

ผลของโปรแกรมการนวดโดยสามีต่อการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก



นางสุดารัตน์ ภิรมย์นุก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ISBN 974-14-3454-5

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF MASSAGE BY HUSBAND PROGRAM ON PAIN REDUCTION DURING  
LABOUR OF PRIMIPARAS



Mrs. Sudarat Phiromnok

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

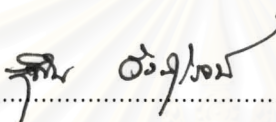
ISBN 974-14-3454-5

Copyright of Chulalongkorn University


หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการนวดโดยสามีต่อการลดความเจ็บปวดในระยะคลอด  
ของหญิงครรภ์แรก  
โดย นางสุดารัตน์ ภิรมย์นุก  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สัจจา ทาโต


---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สัจจา ทาโต)

  
.....กรรมการ  
(อาจารย์ ดร. ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

สุดารัตน์ ภิรมย์นง : ผลของโปรแกรมการนวดโดยสามีต่อการลดความเจ็บปวดในระยะ  
คลอดของหญิงครรภ์แรก (THE EFFECT OF MASSAGE BY HUSBAND PROGRAM  
ON PAIN REDUCTION DURING LABOUR OF PRIMIPARAS)

อ.ที่ปรึกษา:ผศ. ดร. สัจจา ทาโต, 167 หน้า ISBN 974-14-3454-5


การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการนวด  
โดยสามีต่อการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก โดยใช้ทฤษฎีการควบคุมประตู  
(Gate Control Theory) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด  
ในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตรที่โรงพยาบาล  
สุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 50 คน โดยจับคู่ให้มีความใกล้เคียงกันในเรื่อง ระดับ  
การศึกษา และระดับสัมพันธภาพของหญิงตั้งครรภ์และสามี จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ  
กลุ่มควบคุม โดยจับฉลากวันในหนึ่งสัปดาห์จนครบจำนวนกลุ่มละ 25 คน กลุ่มควบคุมได้รับการ  
พยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง  
ได้แก่ โปรแกรมการนวดโดยสามี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (Chang, 2002;  
สุภาพ ไทยแท้ และสัจจา ทาโต, 2548) ซึ่งประกอบด้วยเตรียมสามีที่แผนกฝากครรภ์ 2 ครั้ง ห่าง  
กันครั้งละ 1 สัปดาห์ และมีการทบทวนการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดอีก 1 ครั้ง  
เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์เข้ารับบริการที่ห้องคลอด ขณะเจ็บครรภ์สามีดำเนินการ  
นวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน โดยมี แผนการสอน  
ภาพพลิก คู่มือการนวดและคู่มือการเตรียมสามีเป็นสื่อที่ใช้ในโปรแกรมการนวดโดยสามี เครื่องมือ  
กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวดโดยสามีและแบบประเมินการนวด  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมิน  
ความเจ็บปวด Visual Analogue Scale วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติทดสอบค่าที่  
ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรก ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะ  
ปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน หลังได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีต่ำกว่าก่อนได้รับ  
โปรแกรมการนวดโดยสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )
2. ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิด  
เร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีต่ำกว่ากลุ่มหญิง  
ตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2549.....

ลายมือชื่อนิสิิต.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

##4677630836: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : THE EFFECT OF MESSAGE BY HUSBAND PROGRAM ON PAIN  
REDUCTION DURING LABOUR OF PRIMIPARAS. THESIS ADVISOR :  
ASST. PROF. SATHJA THATO, Ph.D,RN., 167 pp. ISBN 974-14-3454-5

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of massage by husband program on pain reduction during labour of primiparas. The conceptual framework of this study was based on the Gate Control Theory and related literature on massage to reduce pain during labour. Subject consisted of 50 primiparas, who attended prenatal clinic and were later admitted to labour unit of Surathani Hospital. They were equally assigned to experimental and control groups according to their prenatal days. Both groups were matched by education level and the level of their relationship. The control group received routine nursing care while the experimental group received the massage by husband program. Visual Analogue Scale (VAS) (reliability = .95) was used to measure pain level during labour. Data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test and dependent t-test.

Major findings were as follow:

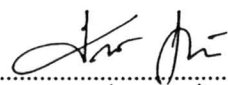
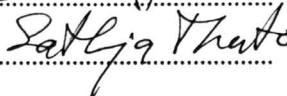
1. The mean score of pain level during the latent phase, active phase and transitional phase of primiparas after receiving the massage by husband program was significantly lower than before receiving the massage by husbands program ( $p < .001$ )
2. The mean score of pain reduction during the latent phase, active phase and transitional phase of primiparas in the experimental group receiving the massage by husband program was significantly lower than that of the control group ( $p < .001$ )

Field of study..... Nursing Science.....

Academic year..... 2006.....

Student's signature.....

Advisor's signature.....



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สัจจา ทาโต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจกับผู้วิจัยมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนธ์ รอดคำดี ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณา ให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัยครั้งนี้ และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาทุ่มเท เวลาถ่ายทอดวิชาความรู้ และประสบการณ์การเรียนการสอนที่มีคุณค่ายิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ หัวหน้าแผนกห้องคลอด และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสูตินรีเวชกรรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และ อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอกราบขอบพระคุณหญิงตั้งครรภ์และสามีทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และเป็นกำลังสำคัญอย่างยิ่งที่มีส่วนทำให้งานวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลงได้

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้ให้การ สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย และขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ ร่วมรุ่น ทุก ท่านที่ได้ให้กำลังใจ ช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ และเป็นกัลยาณมิตรที่ดีเสมอมา รวมทั้ง ขอขอบคุณบุคคลผู้ซึ่งเห็นคุณค่าของการทำวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ปลูกฝังความคิดการสนใจใฝ่ศึกษา และ อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นบุคคลที่มีความมานะ อดทน และรับผิดชอบ ทั้งยังคอยห่วงใย และเป็น กำลังใจมาโดยตลอด ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ ทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยเหลือ ให้ความรัก ความ ห่วงใย และเป็นกำลังใจมาโดยตลอดจนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

# สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ค
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
ความเจ็บปวดในระยะคลอด.....	16
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด.....	26
ผลของความเจ็บปวดในระยะคลอดต่อมารดาและทารก.....	28
การประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด.....	30
การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา.....	34
แนวคิดเกี่ยวกับการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด.....	42
บทบาทของสามีในการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด.....	44
แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้.....	45
บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด.....	50

บทที่	หน้า
โปรแกรมการนัดโดยสามี่.....	56
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	60
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	67
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	85
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	95
สรุปผลการวิจัย.....	99
อภิปรายผลผลการวิจัย.....	100
ข้อเสนอแนะการวิจัย.....	107
รายการอ้างอิง.....	108
ภาคผนวก.....	118
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	119
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	121
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	149
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	152
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	162
ใบอนุญาตของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	165
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	167



## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุครรภ์ น้ำหนักทารกแรกเกิด จำนวนและร้อยละของ คะแนน Apgar Score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ของทารกแรกเกิด.....	88
2. จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ สัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามี.....	89
3. จำนวนและร้อยละของสามีจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และ ประสบการณ์ด้านการคลอด.....	90
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรก ในระยะ ปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านก่อนและ หลังได้รับโปรแกรมการคลอดโดยสามีของกลุ่มทดลอง.....	91
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรก ในระยะ ปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านก่อนและ หลังได้รับโปรแกรมการคลอดโดยสามีของกลุ่มควบคุม.....	92
6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการคลอด โดยสามีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	94
7. จำแนกหญิงตั้งครรภ์ตาม ระดับการศึกษา และระดับสัมพันธภาพระหว่างสามี และหญิงตั้งครรภ์.....	154
8. การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านด้วยสถิติ One – Sample Kolmogorov – Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01.....	155
9. การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านด้วยสถิติ One – Sample Kolmogorov – Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01.....	156

10. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรม SPSS โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบ 90% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ.....	157
11. คะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	158
12. คะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	159
13. คะแนนความเจ็บปวดในระยะเปลี่ยนผ่าน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเจ็บปวดในระยะเปลี่ยนผ่านของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	160
14. ข้อมูลการฝึกปฏิบัติการนวดของสามีในกลุ่มทดลอง.....	161

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	66
2. แผนภูมิแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	93



