

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของสตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูก

ปิยะรัตน์ วงศ์สน¹ พย.บ.

บุญทวี สุนทรลัมศิริ² พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)

แสงทอง อีระทองคำ³ Ph.D. (Nursing), อพย. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

จิตติมา มโนชัย บาร์ทเลทท์⁴ พบ.ว. (สาขาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา)

บทคัดย่อ: การศึกษาเชิงสหสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของสตรีแท้งบุตรเองภายหลังได้รับการขูดมดลูก กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูกจำนวน 78 คน เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ คัดเข้า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และแบบประเมินความปวดด้วยสายตาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนแรนจ์ และโคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการขูดมดลูก สตรีแท้งบุตรเองมีความปวดระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.71 (SD = 1.88) และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความวิตกกังวล และความซึมเศร้ากับความปวดของสตรีแท้งบุตรเองภายหลังได้รับการขูดมดลูกภายใต้การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า การส่งเสริมปัจจัยส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคม อาจเกี่ยวข้องกับความปวด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้ จึงควรศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างสตรีแท้งบุตรเองภายหลังได้รับการขูดมดลูกที่หลากหลายมากขึ้น

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2563; 7(1): 91-103

คำสำคัญ: ปัจจัย ความปวด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า สตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูก

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

³ รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; ผู้เขียนหลัก, E-mail: sangthong.ter@mahidol.ac.th

⁴ ศาสตราจารย์ ภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 27 เมษายน 2563 วันที่แก้ไขบทความ 24 มิถุนายน 2563 วันตอบรับบทความ 30 มิถุนายน 2563

Factors Associated with Pain of Miscarriage Women with Curettage

Piyarat Wongson¹ BNS.

Boontawee Soontornlimsiri² MNS. (Maternity and Newborn Nursing)

Sangthong Terathongkum³ PhD. (Nursing), Dip. ACNP

Jittima Manonai Bartlett⁴ MD.

Abstract: This correlation research aimed to assess factors associated with the pain of miscarriage women with curettage. Seventy-eight miscarriage women were purposively recruited into the study based on the inclusion criteria. Data were collected using three questionnaires: a demographic questionnaire, a Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS), and a pain assessment using the Visual Analog Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Person's Product Moment Correlation Coefficient, Spearman's Rank Correlation, and Chi-Square Test. Findings revealed that the average pain score of miscarriage women with curettage was 2.71 (SD = 1.88). Personal factors, anxiety, and depression were not significantly correlated with the pain of miscarriage women with curettage under general anesthesia. Findings suggest that personal factors and social support may be related to lower pain, anxiety and depression of the studied women. The studies should be done in the larger and various study groups of miscarriage women received curettage.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2019; 6(1): 91-103

Keywords: factors, pain, anxiety, depression, miscarriage women with curettage

^{1,2} Registered Nurse, Somdech Phra Debaratana Medical Center, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

³ Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; Corresponding author, Email: sangthong.ter@mahidol.ac.th

⁴ Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received April 27, 2020; Revised June 24, 2020; Accepted June 30, 2020

