

การเปรียบเทียบความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรก และครรภ์หลังในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอด

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

สินีนานา หงษ์ระนัย, ศศ.ม.^{1*}

Sineenat Hongranai, M.A.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลังในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอด กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 100 คน เป็นหญิงที่มากอดในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงราย ในปี พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการคลอด และแบบประเมินความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดของแมคคิลล์ ฉบับย่อภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบไคสแควร์

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

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-SFMPO) 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.

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) ออกมาจากระดับคอร์ติซอล (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 และคำบรรยายด้านการประเมินซึ่งคำบรรยายด้านความรู้สึก เช่น ปวดแสบปวดร้อน ปวดตื้อ ๆ นั้นเกี่ยวข้องกับกระบวนการหายของแผลด้วย และอาจกล่าวได้ว่า การที่มารดาหลังคลอดใช้คำบรรยายด้านความรู้สึกนั้น เป็นตัวบ่งชี้ลักษณะความปวดแบบเฉียบพลัน (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 เลือกรูปการประเมินที่เหมาะสมในผู้คลอดแต่ละราย 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)

Sakorntanun, 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 ประกอบกับผู้คลอดส่วนใหญ่ในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอดมีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บครรภ์คลอด

ทั้งนี้การประเมินอาการเจ็บครรภ์เป็นการสะท้อนความรู้สึกที่ซับซ้อนและเป็นปัจเจกเฉพาะบุคคลจากการที่คำบรรยายความรู้สึกเจ็บครรภ์สามารถสะท้อนการรับรู้การเจ็บครรภ์คลอดและมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมการสื่อสาร การศึกษานี้เปรียบเทียบความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครั้งแรกและครรภ์หลังในครั้งนี้ จะให้ผลการวิจัยที่เป็นข้อมูลนำไปใช้วางแผนให้การพยาบาลผู้คลอดในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดระหว่างผู้คลอดครั้งแรกและครรภ์หลังตามระยะการเปิดของปากมดลูกในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดจากแบบประเมินความปวดแมคกิลล์ ซึ่งประกอบด้วย ด้าน

ความรู้สึกละแ่นด้านอารมณ์ การเจ็บครรภ์ด้านความรู้สึกละแ่น หมายถึง การรับรู้อาการเจ็บครรภ์ด้านประสาทสัมผัส และการเจ็บครรภ์ด้านอารมณ์ หมายถึง การรับรู้อาการเจ็บครรภ์ด้านประสบการณ์ความรู้สึกละแ่นโดยการแสดงออกทางจิต สรีรวิทยาและสภาพจิตใจ (Melzack, 1983) ซึ่งผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลังจะมีความรู้สึกละแ่นเจ็บครรภ์มากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล (Lowe, 2002)

วิธีการดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบพรรณนา **ประชากร** คือ หญิงที่มาคลอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีทั้งหมด 15 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดโรงพยาบาลแม่สรวย โรงพยาบาลแม่สาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเชียงแสน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2559 โดยมีเกณฑ์คัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ มีอายุระหว่าง 15-45 ปี ครรภ์เดี่ยว 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 โดยเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก

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 แบบประเมินความรู้สึกละแ่นเจ็บครรภ์คลอด นำมาจากแบบประเมินความปวดแมคกิลล์ฉบับย่อภาษาไทย (Thai short-form McGill pain questionnaire [Th-SFMPQ]) ของ Kittisomprayoonkul et al. (2006) มีทั้งหมด 15 ข้อความที่เป็นลักษณะอาการปวด แบ่งเป็นด้านความรู้สึกละแ่น (sensory score) และด้านอารมณ์ (affective score) นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เฉพาะคำถามด้านความรู้สึกละแ่น 11 ข้อ ประกอบด้วย 1) ปวดตื้อ ๆ (throbbing) 2) ปวดจี้ด (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

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ และประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยให้ลงนามในเอกสารยินยอม ระหว่างการศึกษาถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้นักวิจัยจะเก็บรักษาไว้อย่างดีในตู้ที่ล็อกกุญแจ และข้อมูลที่ เป็นไฟล์อยู่ในเครื่อง คอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัสผ่าน มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ การวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยทำในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อของ

กลุ่มตัวอย่างแต่ใช้เลขรหัสแทน ภายหลังจากการเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้วข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

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

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

การวิเคราะห์ข้อมูล

กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเบื้องต้นของการเจ็บครรภ์ ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้สึกเจ็บครรภ์คลอดในระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอดระหว่างผู้คลอดครั้งแรกและครรภ์หลังด้วยการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย

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

2. กลุ่มตัวอย่างครรภ์แรกมีระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอดเฉลี่ย 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 กลุ่มตัวอย่างครรภ์หลังมีระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอดเฉลี่ย 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 พบว่า ในระยะปากมดลูกเปิดช้าและในระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนต้น ผู้คลอดครรภ์แรกรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะจัดมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.01, p < .01$ และ $\chi^2 = 3.75, p < .05$ ตามลำดับ) ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย ผู้คลอดครรภ์แรกรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะจัดและเกร็งมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 12.73, p < .001$ 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 ชม.)	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 ชม.)	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 ชม.)	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

จากผลการศึกษานี้พบว่า ในทุกระยะการเปิดของปากมดลูก ผู้คลอดครรภ์แรกรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะจืดมากกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะจืดมากเป็นลำดับแรกในทุกระยะการเปิดของปากมดลูก และรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะเกร็งเพิ่มขึ้นเด่นชัดในระยปากมดลูกเปิดเร็วตอนปลาย (8-10 ชม.) ผลการวิจัยนี้สะท้อนอาการเจ็บครรภ์ด้านความรู้สึกซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sakorntanun et al. (2012) ที่พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกในระยปากมดลูกเปิดเร็วรู้สึกเจ็บครรภ์ลักษณะเกร็งมากเป็นลำดับแรกถึงร้อยละ 90 ทั้งนี้เนื่องจาก ความรู้สึกเจ็บครรภ์จืดเป็นความเจ็บปวดเฉียบพลันจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย และมีการอักเสบ มีการผสมผสานระหว่างความรู้สึกเจ็บ (epicritic pain) และความรู้สึกปวด (protopathic pain) ซึ่งความรู้สึกเจ็บเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและหมดไปภายในระย

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

Maguire, 2008)

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

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลที่ดูแลผู้คลอดสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดการเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอดโดยคำนึงถึงจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และระยะการเปิดของปากมดลูก และอาจารย์สาขาการผดุงครรภ์ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงการประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่หนึ่งของการคลอดให้ครอบคลุมในหลายมิติ และควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอด โดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์แรก และศึกษาเปรียบเทียบในระยะที่สองและสามของการคลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลัง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ ผศ.จุไร อภัยจิรรัตน์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหา เจ้าหน้าที่ห้องคลอดทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

- 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 Phrapokkiao 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.