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพประกอบ

หน้า

1. ภาพทฤษฎีควบคุมประตู.....22



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับทารก รก เยื่อหุ้มรก และน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกสู่ภายนอก ซึ่งกระบวนการคลอดถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตช่วงหนึ่งในชีวิตของสตรี (เจียรนีย์ โพธิ์ไทรย์, 2539) เนื่องจากกระบวนการคลอดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีความไม่สุขสบายเกิดขึ้น สร้างความเครียดและหวาดกลัวให้หญิงตั้งครรภ์เป็นอันมาก โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกซึ่งไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน ประกอบกับระยะเวลาการคลอดของหญิงครรภ์แรกยาวนานจึงทำให้เกิดความอ่อนเพลียเป็นผลให้มีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (Bobak, Lowdermilk and Jensen, 1995) หญิงตั้งครรภ์จะมีความกลัวเกี่ยวกับการคลอด ได้แก่ กลัวความเจ็บปวด กลัวตนเองและบุตรได้รับอันตรายหรือเสียชีวิต กลัวบุตรพิการ กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ไม่สามารถทำนายได้ กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวในห้องคลอด กลัวสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด ตลอดจนกลัวเครื่องมือ เครื่องใช้ และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าที่ไม่เคยคุ้นเคยกันมาก่อน กลัวต่อบทบาทการเป็นมารดา กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายที่จะต้องใช้ในการคลอด (Clark, 1979 อ้างถึงใน ศิรินาถ ศรีกาญจนเพริศ, 2542) และความกลัวที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ความกลัวความเจ็บปวด (Holmes and Magiera, 1987) เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความกลัวและความวิตกกังวลต่อการเผชิญต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น จะส่งผลทำให้เกิดความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์มากขึ้นด้วย โดยความกลัวจะไปกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงเครียดทำให้รบกวนต่อการไหลเวียนของกระแสโลหิตและการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก การเกิดความตึงเครียดที่กล้ามเนื้อเรียบของมดลูกส่วนล่างและปากมดลูก จะเป็นแรงต้านให้ปากมดลูกเปิดช้าและเกิดความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัว เมื่อมีความเจ็บปวดมากขึ้น ความกลัวก็จะเพิ่มมากขึ้น ความตึงเครียดมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นด้วย เกิดเป็นวงจรของความกลัว - ความเครียด - ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Cycle) (Dick - Read, 1984) ซึ่งความเจ็บปวดในระยะคลอด แบ่งได้เป็น 3 ระยะคือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) และระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase) โดยในแต่ละระยะความเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามความแรงของการหดตัวของมดลูก (พิริยา ศุภศิริ, 2540)

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูกในระยะคลอด จะมีผลทำให้ร่างกายหลั่งสาร อีพิเนฟริน (epinephrine) ออกมา สารนี้จะถูกหลั่งออกมาเพิ่มขึ้นตามการหดตัวของ



มดลูก ผลที่ตามมาคือ ทำให้มดลูกหดตัวผิดปกติโดยมีการหดตัวมากจนไม่ได้หยุดพัก จึงเกิดอาการอ่อนล้า ส่งผลให้การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกลดลง ระยะของการคลอดจึงยาวนานออกไป และหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเจ็บปวดมากและเป็นเวลานาน จะส่งผลให้ระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (Pain Tolerance) ลดลง และตอบสนองต่อความเจ็บปวดโดยแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ร้องเอะอะโวยวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ กระสับกระส่าย ไม่ให้ความร่วมมือในการคลอด ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย หรือทำให้กระบวนการคลอดล่าช้า (Gorrie, McKinney and Murky, 1994) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดอาการอ่อนล้าไม่มีแรงเบ่งในที่สุดอาจต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด ทำให้มารดาและทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดเพิ่มขึ้น สำหรับทารกที่คลอดจากมารดาที่คลอดล่าช้าหรือมีการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ อาจมีภาวะขาดออกซิเจนหรือเกิดการติดเชื้อ ทำให้ทารกต้องได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการหายใจ เป็นเหตุให้ต้องแยกจากมารดาซึ่งเป็นการขาดช่วง สัมพันธภาพที่ดี และการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะหลังคลอด (ลัดดาวัลย์ จิตรขาว, 2542)

การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นสิ่งที่ช่วยลดความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลและความกลัวให้แก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดนั้นมีทั้งวิธีที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา วิธีใช้ยาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดนั้น ยาระงับปวดที่นิยมให้หญิงตั้งครรภ์ คือ Meperidine 50 มก. และ Promethazine 25 มก. ให้ทางกล้ามเนื้อหรือเส้นโลหิตดำ (Cunningham, McDonald, Leveno, Gant and Gilstrap, 1993) การใช้ยาทั้งสองชนิดนี้แม้จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ลดความเจ็บปวดได้บ้างและสามารถพักผ่อนได้ แต่ยาเหล่านี้ก็มีผลข้างเคียงที่ไม่น่าพึงพอใจ คือ อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกได้จากฤทธิ์ข้างเคียงเนื่องจากยาสามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้ โดยเฉพาะในผู้คลอดที่ได้รับยาในระยะ 2 - 3 ชั่วโมงก่อนคลอด ฤทธิ์ยาจะไปกดศูนย์หายใจ เมื่อทารกคลอดออกมาอาจเกิดภาวะหายใจลำบากหรือภาวะขาดออกซิเจนได้ (Auvenshine and Enriquez, 1990) และสำหรับตัวหญิงตั้งครรภ์เอง ฤทธิ์ข้างเคียงของยาอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์กระวนกระวาย มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ กระสับกระส่ายหรือง่วงนอนตลอดเวลา สำหรับผลของยาต่อการคลอด ถ้าให้ยาในระยะที่ไม่เหมาะสม อาจไปกีดการทำงานของมดลูกทำให้ความแรงและความถี่ของการหดตัวของมดลูกลดลง ส่งผลให้การเปิดขยายของปากมดลูกหยุดชะงัก การคลอดไม่ก้าวหน้า ระยะเวลาของการคลอดยาวนานขึ้น (Dunnihoo, 1990)

การบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของมดลูกในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถนำมาใช้ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ได้โดยก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดย Simkim และ O'Hara (2002) ได้กล่าวถึงวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยาไว้หลายวิธี ได้แก่ การให้

การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด การอาบน้ำ การสัมผัสและการนวด การเคลื่อนไหวและการจัดท่า การฉีดน้ำได้ผิวหนังเพื่อลดอาการปวดหลัง Simpson และ Creeham (1996) ได้กล่าวถึงวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยาไว้ได้แก่ การผ่อนคลาย การเพ่งจุดสนใจ การใช้จินตนาการ เทคนิคการหายใจ การเคลื่อนไหวและการจัดท่า การสัมผัส การใช้แรงกดหรือการนวด การลูบหน้าท้อง และการใช้ดนตรี Thompson (1995) กล่าวว่า พยาบาลควรช่วยเหลือผู้คลอดในการใช้เทคนิคการควบคุมความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การผ่อนคลาย การกระตุ้นผิวหนัง และเทคนิคการหายใจ

จากข้อมูลดังกล่าวมาจะเห็นได้ว่ามีวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยาอยู่หลายวิธีด้วยกัน ซึ่งบางเทคนิคจำเป็นต้องใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติ เช่น การให้การสนับสนุนการใช้จินตนาการ ส่วนบางเทคนิคจำเป็นต้องใช้บุคลากรพยาบาล เช่น การจัดท่าและการฉีดน้ำได้ผิวหนัง ซึ่งในยุคของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่บุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนจำกัด ทำให้การประยุกต์ใช้เทคนิคดังกล่าวอาจมีอุปสรรค ฉะนั้นการนวดโดยเฉพาะจากสามีจึงเป็นวิธีที่สามารถนำสู่การปฏิบัติ (Practical) ได้ การนวดโดยสามี เป็นวิธีที่มีการใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้คลอด และเป็นบุคคลที่ผู้คลอดต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด (นันทา กาเลี้ยง, 2540) มาประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อคุณภาพการบริการในสถานะที่มีความจำกัดของอัตรากำลังทางการแพทย์ ซึ่งจากการศึกษาของ สุภาพ ไทยแท้ และสัจจา ทาโต (2548) ถึงผลของการนวดต่อการลดความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่า บุคคลที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการให้นวดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.4 คือ สามี

การนวดสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้ ซึ่งสามารถอธิบายกลไกของการบรรเทาความเจ็บปวดได้โดยใช้พื้นฐานของทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ได้ว่า การลูบ การบีบกด การสัมผัส จากการนวดจะกระตุ้นชั้นผิวหนังทำให้ใยประสาทเส้นใหญ่ถูกกระตุ้น ระบบควบคุมประตูจะปิดประตู จึงไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมอง (Melzack and Wall, 1965) นอกจากนี้การนวดยังทำให้การไหลเวียนของโลหิตเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย และการนวดยังกระตุ้นให้มีการปล่อยสารซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน คือ เอนดอร์ฟิน (endorphins) และ เอนเคฟาลิน (enkephalines) ซึ่งสารนี้จะไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง นอกจากนี้การให้สามีเป็นผู้ช่วยเหลือในระยะเจ็บครรภ์ยังเป็นการประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ เพื่อสร้างความมั่นใจและขจัดความกลัวในขณะเจ็บครรภ์คลอด (Sherwen, 1999) และการนวดโดยเฉพาะจากสามีเป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัส ซึ่งทำให้ผู้คลอดรู้สึกอบอุ่น สุขสบายและช่วยเบี่ยงเบนความสนใจผู้คลอดจากอาการเจ็บครรภ์ เป็นการช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่กระตุ้นความรุนแรงของความเจ็บปวด ซึ่งได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับสมอง จึงส่งผลมาควบคุมความเจ็บปวด โดยการปิดประตูในระดับไขสันหลัง จึงเป็นการลดหรือไม่มี

การส่งผ่านของกระแสประสาทความเจ็บปวดไปสู่สมอง (Nixon, 1997) หญิงตั้งครรภ์จึงไม่เกิดการรับรู้ต่อความเจ็บปวด

การรบกวนเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกในระยะคลอดได้ถูกนำมาใช้ในหลายประเทศ เช่น จากการศึกษาของ Chang และคณะ (2002) ที่ศึกษาผลของการรบกวนต่อระดับความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์คลอดในประเทศไต้หวัน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการรบกวนโดยพยาบาลในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน โดยในระหว่างช่วงแต่ละช่วงจะได้รับการรบกวนจากสามี มีระดับความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการรบกวนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kimber (1998 cited in Simkin and O'Hara, 2002) ทำการสำรวจเกี่ยวกับการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการรบกวนในระยะคลอด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้การยอมรับว่า การรบกวนเป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และแสดงพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดี เช่นเดียวกับ Field และคณะ (1997 cited in Simkin and O'Hara, 2002) ที่ได้ศึกษาผลของการรบกวนเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการรบกวนในระยะคลอดจะมีความวิตกกังวลลดลง มีการแสดงออกทางด้านร่างกายและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพไทยแท้ และสัจจา ทาโต (2548) ที่ศึกษาผลของการรบกวนต่อการลดความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการรบกวนจากพยาบาลมีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรบกวนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งบุคคลที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการให้นวดมากที่สุด คือ สามี งานวิจัยนี้จึงเป็นการขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับการรบกวนในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งการให้สามีเป็นผู้รบกวนแก่หญิงตั้งครรภ์ นับเป็นการประยุกต์ใช้แหล่งประโยชน์ในครอบครัวที่พยาบาลควรให้ความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มคุณภาพในการให้บริการพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

ผู้วิจัยคาดว่าจากผลการศึกษาจะเป็นแนวทางที่จะนำเอาวิธีการรบกวนเข้ามาใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด เพื่อเป็นการทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมตนเองได้ดี ส่งผลให้การคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี มีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก และยังทำให้ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด ส่งผลถึงสัมพันธภาพภายในครอบครัวให้ผูกพันยิ่งขึ้น เพราะมีบุคคลซึ่งหญิงตั้งครรภ์ต้องการให้เข้าไปให้การช่วยเหลือ เข้าไปมีส่วนร่วมทางด้านอารมณ์ในประสบการณ์การคลอดร่วมกัน ทำให้รับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในทิศทางที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## คำถามการวิจัย

1. หญิงครรภ์แรกมีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี มีความเจ็บปวดลดลงในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน
2. เพื่อเปรียบเทียบการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน

## แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ความเจ็บปวดในระยะคลอด เกิดจากการพร่องออกซิเจนของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกจากการหดตัวของมดลูก การยืดขยายของมดลูกส่วนล่าง การบางตัวและการเปิดขยายของปากมดลูก และการถูกแรงกดของอวัยวะใกล้เคียง ได้แก่ ช่องคลอด ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งเอ็นต่างๆ ถูกดึงรั้ง สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดการกระตุ้นที่ประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเป็นปลายประสาทอิสระ โดยกระแสประสาทความเจ็บปวดจะถูกส่งผ่านข่ายประสาทของมดลูก (uterine plexus) ไปยังข่ายประสาทเชิงกราน ข่ายประสาทของท้องน้อย เข้าสู่ไขสันหลัง ผ่านประสาทส่วนอกที่ 12, 11 และ 10 แล้วส่งผ่านก้านสมองไปยังทาลามัส เข้าสู่เปลือกสมอง (cerebral cortex) ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการรับและการแปลความรู้สึกเจ็บปวดให้มีการแสดงออกทางพฤติกรรม (Moor, 1984) ในระยะนี้หญิงตั้งครรภ์จึงมีความเจ็บปวดมากบริเวณต่ำกว่าระดับสะดือ ด้านข้างของเชิงกราน และบริเวณส่วนล่างของหลัง เมื่อการคลอดก้าวหน้าต่อไป ความรู้สึก



เจ็บปวดจะแผ่กระจายออกไปถึงบริเวณเชิงกราน และต้นขาทั้งสองข้าง (Bobak et al., 1995 ; Sherwen et al., 1995)

การนวดเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการบรรเทาความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกในระยะคลอด เนื่องจากการนวดเป็นการลดการรับรู้หรือการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด ลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ (McGuire and Shielder, 1993) ซึ่งอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู (Gath Control Theory) ได้ว่า การลูบ การบีบกด การสัมผัสจากการนวดเป็นการกระตุ้นชั้นผิวหนังทำให้ใยประสาทเส้นใหญ่ถูกกระตุ้น ระบบควบคุมประตูจะปิดประตู จึงไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมอง (Melzack and Wall, 1965) และการนวดยังกระตุ้นให้มีการปล่อยสารซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน คือ เอนดอร์ฟิน (endorphins) และ เอนเคฟาลิน (enkaphalines) ซึ่งสารนี้สามารถยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง (McCaffery, 1979) นอกจากนี้การนวดยังเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดจากอาการเจ็บครรภ์ เป็นการช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่จะกระตุ้นความรุนแรงของความเจ็บปวด ซึ่งได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับสมองจึงส่งผลมาควบคุมความเจ็บปวด โดยการปิดประตูในระดับไขสันหลัง ทำให้ไม่สามารถส่งผ่านสัญญาณความเจ็บปวดได้ (McGuire and Shielder, 1993) จากการศึกษาของ Chang และคณะ (2002) ถึงผลของการนวดต่อระดับความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์คลอด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการนวดโดยพยาบาลในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน โดยในระหว่างช่วงแต่ละช่วงจะได้รับการนวดจากสามี ในระยะเจ็บครรภ์คลอดมีระดับความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และร้อยละ 87 ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองระบุว่า การนวดสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้เป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Field และคณะ (1997) ที่ศึกษาผลของการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการนวดในระยะคลอดจะมีความวิตกกังวลลดลง มีการแสดงออกทางด้านร่างกายและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม และ Kimber (1998 cited in Simkin and O'Hara, 2002) ได้ทำการสำรวจเกี่ยวกับการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการนวดในระยะคลอด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้การยอมรับว่าการนวดเป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้การนวดยังเป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัสซึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอบอุ่น และ สุขสบาย โดยเฉพาะถ้าได้รับการนวดจากสามีซึ่งเป็นบุคคลที่หญิงตั้งครรภ์ไว้วางใจและต้องการให้อยู่ใกล้ชิดในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด จากการศึกษาของ นันทา กาเลียง (2540) พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่หญิงตั้งครรภ์ไว้วางใจมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง คือ สามี สอดคล้องกับการศึกษาของ เกียรติกำจร กุศล (2536) ที่พบว่า สามีเป็นบุคคลแรกที่ถูกคลอดต้องการความ



ช่วยเหลือ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ประภัสสร อินทรศักดิ์สิทธิ์ (2540) และ วีรวรรณ ภาษาประเทศ (2541) ที่พบว่า สามีเป็นบุคคลสำคัญที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้คลอดได้ดีที่สุด เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและมีความผูกพันมากที่สุด และจากการศึกษาของ สุภาพ ไทยแท้ และสังจา ทาโต (2548) พบว่า บุคคลที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการในการคลอดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดมากที่สุดร้อยละ 71.4 คือ สามี ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือจากสามีจะทำให้ผู้คลอดมีอาการมั่นใจ ไม่ก่อให้เกิดความเครียด มีการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ดีขึ้น มีความสามารถและทักษะในการเรียนรู้มากขึ้น เกิดเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ การคลอดและทารกในครรภ์ และสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการคลอดโดยสามี และนำทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของ Thorndike มาใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมของสามี ทั้งนี้เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดให้หญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของสามี** เป็นการเตรียมสามีให้มีความพร้อมในการคลอดให้กับหญิงตั้งครรภ์ขณะเจ็บครรภ์ ตามคู่มือการเตรียมสามี โดยมีการจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 3 – 4 คู่ จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 90 นาที ประกอบด้วย

**1.1 การบรรยาย** ซึ่งเป็นทำให้ความรู้และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์และสามีตามแผนการสอนเรื่องความเจ็บปวดในระยะคลอดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะต่างๆ ของการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา บทบาทของสามีในการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดด้วยวิธีการนวดทั้งหมด 5 ท่า ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า ซึ่งการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้นั้นต้องอาศัยการเรียนรู้เป็นสำคัญ การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ข้อมูล หรือประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลไตร่ตรองสิ่งเหล่านั้น เมื่อเห็นว่าเกิดผลดีกับตัวเองจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ความรู้ใหม่ที่ได้รับ (Thorndike cited in Bernard, 1972) ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดทำให้หญิงตั้งครรภ์และสามีได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดด้วยวิธีการนวด เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมที่ทำให้ความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง โดย

ใช้วิธีการสอนแบบบรรยายร่วมกับการคู่มือการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด และภาพพลิกประกอบการสอน