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแท้งบุตรเอง (miscarriage or spontaneous abortion) มีโอกาสเกิดร้อยละ 10-22 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งร้อยละ 80 สตรีตั้งครรภ์จะแท้งบุตรเองในช่วงไตรมาสแรกหรือไม่เกิน 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์^{1,2} ในปี ค.ศ. 2010-2014 อัตราการแท้งบุตรทั่วโลกและในทวีปเอเชีย พบ 35 และ 36 ต่อพันสตรีวัยเจริญพันธุ์ ตามลำดับ ร้อยละ 88 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา^{3,4} ส่วนในประเทศไทย พบอัตราการแท้งบุตรเอง 42.46 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2558⁵ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจาก 1) สุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ เช่น โรคเรื้อรัง ความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ อาทิ ปากมดลูกไม่แข็งแรง เนื้องอกในมดลูก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ 2) ความผิดปกติของทารกจากโครโมโซมผิดปกติ^{2,6} ซึ่งสตรีแท้งบุตรเองที่มีขนาดมดลูกไม่เกิน 12 สัปดาห์ จะได้รับการรักษาโดยการขูดมดลูก (curettage) ในกรณีที่แท้งไม่ครบ (incomplete abortion) แท้งค้าง (missed abortion) ตั้งครรภ์ไข่ลม (blighted ovum) หรือตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (molar pregnancy) โดยผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายทางหลอดเลือดดำ หรือเฉพาะที่ (local anesthesia) โดยใช้ยาชา ทั้ง paracervical block หรือ intracervical block และยาแก้ปวด เพื่อควบคุมการหลังสารสื่อประสาทที่ปลายประสาทนำเข้าสมอง และควบคุมการหลังสารที่มีหน้าที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดก่อนทำการขูดมดลูก แล้วใช้เครื่องดูดสุญญากาศแบบมือถือ (Manual Vacuum Aspiration: MVA) หรือเครื่องดูดสุญญากาศแบบไฟฟ้า (Electrical Vacuum Aspiration: EVA) หากยังเหลือเนื้อเยื่อค้างในโพรงมดลูก จึงขูดมดลูกด้วย sharp curette หรือใช้ ring forceps เข้าไปคีบเอาเนื้อเยื่อในโพรงมดลูกออกมา^{2,7-9} ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจ

มีอาการปวดท้องภายหลังได้รับหัตถการดังกล่าว แม้การขูดมดลูกจะเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงเล็กน้อย และใช้เวลาไม่นาน ส่งผลให้สตรีแท้งบุตรเองนอกจากสูญเสียความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์แล้ว^{6,10} ยังนำมาซึ่งความวิตกกังวล เครียด และเศร้าโศก^{6, 9-12} ซึ่งจะมากขึ้นหากสตรีแท้งบุตรเองมีอายุครรภ์มาก หรือรู้สึกว่าการแท้งบุตรครั้งนี้ เพราะความผูกพันและความคาดหวังจะยิ่งมากกว่าการตั้งครรภ์ในระยะแรก¹³ ส่งผลให้การรับรู้ความปวดเพิ่มขึ้น^{7-9,13-15} ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงเลือกศึกษาในสตรีแท้งบุตรเองที่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ เพื่อควบคุมตัวแปรความผูกพันที่อาจมีความสัมพันธ์กับความปวด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความปวดของสตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูกขึ้นกับปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และการรักษาโดยใช้ยา¹⁶ จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของสตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูกที่ผ่านมามีจำนวนจำกัด และศึกษาเพียงบางปัจจัยซึ่งผลการศึกษายังมีความขัดแย้ง โดยพบว่าความปวดของสตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูกมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุ โดยพบว่าอายุน้อยจะมีความปวดมากกว่าสตรีแท้งบุตรเองที่อายุมาก¹⁵ จำนวนบุตร 0-1 คนจะปวดมากกว่าสตรีแท้งบุตรเองที่มีจำนวนบุตร 2 คนขึ้นไป¹⁵ แรงสนับสนุนทางสังคมมากจะปวดน้อยกว่า¹⁵ ทั้งนี้ความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุครรภ์ โดยอายุครรภ์มากจะปวดมากกว่าอายุครรภ์น้อย¹⁵ เช่นเดียวกับจำนวนครั้งของการแท้งบุตร¹⁴ และความวิตกกังวลมาก^{7-9,14,15} นอกจากนี้ชนิดของยาระงับความรู้สึกมีผลต่อการบรรเทาปวดที่แตกต่างกัน^{7,15} อย่างไรก็ตามบางการศึกษาไม่พบ

ความสัมพันธ์ดังกล่าวในปัจจัยระดับการศึกษา¹⁴ จำนวนครั้งของการแท้งบุตร¹⁵ แรงสนับสนุนทางสังคม¹⁴ ตลอดจนไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านโรคประจำตัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการได้รับการขูดมดลูก ความเสียใจต่อการแท้งบุตร และภาวะซึมเศร้ากับความปวดของสตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (general anesthesia)⁷⁻⁹

