึกช้า ประกอบกับกล้ามเนื้อมดลูกของผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่เคยผ่านการคลอด มีการรับและแปลงสัญญาณความปวดได้ดี การปล่อยสารสื่อประสาท และการส่งกระแสประสาทที่นำโดยเส้นใยประสาทเอ ช่วยให้กระแสประสาทผ่านเร็วขึ้น (Labor &

Maguire, 2008)

ส่วนผู้คลอดครรภ์หลัง รู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะหนัก ๆ เป็นลำดับแรกในทุกระยะการเปิดของปากมดลูก และเพิ่มขึ้นเด่นชัดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนต้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้คลอดครรภ์แรก พบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Capogna et al. (2010) ที่พบว่า ความรุนแรงของความปวดแบบหนัก ๆ เพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอดในผู้คลอดทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง แสดงให้เห็นว่า ในผู้คลอดครรภ์หลังที่ไคยผ่านการคลอดมาแล้วจะมีการยืดขยายของกล้ามเนื้อมดลูกมากกว่า จึงทำให้มีการรับและแปลสัญญาณความปวดได้ช้า การปล่อยสารสื่อประสาท และการส่งกระแสประสาท เป็นไปได้ช้า (Labor & Maguire, 2008) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้คลอดครรภ์แรก ผู้คลอดครรภ์หลังจึงรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะหนัก ๆ เป็นลำดับแรก

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลที่ดูแลผู้คลอดสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอดโดยคำนึงถึงจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และระยะการเปิดของปากมดลูก และอาจารย์สาขาการผดุงครรภ์ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงการประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่หนึ่งของการคลอดให้ครอบคลุมในหลายมิติ และควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอด โดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์แรก และศึกษาเปรียบเทียบในระยะที่สองและสามของการคลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลัง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ชมพูนุช โสภากาญจน์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหา เจ้าหน้าที่ห้องคลอดทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Capogna, G., Camorcia, M., Stirparo, S., Valentini, G., Garassino, A., & Farcomeni, A. (2010). Multidimensional evaluation of pain during early and late labor: A comparison of nulliparous and multiparous women. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 19(2), 167-170.
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Spong, C.Y., Dashe, J.S., Hoffman, B.L., Casey, B.M., & Sheffield, J.S. (2014). *William obstetrics* (24th ed). New York: McGraw-Hill.
- Kittisomprayoonkul, W., Klaphajone, J., & Kovindha, A., (2006). Thai short-form McGill Pain Questionnaire. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine*, 14(3), 83-92. [in Thai]
- Labor, S., & Maguire, S. (2008). The pain of labour. *Reviews in Pain*, 2(2), 15-19.
- Laurson, M., Johansen, C., & Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complication in nulliparous women in the Danish national birth cohort. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(10), 1350-1355.
- Lowe, N. K. (1992). Differences in first and second stage labor pain between nulliparous and multiparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 13(4), 243-253.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(5), S16-S24.
- Melzack, R. (1983). *Pain measurement and Assessment*. New York: Raven Press.
- Prasertsri, N., & Tirapaiwong, Y. (2013). Pain management: Cultural diversity. *Journal of Nursing and Education*, 6(2), 2-10. [in Thai]

- Power, S., Bogossian, F. E., Strong, J., & Sussex, R. (2016). A critical analysis of women's descriptions of labor pain based on the McGill Pain Questionnaire. *International Journal of Childbirth*, 6(4), 223-233.
- Sakorntanun, W., Chatchawan, U., & Hongrattana, K. (2012). The characteristics of labor pain during the active phase of primipara. *Journal of Medical Technology and Physical Therapy*, 24(2), 191-200. [in Thai]
- Tanglakmankhong, K., Chotiga, P., Ngamkham, S., & Thaewpia, S. (2016). Labor pain assessment and management by using RAT model framework. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(Suppl 1), 160-169. [in Thai]
- Thai association for the study of pain. (2009). *Clinical guidance for acute pain management*. Bangkok: Thai association for the study of pain. [in Thai]
- Thithapandha, A. (2011). *Pain: concepts & mechanism*. Retrieved from <https://ascannotdo.wordpress.com/.../pain-concept-mecha...> [in Thai]
- Steen, M. (2008). Understanding perineal pain: Women's descriptions. *British Journal of Midwifery*, 16(6), 383-393.
- Yazbek, M. (2016). Development of a labor pain assessment instrument. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 18(1), 4-26.