**1.2 การฝึกปฏิบัติการนวด** ประกอบด้วยการนวดทั้งหมด 5 ท่า ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า โดยผู้วิจัยสาธิตและให้สามีทำการฝึกปฏิบัติการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ขณะทำการสอน ซึ่งการได้ฝึกปฏิบัติจริงหรือกระทำกิจกรรมซ้ำๆ จะทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นว่าก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมซ้ำๆ จะต้องเกิดความเข้าใจในเหตุผลอย่างแท้จริงเสียก่อนจึงจะเกิดการเรียนรู้ที่คงทนถาวร (Bernard, 1972) ดังนั้นการที่จะสอนให้ผู้เรียนนำความรู้ไปใช้จะต้องให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มชัด ให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติขณะที่เรียนและนำสิ่งที่ได้มาใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่คงทนถาวร (กมลรัตน์ หล้าสูงษ์, 2528; อารีย์ พันธมณี, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับสมจิต หนูเจริญกุล (2543) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ปวยมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการสอน มีการฝึกหัดกระทำพฤติกรรมต่างๆ และลองผิดลองถูกในสิ่งที่ไม่เกิดอันตราย จะเพิ่มความสามารถของผู้ปวยในการเรียนรู้ และจดจำแม่นยำมากขึ้น เสริมความมั่นใจในการปฏิบัติ

**ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการนวด** เป็นขั้นตอนที่สามีทำการนวดให้หญิงตั้งครรภ์เมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด และเข้ารับการดูแลในห้องคลอด โดยสามีทำการนวดใน 3 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า (ปากมดลูกเปิด 3 – 4 เซนติเมตร) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 5 – 7 เซนติเมตร) และระยะเปลี่ยนผ่าน (ปากมดลูกเปิด 8 – 10 เซนติเมตร) ประกอบด้วยการนวดทั้งหมด 5 ท่า ดังนี้

1. การลูบหน้าท้อง เพื่อลดความเจ็บปวดบริเวณหน้าท้องและสะดือขณะที่มดลูกหดตัว จะมีการส่งกระแสประสาทผ่านทางข่ายประสาทของมดลูก (uterine plexus) เมื่อมีการกระตุ้นผิวหนังโดยการลูบเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ซึ่งมีจำนวนมากได้ผิวหนัง มีผลให้ระบบควบคุมประตูที่ระดับไขหลังปิดประตูหรือปิดเกือบหมด จึงไม่มีหรือลดสัญญาณการส่งผ่านของกระแสประสาทความเจ็บปวดไปสู่ระดับสมอง การรับรู้ต่อความเจ็บปวดจึงลดลง (Reeder and Martin, 1987) ทำโดยเมื่อมดลูกเริ่มหดตัวให้ผู้คลอดห่อมือลักษณะนิ้วมือชิดกัน วางมือทั้ง 2 ข้างบริเวณหัวเหน่า ลูบมือขึ้นด้านข้างของหน้าท้องเบาๆ พร้อมทั้งหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ จนมือทั้ง 2 ข้างมาพบกันบริเวณยอดอก เมื่อมดลูกคลายตัวลูบมือทั้ง 2 ข้างลงกลับไปใต้เข็มพร้อมหายใจออกช้าๆ ยาวๆ เปิดปากเล็กน้อย เมื่อหายใจเข้าและออก 1 ครั้ง ก็จะลูบหน้าท้องเสร็จ 1 รอบ ใช้เวลาในการลูบหน้าท้องประมาณ 5 นาที

2. การนวดบริเวณก้นกบ เนื่องจากบริเวณนี้จะเป็นส่วนที่เชื่อมต่อกับท้อง เมื่อมดลูกมีการหดตัวส่วนนี้ก็จะเกิดการตึงรั้งด้วย การส่งกระแสประสาทจะส่งผ่านข่ายประสาทของก้น (Sacral plexus) และข่ายประสาทของก้นกบ (Coccygeal plexus) การนวดเป็นการกระตุ้นชั้นผิวหนังทำให้ใยประสาทเส้นใหญ่บริเวณดังกล่าวถูกกระตุ้น ระบบควบคุมประตูที่ระดับไขหลังจะปิดประตู

จึงไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมอง (Melzack and Wall, 1965) การนวดให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคง สามีนั่งอยู่ข้างเตียงใช้นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้าง วางแนวข้างติดกระดูกกระเบนเหน็บ วางฝ่ามือทั้ง 2 ข้างแนบบริเวณเหนือกระดูกเชิงกราน ใช้นิ้วหัวแม่มือขนาดคลึงเป็นวงกลมอย่างต่อเนื่อง เป็นวงกลมเล็กๆ ด้วยแรงกดในทิศวนออกจากแนวกระดูกสันหลัง โดยทำอย่างต่อเนื่องไปจนถึงกระดูกก้นกบ จากนั้นใช้นิ้วหัวแม่มือออกแรงกดขึ้นข้างบนซ้ำๆ เพื่อกลับมายังตำแหน่งเดิม ทำ 5 ครั้ง ต่อจากนั้นให้ผู้นวดกำมือและใช้หลังมือขนาดคลึง เป็นวงกลมที่บริเวณก้นกบขณะที่มดลูกมีการหดตัว ลงน้ำหนักมือที่หลังมือให้คงที่และสม่ำเสมอ

3. การนวดบริเวณขาด้านหน้า การส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดจะส่งผ่านเส้นประสาทของกล้ามเนื้อขา (Muscular branches and Cutaneous branches of Femoral nerve) การนวดบริเวณนี้จะช่วยบรรเทาอาการตึงและปวดบริเวณสะโพกและกระดูกเชิงกรานซึ่งเกิดจากการตั้งรังเมื่อมดลูกมีการหดตัว การนวดเป็นการกระตุ้นให้ปล่อยสารซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน คือ เอนดอร์ฟิน (endorphins) และ เอนเคฟาลิน (enkephalines) ซึ่งสารนี้สามารถยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง (McCaffery, 1979) ทำให้ความเจ็บปวดลดลง นอกจากนี้การนวดยังเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดจากอาการเจ็บครรภ์ เป็นการช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่จะกระตุ้นความรุนแรงของความเจ็บปวด ซึ่งได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับสมองจึงส่งผลมาควบคุมความเจ็บปวด โดยการปิดประตูในระดับไขสันหลัง ทำให้ไม่สามารถส่งผ่านสัญญาณความเจ็บปวดได้ (McGuire and Shielder, 1993) การนวดให้สามีนั่งหรือยืนที่ปลายเตียง หญิงตั้งครรภ์นอนหงาย สามีวางมือลงบนข้อเท้าปลายนิ้วชี้ขึ้นด้านบนในลักษณะประกบมือ ค่อยๆ ลูบขึ้นจนมือด้านในถึงบริเวณขาอ่อนด้านใน ส่วนมือด้านนอกลูบต่อไปจนถึงสะโพกและคลึงรอบๆ สะโพก จากนั้นมือทั้ง 2 ข้างลูบลงมาตามข้างขาจนกระทั่งถึงข้อเท้า ต่อจากนั้นใช้มือทั้ง 2 ข้างบีบนวดกล้ามเนื้อขาสลับกัน โดยมีมือหนึ่งบีบอีกมือหนึ่งปล่อย ค่อยๆ เลื่อนมือที่นวดจากเหนือข้อเท้าถึงต้นขา โดยไม่ยกมือออกจากขาหญิงตั้งครรภ์ในระหว่างที่กำลังบีบนวดอยู่ และนวดกลับมาที่ตำแหน่งเดิม ทำข้างละ 5 รอบ

4. การนวดบริเวณขาด้านหลัง การนวดบริเวณนี้จะช่วยบรรเทาอาการตึงและปวดบริเวณบั้นเอวซึ่งเกิดจากการตั้งรังเมื่อมดลูกมีการหดตัว การส่งกระแสประสาทจะส่งผ่านเส้นประสาทของขาด้านหลัง (Sciatic nerve) การนวดเป็นการกระตุ้นให้มีการปล่อยสารซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน คือ เอนดอร์ฟิน (endorphins) และ เอนเคฟาลิน (enkephalines) โดยสารนี้สามารถยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง (McCaffery, 1979) อีกทั้งการนวดบริเวณขาด้านหลังยังเป็นการกระตุ้นชั้นผิวหนังทำให้ใยประสาทเส้นใหญ่ถูกกระตุ้น ระบบควบคุมประตูในระดับไขสันหลังจะปิดประตูความเจ็บปวด จึงไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมอง (Melzack and Wall, 1965) การนวดให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคง สามีนั่งหรือยืนที่ปลายเตียง สามีวางมือลงที่ข้อเท้า

ด้านหลังของขาบน แล้วลูบขึ้นตามแนวกลางของขาด้านหลังขึ้นไปถึงก้นและรอบๆ สะโพกโดยลงน้ำหนักที่ฝ่ามือ แล้วลูบกลับตามแนวข้างของขาจนถึงข้อเท้า ทำข้างละ 5 รอบ จากนั้นใช้มือทั้ง 2 ข้างบีบนิ้วสลับกันเป็นจังหวะ และเลื่อนมือขึ้นโดยให้หัวแม่มืออยู่แนวกลางด้านหลังของขา นวดจากเอ็นร้อยหวายถึงต้นขา โดยไม่ยกมือออกจากขา ระวังอย่านวดใกล้ข้อเข่าจนเกินไป และนวดกลับลงมา ทำข้างละ 5 รอบ จากนั้นให้หญิงตั้งครรภ์ย่อเข่าแล้ววางข้างหน้า และนวดขาล่างเช่นเดียวกับขาด้านบน