สตรีแท้งบุตรเองที่มีมารับบริการรักษา ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2559 จำนวน 411 คน เพิ่มขึ้นเป็น 723 คนในปี พ.ศ. 2561 โดยเป็นผู้ป่วยในหัตถ์คลอด ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 217 คน ในปี พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 468 คน ในปี พ.ศ. 2561 สาเหตุส่วนใหญ่ คือ ภาวะแท้งค้าง (missed abortion) คิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมาคือ ตั้งครรภ์ไข่ล้ม (blighted ovum) และภาวะแท้งไม่ครบ (incomplete abortion) คิดเป็นร้อยละ 19.63 และ 3.07 ตามลำดับ¹⁷ ซึ่งจะได้รับการขูดมดลูกโดย MVA หรือ EVA ภายใต้การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทางหลอดเลือดดำ อย่างไรก็ตามภายหลังได้รับการขูดมดลูกผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีคะแนนความปวดอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ทำให้ต้องรับประทานยาบรรเทาอาการปวด สอดคล้องกับการศึกษาจำนวนหนึ่ง^{7,8,14,18,19} ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบดูแลสตรีแท้งบุตรเองซึ่งต้องได้รับการขูดมดลูก โดยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทางหลอดเลือดดำ จึงสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของสตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูก ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ -

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร จำนวนครั้งของการแท้งบุตร ประสบการณ์การได้รับการขูดมดลูก ความรู้สึกเสียใจต่อการแท้งบุตร แรงสนับสนุนทางสังคม) ความวิตกกังวล และความซึมเศร้ากับความปวดของสตรีแท้งบุตรชนิดแท้งเองที่ได้รับการขูดมดลูก

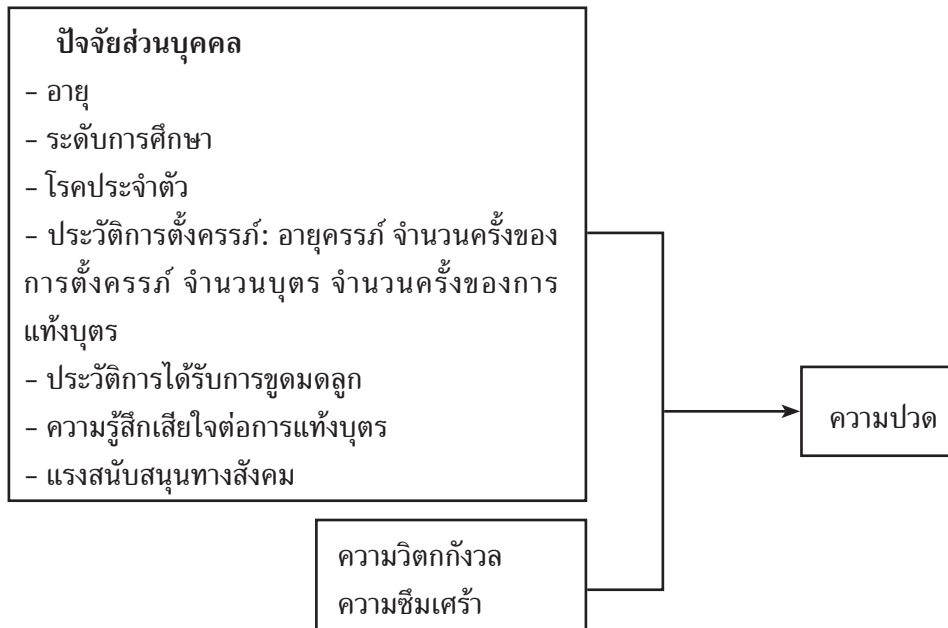
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ทฤษฎีควบคุมประตูปัจจุบันโดย Melzack & Wall ในปี ค.ศ. 1967 ในการอธิบายความปวด โดยสัญญาณประสาทที่ได้รับการกระตุ้นจากส่วนต่างๆ ของร่างกายจะผ่านเส้นใยประสาททั้งขนาดใหญ่ (A beta fiber และ A alpha fiber) รับสัญญาณจากการสัมผัส แรงกด ความสั่นสะเทือน ความร้อนและความเย็น และเส้นใยขนาดเล็ก (C fiber และ A delta fiber) รับสัญญาณความปวดจากระบบประสาทส่วนปลาย ส่งต่อไปที่ไขสันหลังบริเวณ dorsal horn ซึ่งมีเซลล์ substantial gelatinosa (SG cell) มีหน้าที่ควบคุมการเปิดปิดประตูของไขสันหลัง เพื่อส่งสัญญาณความปวดไปสู่สมองผ่าน transmission cell (T cell) ร่างกายจะเกิดการรับรู้ความปวด หากสัญญาณประสาทของเส้นใยประสาท A beta fiber และ A alpha fiber ได้รับการกระตุ้นมากกว่าเส้นใยประสาท C fiber และ A delta fiber ส่งผลให้ประตูปิดเกิดการยับยั้งการส่งสัญญาณความปวดไปยัง T cell ที่ไขสันหลัง ในทางกลับกันหากเส้นใยประสาท C fiber และ A delta fiber ถูกกระตุ้นเพิ่มขึ้น จะเป็นการเปิดประตูเพื่อส่งสัญญาณความปวดไปสู่สมองได้ นอกจากนี้การปิดเปิดประตู ยังขึ้น