5. การนวดบริเวณหัวเหน่า การนวดบริเวณนี้จะช่วยบรรเทาอาการตึงและปวดบริเวณกระดูกเชิงกรานซึ่งเกิดจากการตั้งรังไข่เมื่อมดลูกมีการหดตัว และยังเป็นการกระตุ้นชั้นผิวหนังทำให้ใยประสาทเส้นใหญ่ถูกกระตุ้น ระบบควบคุมประตูจะปิดประตูความเจ็บปวดในระดับไขสันหลัง กระแสประสาทความรู้สึกรู้สึกเจ็บปวดจากข่ายประสาทเชิงกราน (Pelvic plexus) จึงไม่ถูกส่งขึ้นสู่สมอง (Melzack and Wall, 1965) หญิงตั้งครรภ์จึงมีการรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง การนวดให้หญิงตั้งครรภ์อยู่ในท่านอนหงาย สามีนั่งอยู่ด้านข้างเตียง วางปลายนิ้วมือทั้ง 2 ข้างบริเวณด้านข้างของหัวเหน่า โดยให้หัวแม่มือชนกัน ใช้นิ้วมือทั้ง 4 กดเบาๆ บริเวณเหนือหัวเหน่าไปยังปุ่มกระดูกเชิงกรานด้านข้างทั้ง 2 ด้าน แล้วไล่มืออ้อมไปทางด้านหลังตามแนวกระดูกเชิงกรานด้านบน จนกระทั่งนิ้วมือมาชนกันบริเวณกระดูกไขสันหลังระดับเอว จากนั้นใช้ฝ่ามือลูบมาทางด้านหน้า โดยออกแรงกดเล็กน้อยตามบริเวณรอบๆ เอวมายังกระดูกหัวเหน่าเช่นเดิม ทำ 5 รอบ

นอกจากนี้การนวดโดยสามีซึ่งเป็นบุคคลที่หญิงตั้งครรภ์ไว้วางใจ และต้องการให้อยู่ใกล้ชิดในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด ยังเป็นการประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ เพื่อสร้างความมั่นใจและขจัดความกลัวในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด (Sherwen, 1999) และการนวดโดยเฉพาะจากสามีเป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัส ซึ่งทำให้ผู้คลอดรู้สึกอบอุ่น สุขสบายและช่วยเบี่ยงเบนความสนใจผู้คลอดจากอาการเจ็บครรภ์ เป็นการช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่กระตุ้นความรุนแรงของความเจ็บปวดซึ่งได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับสมอง จึงส่งผลมาควบคุมความเจ็บปวด โดยการปิดประตูในระดับไขสันหลัง จึงเป็นการลดหรือไม่มีการส่งผ่านของกระแสประสาทความเจ็บปวดไปสู่สมอง (Nixon, 1997) ซึ่งเป็นการตัดวงจรความกลัว – ความเครียด – ความเจ็บปวด (Fear – Tension – Pain Cycle) (Dick – Read, 1984) เนื่องจากเมื่อความกลัวและความเครียดลดลงก็ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดก็ลดลงไปด้วย

จากกิจกรรมการนวดโดยสามีดังกล่าว นอกจากจะเป็นการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์ เป็นการขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับการนวดในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งการให้สามีเป็นผู้นวดแก่หญิงตั้งครรภ์ นับเป็นการประยุกต์ใช้แหล่งประโยชน์ในครอบครัวที่สำคัญ ในการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มคุณภาพในการให้บริการพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์และ

ครอบครัว หญิงตั้งครรภ์ให้ความร่วมมือในการคลอด ส่งผลให้การคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี มีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก และยังทำให้ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด นำไปสู่การคลอดทารกที่มีความสมบูรณ์แข็งแรง ด้วยเหตุผลและแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี มีระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน หลังได้รับการนวดต่ำกว่าก่อนได้รับการนวด
2. หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี มีความเจ็บปวดลดลงในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการนวดโดยสามีต่อการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

### ประชากร

เป็นหญิงครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการนวดโดยสามี

ตัวแปรตาม คือ ระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความเจ็บปวดในระยะคลอด** หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายหรือความทุกข์ทรมานของผู้คลอดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งการหดตัวของมดลูกทำให้เกิดการขาดออกซิเจนปากมดลูกเปิดขยายออก และทารกถูกบีบไล่ให้เคลื่อนต่ำลงมาตามช่องทางคลอด ในระยะ



เจ็บครรภ์คลอดของหญิงครรภ์แรก ซึ่งความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานนี้จะเพิ่มขึ้นตามความแรงของการหดตัวของมดลูก สามารถวัดหรือประเมินได้ด้วยแบบวัดความเจ็บปวดแบบ Visual Analogue Scale ของ Revill และคณะ (1976) ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรง ความยาว 10 เซนติเมตร แทนระดับความเจ็บปวด มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน

**โปรแกรมการนวดโดยสามี** หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมสามีให้มีบทบาทในการบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกในระยะคลอดโดยวิธีการนวดให้กับหญิงครรภ์แรก ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด (Chang, 2002: สุภาพไทยแท้ และสัจจา ทาโต, 2548) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการนวดโดยสามี ซึ่งครอบคลุมการนวดทั้งหมด 5 ท่า คือ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า ทั้งนี้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 3 ขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาและฝึกปฏิบัติการนวด จากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในโครงการอบรมการนวดไทยเพื่อส่งเสริมสุขภาพในครอบครัว ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนตาปี เครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 3 วัน และผู้วิจัยทำการฝึกปฏิบัติการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์จำนวน 5 ราย เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนที่จะทำการสอนสามีให้มีความพร้อมในการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์

1.2 การเตรียมสามี เป็นการเตรียมสามีให้มีความพร้อมในการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ขณะเจ็บครรภ์ โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 3-4 คู่ จำนวน 2 ครั้ง ที่แผนกฝากครรภ์ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 90 นาที ประกอบด้วย

#### ครั้งที่ 1

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย

2. ขั้นตอนการให้ความรู้ ซึ่งเป็นการให้ความรู้และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์และสามีตามแผนการสอนเรื่องความเจ็บปวดในระยะคลอดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยใช้ภาพพลิกและคู่มือการนวดประกอบการสอน ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาต่างๆ ของการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา บทบาทของสามีในการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

ด้วยวิธีการนวด 5 ท่า ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า

3. ขั้นการฝึกปฏิบัติการนวด 5 ท่า ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า โดยผู้วิจัยสาธิตและให้สามีทำการฝึกปฏิบัติการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ขณะทำการสอน

4. ขั้นสรุป เป็นการสรุปเนื้อหา แนะนำการใช้คู่มือการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และการฝึกปฏิบัติการนวดที่บ้าน รวมทั้งการใช้แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวดของสามีและนัดหมายครั้งต่อไปตามวันนัดฝากครรภ์

### ครั้งที่ 2

1. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม

2. การทบทวนความรู้เกี่ยวกับ ความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

3. การประเมินการนวดของสามีจากแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวด และแบบประเมินการนวด พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคของการนวดและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

4. การทบทวนทักษะและฝึกปฏิบัติการนวดของสามีเพื่อเกิดความชำนาญ ทั้ง 5 ท่า คือ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า

5. ขั้นสรุป เป็นการสรุปเนื้อหา ทบทวนการใช้คู่มือการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และการฝึกปฏิบัติการนวดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งทบทวนการใช้แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวดของสามีอีกครั้ง และนัดหมายพบกับกลุ่มตัวอย่างและสามีที่ห้องคลอดเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด

### 2. ขั้นตอนการทดลอง

เป็นขั้นตอนที่หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด และเข้ารับการดูแลในห้องคลอด โดยสามีทำการนวดใน 3 ระยะ คือระยะปากมดลูกเปิดช้า (ปากมดลูกเปิด 3 – 4 เซนติเมตร) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 5 – 7 เซนติเมตร) และระยะเปลี่ยนผ่าน (ปากมดลูกเปิด 8 – 10 เซนติเมตร) รวมการนวดทั้งหมด 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที มีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนกระบวนการนวดกับสามี โดยให้สามีสาธิตวิธีการนวด และผู้วิจัยประเมินความถูกต้องก่อนดำเนินการนวดจริงด้วยแบบประเมินการนวด หากสามีนวดไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยสาธิตการนวดและให้สามีสาธิตย้อนกลับจนกว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้อง

2. ผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจภายในเพื่อประเมินการเปิดของปากมดลูก เมื่อปากมดลูกของหญิงตั้งครรภ์เปิด 3 เซนติเมตร ซึ่งอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดช้า สามีดำเนินการนวด 5 ท่า คือ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า แต่ละบริเวณใช้เวลาการนวดประมาณ 5 นาที ทั้งนี้หากหญิงตั้งครรภ์มีความประสงค์ให้นวดเฉพาะบริเวณ สามีสามารถปรับเวลาของการนวดในแต่ละบริเวณให้สอดคล้องกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ขณะทำการนวด สามีสังเกตสีหน้า และสอบถามความรู้สึกหญิงตั้งครรภ์เป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ใช้แรงในการนวดได้เหมาะสมตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ โดยทำการนวดทั้ง 5 ท่า เป็นเวลา 30 นาที จากนั้นผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจภายในเพื่อประเมินการเปิดของปากมดลูก เมื่อปากมดลูกเปิด 5 - 7 เซนติเมตร ซึ่งเป็นระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ผู้วิจัยจัดให้สามีดำเนินการนวดทั้ง 5 ท่า เป็นเวลา 30 นาที และเมื่อปากมดลูกเปิด 8 - 10 เซนติเมตร ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยจัดให้สามีดำเนินการนวดทั้ง 5 ท่า อีกครั้ง รวมจำนวนครั้งของการนวดทั้งหมด 3 ครั้ง โดยในระหว่างช่วงของการนวดผู้วิจัยให้สามีไปอยู่ในห้องที่ผู้วิจัยจัดไว้

### 3. ขั้นสิ้นสุดการทดลอง

แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการทดลองและให้สามีรอหญิงตั้งครรภ์อยู่ภายนอกห้องคลอด โดยหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามปกติจนกระทั่งคลอดและย้ายออกจากห้องคลอด

**ระยะปากมดลูกเปิดช้า** หมายถึง ระยะที่ปากมดลูกเริ่มเปิดขยายจนถึง 4 เซนติเมตร มดลูกมีการหดตัวระดับปานกลาง นาน 30-40 วินาที ความถี่ทุก 5-7 นาทีสามารถประเมินได้จากการตรวจภายใน ซึ่งประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย

**ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว** หมายถึง ระยะที่ปากมดลูกเปิดขยาย 4-8 เซนติเมตร มดลูกมีการหดตัวแรงขึ้น ถึงขั้น ระยะเวลาของการหดตัวของมดลูกความถี่ทุก 3-4 นาที มดลูกหดตัวเป็นเวลานาน 45-60 วินาที สามารถประเมินได้จากการตรวจภายใน ซึ่งประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย

**ระยะเปลี่ยนผ่าน** หมายถึง ระยะที่ปากมดลูกเปิดขยาย 8-10 เซนติเมตร มดลูกมีการหดตัวแต่ละครั้งนาน 60-90 วินาที ความถี่ทุก 2-3 นาที สามารถประเมินได้จากการตรวจภายใน ซึ่งประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับจากพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การเตรียมตัวเพื่อคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยาะคลอดโดยใช้เทคนิคการหายใจและการดูหน้าท้อง และจากพยาบาลประจำแผนกห้องคลอดในการควบคุมการหายใจเพื่อบรรเทาปวด นอกจากนี้ยังให้สามีเข้าไปอยู่ด้วยเป็นเวลา 30 นาที ในระยาะปากมดลูกเปิดช้า ระยาะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยาะเปลี่ยนผ่าน

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยการนำเทคนิคการนวดมาใช้ในระยาะคลอด โดยให้หญิงตั้งครรภ์และสามีได้ฝึกปฏิบัติเพื่อใช้บรรเทาความเจ็บปวดในระยาะคลอด
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยาะคลอด



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน และเพื่อเปรียบเทียบการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดโดยสามี กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความเจ็บปวดในระยะคลอด
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด
3. ผลของความเจ็บปวดในระยะคลอดต่อมารดาและทารก
4. การประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด
5. การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา
6. แนวคิดเกี่ยวกับการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด
7. บทบาทของสามีในการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
8. แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้
9. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
10. โปรแกรมการนวดโดยสามี
11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความเจ็บปวดในระยะคลอด

ความเจ็บปวดในระยะคลอด หมายถึง ความไม่สบายหรือความทุกข์ทรมานของหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก ทำให้ปากมดลูกเปิดขยายออกและทารกถูกบีบไล่ให้เคลื่อนต่ำลงมาตามช่องทางคลอด ซึ่งความไม่สบายนี้จะเพิ่มขึ้นตามความแรงของการหดตัวของมดลูก และความยาวนานของระยะเวลาคลอด และลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อทารกถูกขับออกจากโพรงมดลูก หญิงตั้งครรภ์จะมีการแสดงออกทั้งใช้คำพูด และไม่ใช้คำพูด (Gorrie et al., 1994)



### 1.1 สาเหตุของการเริ่มเจ็บครรภ์คลอด

ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมแต่ละชนิดจะมีระยะเวลาของการตั้งครรภ์ที่เฉพาะ และในมนุษย์ก็เช่นเดียวกัน จะมีระยะเวลาของการตั้งครรภ์นาน 280 วัน หรือ 40 สัปดาห์นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย เมื่อถึงช่วงเวลาที่เหมาะสมจะเริ่มเจ็บครรภ์คลอด สำหรับสาเหตุที่ทำให้สัตว์แต่ละชนิดเริ่มเจ็บครรภ์คลอดในช่วงเวลาที่แตกต่างกันนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีหลายทฤษฎีได้พยายามอธิบายกลไกการเริ่มเจ็บครรภ์คลอดไว้ (พริยา ศุภาศรี, 2540)

1. ทฤษฎีการกระตุ้นของฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin stimulation theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าในระยะท้ายๆ ของการตั้งครรภ์ที่จะเข้าสู่ระยะคลอดจะมีฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin hormone) ปริมาณเล็กน้อยในกระแสเลือดและจะเพิ่มมากยิ่งขึ้นในปลายระยะที่ 1 ของการคลอด ปฏิกริยาของฮอร์โมนนี้ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวและเจ็บครรภ์คลอดขึ้น

2. ทฤษฎีฮอร์โมนโปรสตาแกลนดิน (Prostaglandin theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าในระยะใกล้คลอดจะมีฮอร์โมนโปรสตาแกลนดิน (Prostaglandin hormone) ปริมาณมากในน้ำคร่ำและกระแสเลือด ปฏิกริยาของฮอร์โมนนี้ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัว เช่นเดียวกับฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin hormone)

3. ทฤษฎีการกระตุ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen stimulation theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าระยะใกล้คลอดจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen hormone) เพิ่มมากขึ้นในกระแสเลือด ปฏิกริยานี้คือ ทำให้มายโอซิน (Myocin) ซึ่งเป็นโปรตีนหดตัวในกล้ามเนื้อมดลูกเพิ่มขึ้น และแอดรีโนซิน ไตรฟอสเฟต (Adrenosine triphosphate) ซึ่งเป็นแหล่งพลังงานในการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen hormone) ยังช่วยให้การสังเคราะห์ฮอร์โมนโปรสตาแกลนดิน (Prostaglandin hormone) ที่รกและเยื่อหุ้มทารกเพิ่มขึ้นด้วย

4. ทฤษฎีการขาดฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Progesterone withdrawal theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าตลอดการตั้งครรภ์จะมีฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Progesterone hormone) ปริมาณมากในกระแสเลือด ฮอร์โมนส่วนใหญ่สร้างมาจากรกปฏิกริยาของฮอร์โมนนี้ คือ ช่วยให้เกิดกล้ามเนื้อคลายตัวการตั้งครรภ์จึงดำเนินต่อไปได้จนครบกำหนด แต่เมื่อใกล้ๆ คลอดฮอร์โมนนี้กลับลดปริมาณลงอย่างรวดเร็วจนทำให้เกิดภาวะขาดฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Progesterone hormone) กล้ามเนื้อมดลูกก็เริ่มหดตัวและเจ็บครรภ์คลอดขึ้น

5. ทฤษฎีฮอร์โมนคอร์ติโซลของทารกในครรภ์ (Fetal cortisol theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อทารกในครรภ์เจริญเติบโตเต็มที่ ต่อมหมวกไตของทารกจะไวต่อฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (Adrenocorticotrophic hormone) ที่สร้างจากต่อมใต้สมองเพิ่มมากขึ้น ปฏิกริยาของฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (Adrenocorticotrophic hormone) คือ ช่วยกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งฮอร์โมนคอร์ติโซล (Cortisol hormone) กล้ามเนื้อมดลูกก็เริ่มหดตัวและเจ็บครรภ์คลอดขึ้น

6. ทฤษฎีการยืดขยายของมดลูก (Uterine stretch theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อมดลูกถูกยืดขยายถึงขีดสุดหรือไม่สามารถยืดขยายได้อีกแล้วจะเกิดดีโพลาไรเซชัน (Depolarisation) กระตุ้นให้มดลูกหดตัวและเจ็บครรภ์ขึ้นเพื่อบีบไล่ทารกออกมา ซึ่งพบได้ทั่วไปในครรภ์ครบกำหนด

7. ทฤษฎีความดัน (Pressure theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อใกล้ๆ คลอดการเคลื่อนตัวของส่วนนำจะไปกระตุ้นตัวรับแรงกดดัน (Pressure receptor) ที่มดลูกส่วนล่าง ส่งพลังประสาทไปกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน (Oxytocin hormone) ซึ่งฮอร์โมนตัวนี้มีผลต่อการหดตัวของมดลูกจึงก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์ขึ้น