กับระบบการคิด (Cognitive system) โดยสั่งการให้ปิดประตูผ่านเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ A beta fiber และ A alpha fiber ให้อยู่ยังการทำงานของ T cell ที่ไซสั่นหลัง ทำให้ปิดประตู^{20,21}

ดังนั้นสตรีแท้งบุตรชนิดแท้งเองที่ได้รับการขูดมดลูกย่อมได้รับการกระตุ้นเส้นใยประสาท C fiber และ A delta fiber เพื่อส่งสัญญาณความปวด กอปรกับมีความวิตกกังวลและภาวะเศร้าซึม จะกระตุ้นกลไกความคิด ทำให้ไม่สามารถสั่งให้ปิดประตูที่ไซสั่นหลัง ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความปวดมากขึ้น^{22,23}

ตลอดจนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยต่อไปนี้คือ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และประวัติการตั้งครรภ์ได้แก่อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร จำนวนครั้งของการแท้งบุตร ประสบการณ์การได้รับการขูดมดลูก ความรู้สึกเสียใจต่อการแท้งบุตร และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะเศร้าซึม^{9, 14, 15} ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดของสตรีแท้งบุตรชนิดแท้งเองที่ได้รับการขูดมดลูก จึงแสดงแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (correlational research study)

ประชากรและตัวอย่าง คือสตรีแท้งบุตรชนิดแท้งเอง ที่มารับการรักษา ณ ห้องคลอด ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามธิบดี ถูกเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติคัดเข้า ดังนี้ (1) อายุ 20 ปีขึ้นไป (2) ขณะแท้งบุตรมีอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ (3) ได้รับการขูดมดลูก โดยได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General anesthesia) ทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ propofol ร่วมกับ fentanyl ขนาด

50 – 100 ไมโครกรัม (4) สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้ และ (5) สนใจเข้าร่วมงานวิจัยโดยลงนามยินยอม

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้หลักการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ของ Cohen ในปี ค.ศ. 1988 ผ่านโปรแกรม G * Power for Sample Size²⁴ กำหนดค่า $\alpha = .05$, $1 - \beta = .80$ และ effect size ที่ต่ำสุดจากงานวิจัยที่คล้ายคลึง¹⁴ เท่ากับ .28 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ในกรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 82 คน ปฏิเสธเข้าร่วมงานวิจัย 4 คน จึงเหลือตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 78 คน

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ได้แก่อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรจำนวนครั้งของการแท้งบุตร ประสบการณ์ การได้รับการขูดมดลูก ระดับความรู้สึกเสียใจต่อการแท้งบุตร และระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

2. แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) สร้างโดย Zigmond & Snaith ในปี ค.ศ. 1983 แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ²⁵ เพื่อใช้คัดกรองภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า มีข้อคำถาม 14 ข้อ โดยข้อคี่เป็นคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล และข้อคู่เป็นคำถามสำหรับภาวะซึมเศร้า คำตอบเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนนรวมในแต่ละกลุ่ม > 11 คะแนน แสดงถึงความผิดปกติทางจิตเวช ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้ทดลองกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient สำหรับความวิตกกังวล

เท่ากับ 0.82 และภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.77 ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 0.72 และ 0.80 ตามลำดับ

3. แบบประเมินความปวดด้วยสายตา (visual analog scale) เป็นเส้นตรงมีความยาว 10 เซนติเมตร มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นซ้ายสุด) จนถึง 10 คะแนน (ปลายเส้นขวาสุด) ใช้ประเมินความปวดของผู้ป่วยภายหลังได้รับการขูดมดลูกทันที แปลผลโดย 0 หมายถึง ไม่ปวด และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด²⁶

จริยธรรมการวิจัย

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (ID 07-61-59ย) ผู้วิจัยนัดหมายตัวอย่าง ณ ห้องคลอดศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและประโยชน์ที่ได้จากการทำวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ทั้งนี้ ตัวอย่างสามารถขอถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแล และการศึกษาครั้งนี้จะนำเสนอข้อมูลผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ ณ ห้องคลอด ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและชี้แจงรายละเอียดการวิจัย จากนั้นจึงคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติคัดเข้า

และเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัย โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ก่อนเข้ารับการขูดมดลูก และประเมินความปวดด้วยสายตาทหลังจากได้รับการขูดมดลูกทันที ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการแท้งบุตร ประสบการณ์การได้รับการขูดมดลูก โรคประจำตัว ระดับความเสียใจ และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมกับความปวดของสตรีแท้งบุตรที่ได้รับการขูดมดลูก ใช้สถิติ Chi-square ส่วนอายุ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีการแจกแจงปกติ ใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation สำหรับรายได้ครอบครัว และอายุครรภ์ ซึ่งมีการแจกแจงไม่ปกติใช้สถิติ Spearman's Rank-Order Correlation

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูก จำนวน 78 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ย 35.32 ปี (SD = 4.0) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาปริญญาโทขึ้นไป และนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 52.5 และ 97.4 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 95,346.15 บาทต่อเดือน (SD = 53,945.58) ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 84.6 อายุครรภ์เฉลี่ย 9.01 สัปดาห์ (SD = 1.63) ตั้งครรภ์ครั้งแรก และยังไม่เคยมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 59.0 และ 73.1 ตามลำดับ ไม่เคยแท้งบุตร และไม่เคยได้รับการขูดมดลูก คิดเป็นร้อยละ 78.2 และ 79.5 ตามลำดับ ทุกรายรู้สึกเสียใจต่อการแท้งบุตร ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.5 จากสามีและพ่อแม่มากที่สุด (ตารางที่ 1 - 2) (ดังตารางที่ 1)

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของสตรีแท้งบุตรก่อนขูดมดลูก เท่ากับ 6.74 (SD = 2.94) และ 5.4 (SD = 3.70) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช ส่วนคะแนนเฉลี่ยความปวด เท่ากับ 2.71 (SD = 1.88) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ พบร้อยละ 67.9 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูก โดยใช้สถิติบรรยาย (N=78)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) M = 35.32 ปี SD = 4.0 Range = 27- 45 ปี		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
มัธยมศึกษา	1	1.3
ปริญญาตรี	36	46.2
ปริญญาโทขึ้นไป	41	52.5
ศาสนา		
พุทธ	76	97.4
อิสลามและคริสต์	2	2.6
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน M = 95,346.15 บาท SD = 53,945.58 บาท Range=20,000-350,000 บาท		
โรคประจำตัว		
มี	12	15.4
ไม่มี	66	84.6
อายุครรภ์ M = 9.01 สัปดาห์ SD = 1.63 Range = 9-12 สัปดาห์		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
1	46	59.0
2	18	23.1
3	14	17.9
จำนวนบุตร		
0	57	73.1
1	19	24.4
2	2	2.5
จำนวนครั้งของการแท้งบุตร		
0	61	78.2
1	11	14.1
2	6	7.7
ประสบการณ์การได้รับการขูดมดลูก		
0	62	79.5
1	13	16.7
2	3	3.8
ความรู้สึกเสียใจต่อการแท้งบุตร		
เล็กน้อย	10	12.8
ปานกลาง	18	23.1
มาก	30	38.5
มากที่สุด	20	25.6
แรงสนับสนุนทางสังคม		
ต่ำ	1	1.3
ปานกลาง	4	5.1
มาก	31	39.7
มากที่สุด	42	53.8

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูก โดยใช้สติกิบบรรยาย (N=78) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สามี	78	100
พ่อแม่	53	67.9
เพื่อน	24	30.8
บุตร	8	10.3
ระดับความปวด		
ต่ำ (0-3)	53	67.9
ปานกลาง (4-7)	22	28.2
สูง (8-10)	3	3.8

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความปวดของสตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูก (N=78)

ตัวแปร	พิสัย		(SD)	การแปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด		
ความวิตกกังวล	0-21	0-16	6.74 (2.94)	ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช
ความซึมเศร้า	0-21	0-16	5.4 (3.70)	ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช
ความปวด	0-10	0-8	2.71 (1.88)	ระดับต่ำ

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร จำนวนครั้งของการแท้งบุตร) ประสิทธิภาพการได้รับการขูดมดลูก ความรู้สึกเสียใจต่อการแท้งบุตร แรงสนับสนุนทางสังคม) ความวิตกกังวลและความซึมเศร้ากับความปวดของสตรีแท้งบุตรเองที่เข้ารับการขูดมดลูก (ตารางที่ 3-4)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน อายุครรภ์กับความปวดของสตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูก โดยสถิติ Person's product moment Correlation และ Spearman's rank correlation (N=78)

ตัวแปร	r (p value)	r _s (p value)
อายุ	-.13 (.248)	
ความวิตกกังวล	.11 (.335)	
ภาวะซึมเศร้า	.04 (.731)	
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		.2 (.080)
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		-.06 (.613)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา การตั้งครรถ์การแท้งบุตร ระดับความเสียใจ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความปวดของสตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูก โดยใช้สถิติ Chi-Square Test (N=78)

ตัวแปร	ความปวด (จำนวน(ร้อยละ))		X ²	p value
	น้อย	มาก		
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษา - ปริญญาตรี	33 (42.3)	4 (5.1)	.96	0.33
สูงกว่าปริญญาตรี	39 (50.0)	2 (2.6)		
จำนวนครั้งของการตั้งครรถ์				
ครรถ์แรก	42 (53.8)	4 (5.1)	.16	0.70
ตั้งแต่ครรถ์ที่ 2 ขึ้นไป	30 (38.5)	2 (2.6)		
จำนวนบุตร				
ไม่มี	53 (67.9)	4 (5.1)	.14	0.72
1 คนขึ้นไป	19 (24.4)	2 (2.6)		
จำนวนครั้งของการแท้งบุตร				
ไม่เคย	56 (71.8)	5 (6.4)	.1	0.76
1 ครั้งขึ้นไป	16 (20.5)	1 (1.3)		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	61 (78.2)	5 (6.4)	.01	0.93
มี	11 (14.1)	1 (1.3)		
ประสบการณ์การได้รับการขูดมดลูก				
ไม่เคย	57 (73.1)	5 (6.4)	.06	0.81
เคย	15 (19.2)	1 (1.3)		
ความรู้สึกเสียใจ				
น้อย - ปานกลาง	27 (34.6)	1 (1.3)	1.05	0.31
มาก - มากที่สุด	45 (57.7)	5 (6.4)		
แรงสนับสนุนทางสังคม				
น้อย - มาก	34 (43.6)	2 (2.6)	.43	0.52
มากที่สุด	38 (48.7)	4 (5.1)		