8. ทฤษฎีอายุของรก (Placental aging theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น โดยเฉพาะภายหลังอายุครรภ์ 40 สัปดาห์ไปแล้ว การไหลเวียนของเลือดที่ไปยังรกจะลดน้อยลงทำให้เนื้อเยื่อของรกขาดเลือดไปเลี้ยงและเสื่อมสภาพ เป็นผลให้การผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen hormone) และฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Progesterone) พลดน้อยลง จึงเป็นสาเหตุให้เริ่มเจ็บครรภ์คลอด

9. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในร่างกาย ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กล้ามเนื้อมดลูกมีตัวรับรู้ (Receptor) อยู่ 2 ชนิด ที่คอยถ่วงดุลกัน คือ ตัวรับรู้แอลฟา (Alpha receptor) ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก และตัวรับรู้เบต้า (Beta receptor) ซึ่งจะช่วยยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกในระยะต้นๆ ของการตั้งครรภ์และมีฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ปริมาณมากในระยะแรกเลือดทำให้ตัวรับรู้เบต้า (Beta receptor) ถูกกระตุ้นมากแต่ในระยะท้ายๆ ของการตั้งครรภ์ปริมาณฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen hormone) จะเพิ่มมากขึ้นในระยะเลือดทำให้ตัวรับรู้แอลฟา (Alpha receptor) ถูกกระตุ้น ผลก็คือกล้ามเนื้อมดลูกหดตัวและก่อให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดขึ้น

อย่างไรก็ตาม การอธิบายสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งตามลำพังจะอธิบายได้ไม่สมบูรณ์ จำเป็นต้องอาศัยหลายๆ ทฤษฎีมาอธิบายรวมกันจึงจะชัดเจน ทั้งนี้ เพราะการเจ็บครรภ์คลอดนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่างรวมกันอย่างสลับซับซ้อนระหว่าง มารดา ทารก และรก เช่น ความเข้มข้นของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen hormone) และฮอร์โมนโปรสตาแกลนดิน (Prostaglandin hormone) ที่เพิ่มขึ้น ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ที่ลดลง ร่วมกับฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตของทารกในครรภ์ที่เพิ่มขึ้นเป็นต้น การทำงานที่ผสมกลมกลืนกันนี้ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวเป็นจังหวะ และปากมดลูกขยายเพิ่มขึ้นตามลำดับและขับทารกออกสู่ภายนอกได้ในที่สุด

## 1.2 กลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด

### 1. องค์ประกอบทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของความเจ็บปวดจากการคลอด

ความเจ็บปวดจากการคลอด เป็นกระบวนการทางกายวิภาคและสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความรับรู้ของ ร่างกาย (Somatosensory system) สามารถอธิบายได้ด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ได้แก่ สิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด (Pain stimuli) ส่วนรับความรู้สึกเจ็บปวด (Pain receptor) และวิถีประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวด (Pain impulse pathway) (สมพันธ์ หิณูธีระนันท์, 2539; Puntillo, 1993)

1.1 สิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด ความเจ็บปวดจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด สิ่งกระตุ้นดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1.1.1 สิ่งเร้าทางกายภาพ (Physical stimuli) สิ่งกระตุ้นทางกายภาพที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดในการคลอด คือ พลังงานกลที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก ทำให้มีการยืดขยายของมดลูก ส่วนล่าง การบางตัวและการเปิดขยายของปากมดลูก การยืดขยายของช่องคลอดและฝีเย็บ และจากแรงกดบริเวณอวัยวะใกล้เคียงจากการเคลื่อนตัวของส่วนนำของทารก

1.1.2. สิ่งกระตุ้นทางเคมี (Chemical stimuli) เป็นสารเคมีที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย โดย เมื่อมดลูกมีการหดตัว ร่างกายจะปล่อยสารโพรสตาแกลนดิน (Prostaglandin) ไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดให้ไวต่อการกระตุ้นโดยตรง หรือไวต่อสารเคมีที่เนื้อเยื่อหลั่งออกมา ทำให้มดลูกไวต่อความเจ็บปวดมากขึ้น เมื่อร่างกายมีความเจ็บปวด จะหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamines) ออกมา สารนี้มีผลให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) เมื่อกล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนน้อยลงแต่มีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น ทำให้มีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิดกรดแลคติกและเกิดภาวะเป็นกรดเฉพาะที่ กรดแลคติกจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ และส่งกระแสประสาทไปตามวิถีประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดไปยังสมอง

1.2 ส่วนรับความรู้สึกเจ็บปวด เมื่อมดลูกหดตัวจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเป็นประเภทปลายประสาทอิสระ (Free nerve ending) ของใยประสาทที่มีปลอกหุ้ม (สุพรพลยานันท์, 2528.) คือ กลุ่มประสาท เอ เดลต้า (A delta fiber) และใยประสาทเปลือย คือ กลุ่มซี (C fiber) ของประสาทรับความรู้สึก ซึ่งได้แก่ ใยประสาทยูเทอริน และเพลวิก (Uterine plexus and Pelvic plexus) ของประสาทไฮโปแกสติกซิมพาเธติก (Hypogastric sympathetic) และเพลวิกพาราซิมพาเธติก (Pelvic parasympathetic) (Lynn, 1986.) เมื่อมดลูกหดตัวปลายประสาทอิสระจะถูกกระตุ้นจากสารเคมีที่หลั่งออกมาเมื่อมดลูกหดตัว และปลายประสาทอิสระถูกกระตุ้นถึงระดับขีดกั้นความเจ็บปวด (Pain threshold) จึงเกิดเป็นกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวด นำส่งไปตามเส้นประสาทไฮโปแกสติก ซิมพาเธติก และเพลวิกพาราซิมพาเธติก สู่วัยหลังและสมอง

1.3 วิธีประสาทนำความเจ็บปวด เป็นเส้นทางที่กระแสความรู้สึกเจ็บปวดจะถูกนำไปสู่ระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อมดลูกหดตัวร่างกายได้รับการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดถึงระดับหนึ่งปลายประสาทที่ได้รับการกระตุ้นจะส่งกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวด (Pain impulse) เข้าสู่ไขสันหลังบริเวณ คอร์ซัลฮอร์น (Dorsal horn) แล้วมีการเชื่อมประสาน (Synapse) กับเซลล์ประสาทในสับสแตนเชีย เจลาติโนซา (Substantia gelatinosa or SG) ทำให้เกิดการปล่อยสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) เรียกว่า สารพี (Substance P) สารพีจะกระตุ้นเซลล์เอสจี ก่อให้เกิดพลังกระแสประสาทออกจากกลุ่มเซลล์เอสจี ไปตามวิถีประสาทที่ตรงกันข้ามของไขสันหลังผ่านด้านข้างของเวินทรัลฮอร์น (Ventral horn) เข้าสู่ทางด้านของกระแสประสาทแลเทอร์ล สไปโนธาลามิก (Lateral spinothalamic tract) ขึ้นสู่ธาลามัส (Thalamus) ซึ่งบริเวณนี้กระแสความรู้สึกนั้นจะถูกแปลออกเป็นความรู้สึกเจ็บปวดแต่ยังไม่สามารถบอกความรุนแรงได้ จนกระทั่งความรู้สึกนั้นถูกส่งต่อไปยังสมองเปลือกสมองรับความรู้สึก (Sensory cortex) ซึ่งจะมีการแปลความรู้สึกเจ็บปวดนั้นอย่างละเอียดพร้อมทั้งแสดงพฤติกรรมตอบโต้สิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด เช่น แสดงความตกใจ ชักมือหนีหรือต่อสู้เพื่อให้รอดพ้นจากความเจ็บปวด (Hedlin and Dostrovsky, 1978) ซึ่งกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดที่ถูกแปลออกเป็นความรู้สึกเจ็บปวดนี้ สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความเจ็บปวด

### 1.3 ระยะเวลาต่างๆ ของการคลอด

กระบวนการคลอดแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะเวลา ได้แก่

1. ระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด คือ ระยะเวลาที่ปากมดลูกมีการถ่างขยาย ปากมดลูกจะบางตัวลงเรื่อยๆ เพื่อให้เด็กสามารถขับผ่านออกมาได้ โดยระยะนี้เริ่มตั้งแต่มีอาการเจ็บครรภ์จริงจนถึงระยะปากมดลูกเปิดหมด คือปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ซึ่งในระยะนี้จะแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

1.1 ระยะเวลาปากมดลูกเปิดช้า หมายถึง ระยะเวลาที่ปากมดลูกเริ่มเปิดขยายจนถึง 4 เซนติเมตร มดลูกมีการหดตัวนาน 30 – 40 วินาที ความถี่ทุก 5 – 7 นาที ลักษณะการหดตัวของมดลูกจะไม่รุนแรง ระยะนี้หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกเจ็บไม่มาก

1.2 ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว หมายถึง ระยะเวลาที่ปากมดลูกเปิดขยาย 5 – 7 เซนติเมตร มดลูกมีการหดตัวแรงขึ้น ถึขึ้น มดลูกมีการหดตัวทุก 3 – 4 นาที เป็นเวลานาน 45 – 60 วินาที ระยะนี้หญิงตั้งครรภ์จะมีความเจ็บปวดรุนแรงมากขึ้น