อภิปรายผล

ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร จำนวนครั้งของการแท้งบุตร ประสบการณ์การได้รับการ ขูดมดลูก ความรู้สึกเสียใจต่อการแท้งบุตร แรงสนับสนุนทางสังคม) ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า กับความปวดของสตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูก ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดทฤษฎีควบคุมประตูดของ Melzack & Wall ที่กล่าวว่าบุคคลจะรับรู้ความปวด เมื่อเส้นใยขนาดเล็ก C fiber และ A delta fiber ถูกกระตุ้นมากกว่าเส้นใยขนาดใหญ่ ส่งผลให้ประตูเปิด ส่งสัญญาณความปวดไปสู่สมองผ่าน transmission cell (T cell)²⁰⁻²³ แต่การศึกษาครั้งนี้สตรีแท้งบุตรเองจะได้รับการกระตุ้นเส้นใยขนาดเล็กน้อยกว่าเส้นใยขนาดใหญ่ แม้ว่าตัวอย่างมีความเสียใจต่อการแท้งบุตรในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64 ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก หรือยังไม่เคยมีบุตร (ร้อยละ 59.0 และ 73.1 ตามลำดับ) จึงน่าจะเกิดความวิตกกังวลหรือความเครียดต่อการแท้งบุตรและต้องได้รับการขูดมดลูก ทั้งที่ไม่เคยแท้งบุตรและไม่เคยได้รับการขูดมดลูก (ร้อยละ 78.2 และ 79.5 ตามลำดับ) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะไปกระตุ้นกลไกความคิด ทำให้ประตูที่ไขส้นหลังเปิด ส่งผลให้รับรู้ความปวดมากขึ้น

แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความปวด ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ($M = 6.74$, $SD = 2.94$; $M = 5.4$, $SD = 3.70$ ตามลำดับ) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งสอนให้บุคคลปล่อยวาง ยอมรับต่อการสูญเสีย²⁷ แต่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมร้อยละ 100 ส่วน

ใหญ่ได้จากสามีและพ่อแม่ รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพได้ให้กำลังใจ คำแนะนำในการเตรียมตัวผ่าตัด และดูแลตนเองหลังผ่าตัด กอปรกับได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) ทางหลอดเลือดดำ ทำให้เกิดการกระตุ้นเส้นประสาทขนาดใหญ่มากกว่าขนาดเล็ก จึงส่งผลให้มีความปวดหลังได้รับการขูดมดลูกทันทีอยู่ในระดับต่ำ ($m = 2.71$, $SD = 1.88$) และไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กับความปวดของสตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูก ผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาจำนวนหนึ่งที่พบว่า อายุ¹⁵ จำนวนบุตร¹⁵ อายุครรภ์¹⁵ จำนวนครั้งของการแท้งบุตร¹⁴ ชนิดของยาระงับความรู้สึก^{7,15} ความวิตกกังวล^{7-9,14,15} แรงสนับสนุนทางสังคม¹⁵ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับบางการศึกษาในปัจจัยระดับการศึกษา¹⁴ จำนวนครั้งของการแท้งบุตร¹⁵ แรงสนับสนุนทางสังคม¹⁴ ที่ไม่พบความสัมพันธ์กับความปวดของสตรีแท้งบุตรชนิดแท้งเองที่ได้รับการขูดมดลูก

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในสตรีแท้งบุตรเองที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปขณะได้รับการขูดมดลูก ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยส่วนบุคคลรวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก อาจทำให้มีความปวดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ซึ่งแม้ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว จึงมีข้อเสนอแนะว่า ปัจจัยส่วนบุคคลร่วมกับการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมอาจช่วยบรรเทาความปวดลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มสตรีแท้งบุตรเองที่ได้รับการขูดมดลูกและได้รับยาระงับความ

รู้สึกแบบทั่วไปร่วมด้วยได้อย่างไรก็ตามควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่และหลากหลายเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยวิเคราะห์ข้อมูลและทุนวิจัย
สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย
มหิดล ที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. March of Dime. Miscarriage. 2020 [updated November 2017]. Available from: <https://www.marchofdimes.org/complications/miscarriage.aspx#>
2. Cunningham FG, Kenneth J, Leveno SL, Bloom JS, Barbara L. Williams Obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018. p 531-68.
3. Guttmacher Institute. International abortion. 2020 [updated March 2018]. Available from: <https://www.guttmacher.org/international/abortion>
4. Guttmacher Institute. Abortion in Asia [Internet]. 2020 [updated March 2018]. Available from: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-asia>
5. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2015. 2020 [updated August 2016]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic2558.pdf
6. Sangchan W. Factors affecting spontaneous abortion among pregnant women at Phrao Hospital, Chiang Mai Province. Journal of Nakhonping Hospital; 7 (1): 9-18. (In Thai)

7. Kerdtawee P, Wuttikonsammakit P, Chamnan P. Efficacy of intravenous sedation, paracervical block and paracervical block with lidocaine spray on pain relief during uterine curettage in first trimester incomplete abortion: Randomized clinical trial. TJOG 2019; 27(3): 139-48.
8. Lazenby GB, Fogelson NS, Aeby T. Impact of paracervical block on post abortion pain in patients undergoing abortion under general anesthesia. Contraception 2009; 80(6): 578-82.
9. Roomruangwong C, Tangwongchai S, Chochinon A. Preoperative anxiety among patients who were about to receive uterine dilatation and curettage. J Med Assoc Thai 2012; 95(10): 1344-51.
10. Reardo DC. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. SAGE Open Medicine 2018; 6: 1-38. Available from: DOI: 10.1177/2050312118807624
11. Ambriz-Lopez R, Guerrero-González G, Rodríguez-Valero CG, Treviño-Montemayor OR, Guzmán-López A, Saldívar-Rodríguez D. Evaluation of symptoms of anxiety and depression in patients with a miscarriage. Medicina Universitaria 2017; 19(74): 7-12.
12. Taonoi K, Deoisres W, Suppaseemanont W. Factors related to anxiety among pregnant women with a history of pregnancy loss. JFONUBUU 2018; 26(4), 51-9. (In Thai)
13. Sriarporn P, Liamtrirath S. Grief among women with perinatal loss. Nurs J 2014; 41: 134-42. (In Thai)

14. Oviedo JD, Ohly NT, Guerrero JM, Castaño PM. Factors associated with participant and provider pain rating during office-based first-trimester vacuum aspiration. *Contraception* 2018; 97(6), 497-99.
15. Duros S, Joueidi Y, Timoh KN, Boyer L, Lemeut P, Tavenard A, et al. A prospective study of the frequency of severe pain and predictive factors in women undergoing first-trimester surgical abortion under local anesthesia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018; 221: 123-8.
16. Allen RH, Singh R. Society of Family Planning clinical guidelines pain control in surgical abortion part 1—local anesthesia and minimal sedation. *Contraception* 2018; 97: 471-7
17. Ramathibodi Informatics Division. Abortion statistics A.D. 2016-2018. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (In Thai)
18. Mittal P, Manu G. Pain relief during minor procedures: a challenge for gynecologists. *Indian J Med Res* 2015; 142(4): 366-8.
19. GÖkhan A, Evrim B, Hüseyin A, Müvet B, Musta OY, IM. I. Effect of paracetamol, dexketoprofen trometamol, lidocaine spray, pethidine & diclofenac sodium application for pain relief during fractional curettage: A randomized controlled trial. *Indian J Med Res* 2015; 142(4): 399-404.
20. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Survey of anesthesiology* 1967; 11(2): 89-90.
21. Kullaneejitmatee T. Pain and pain management during labor. *APHEIT Journal* 2017; 6(2), 158-65. (In Thai)
22. Melzack R. Pain mechanisms and stress. *Psychosocial Factor in Pain: Critical Perspectives* 1999; 18-23.
23. Melzack R, Wall PD. Psychologic aspects of pain. *The Concise Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science* 1980; 9: 143-154.
24. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007; 39(2): 175-91
25. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1996; 41: 18-30. (In Thai)
26. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain. *Arthritis Care Res* 2011; 63(S11), S240 -52.
27. Sarinrat W. Grief and Bereavement: The nursing role. *TRCNJ* 2016; 10(1): 13-21.