1.3 ระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน หมายถึง ระยะเวลาที่ปากมดลูกเปิดขยาย 8 – 10 เซนติเมตร มดลูกมีการหดตัวแต่ละครั้งนาน 60 – 90 วินาที ความถี่ทุก 2 – 3 นาที ระยะนี้หญิงตั้งครรภ์จะมีความเจ็บปวดรุนแรงมากขึ้นและมีอาการทรมานทรมาน

2. ระยะที่ 2 ของการคลอด คือ ระยะที่ทารกถูกขับออกจากโพรงมดลูกผ่านออกมาสู่ภายนอกหมดทั้งตัว ระยะนี้หญิงตั้งครรภ์จะมีความเจ็บปวดมากที่สุด มีอาการทุนทุยและเหนื่อยอ่อน

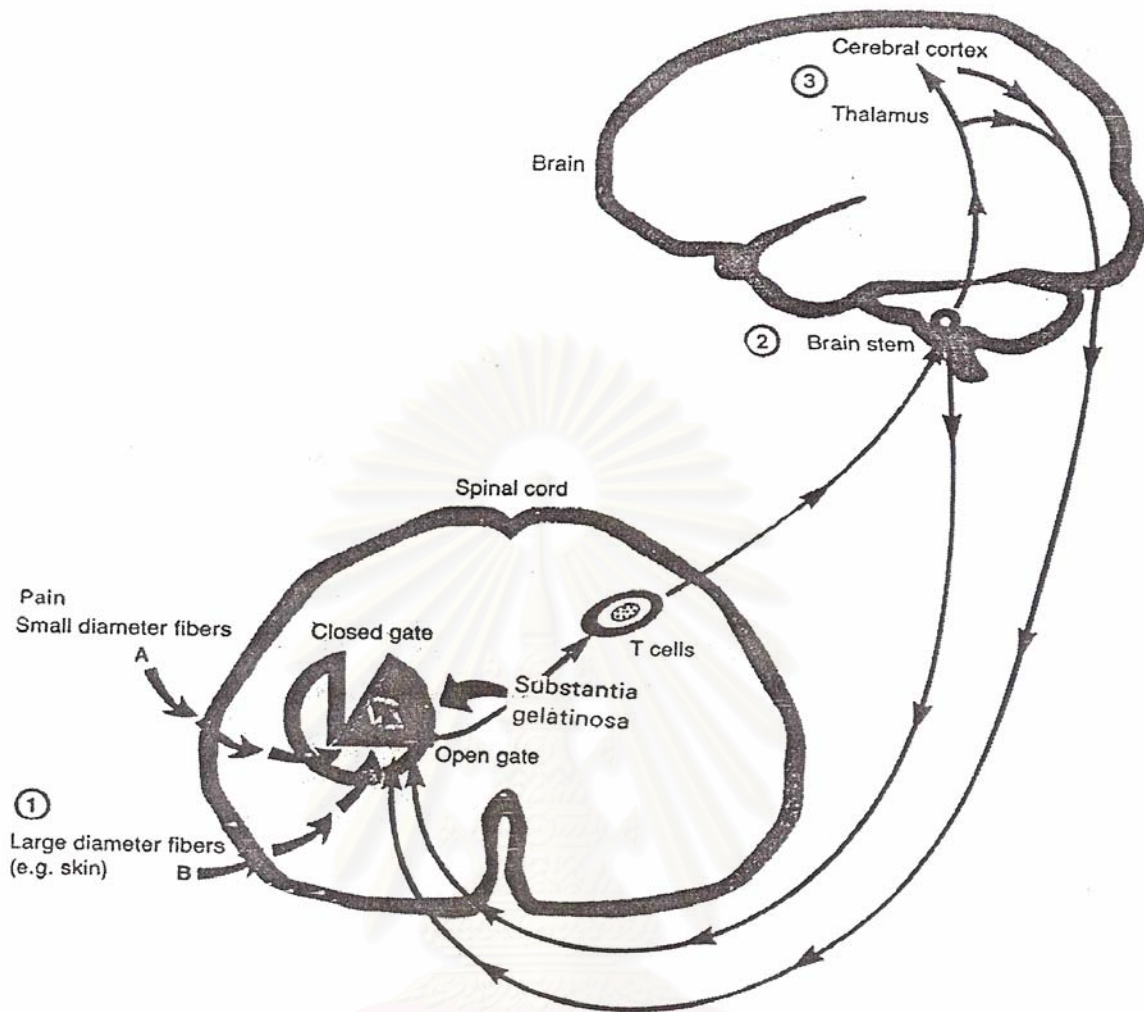
3. ระยะที่ 3 ของการคลอด คือ ระยะรกคลอด เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่ทารกคลอดหมดทั้งตัว จนถึงรกและเยื่อหุ้มเด็กคลอดครบ ระยะนี้มีความเจ็บปวดอยู่เล็กน้อยจากการหดรัดตัวของมดลูกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (พิริยา ศุภศรี, 2540)

## 1.4 ทฤษฎีความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งแตกต่างกันออกไปตามแต่ละระยะของการคลอด ส่วนใหญ่เป็นลักษณะกระจายความเจ็บปวดไปตามเส้นประสาทจากบริเวณที่เจ็บปวดไปยังบริเวณใกล้เคียง (Refer pain) สามารถอธิบายความเจ็บปวดของการคลอดตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) และทฤษฎีความเจ็บปวดภายใน (Endogenous pain control theory) ดังนี้

1.4.1 ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) Melzack และ Wall (1965) ได้เสนอทฤษฎีควบคุมประตูเมื่อปี ค.ศ. 1965 ทฤษฎีนี้อธิบายกลไกการ ปิด - เปิดประตู ว่ามีความเกี่ยวข้องกับ การส่งผ่านกระแสประสาทซึ่งนำเข้ามาจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย จะถูกปรับเปลี่ยนกระแสความเจ็บปวดที่ระดับไขสันหลัง ก่อนนำขึ้นไปให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดในระดับสมอง และจากสมองจะส่งกระแสประสาทมาตามใยประสาทควบคุมนำลง มาปรับเปลี่ยนกระแสความเจ็บปวดในระดับไขสันหลังด้วย ทฤษฎีควบคุมประตูสามารถอธิบายความเจ็บปวดในลักษณะทางกายภาพ (Physical response) เนื่องจากเป็นการตอบสนองแบบอัตโนมัติเพื่อหนีภาวะอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น และอธิบายความเจ็บปวดในมิติการตอบสนองทางด้านจิตใจ (Psychological response) เช่น ความรุนแรงของความเจ็บปวดไม่ผันแปรไปตามสิ่งกระตุ้นเสมอไป หรือการรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นไม่เท่ากันในแต่ละบุคคล สิ่งกระตุ้นเดียวกันในปริมาณที่เท่ากันทำให้คนหนึ่งมีความเจ็บปวด แต่คนหนึ่งมีความเจ็บปวดปานกลาง หรือบางคนไม่มีความเจ็บปวดเลย หรือความหมายของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดของแต่ละบุคคล ประวัติความเจ็บปวดในอดีตเฉพาะบุคคลและสภาวะจิตใจซึ่งไม่เพียงแต่มีอิทธิพลต่อปฏิกิริยาที่มีต่อความเจ็บปวดเท่านั้น แต่มีผลอย่างมากต่อการรับรู้ความเจ็บปวด อิทธิพลดังกล่าวนี้อธิบายได้ด้วยกลไกการปิด - เปิดประตู ดังแสดงในแผนภาพที่ 1





แผนภาพที่ 1 แสดงทฤษฎีควบคุมประตู

อิทธิพลของการควบคุมประตู คือ อัตราส่วนของการทำงานของใยประสาทขนาดใหญ่และขนาดเล็ก

A การเดินทางของใยประสาทขนาดเล็กทำให้ประตูเปิด

B การเดินทางของใยประสาทขนาดใหญ่โดยทั่วไปทำให้ประตูปิดเกือบหมด

ที่มา Reeder and Martin (อ้างถึงในจินตนา บ้านแก่ง 2533)

ในปัจจุบันทฤษฎีควบคุมประตูได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก เนื่องจากสามารถอธิบายกระบวนการที่ซับซ้อนของความเจ็บปวดได้ ไม่ว่าจะความเจ็บปวดนั้นจะเป็นผลมาจากร่างกายจิตใจ หรือสิ่งแวดล้อม การส่งผ่านพลังประสาทความเจ็บปวดไปยังระดับสมองเพื่อการรับรู้ประกอบด้วยกลไก ต่างๆ ดังนี้ (Melzack and Wall, 1965 ; Puntillo,1993)

1. กลไกการควบคุมประตูที่ไขสันหลัง (Spinal gate mechanism) เป็นกลไกปรับเปลี่ยนกระแสประสาทรับความรู้สึก ซึ่งทำหน้าที่ในลักษณะของระบบควบคุมประตูในระดับไขสันหลัง กลไกนี้ประกอบด้วยใยประสาทขนาดใหญ่ (Large fiber) ใยประสาทขนาดเล็ก (Small fiber) เอสจี (SG) และเซลล์ที (T-cell) เมื่อมีพลังนำเข้าจากใยประสาทขนาดใหญ่ผ่านเอสจี จะกระตุ้นการทำงานของเซลล์เอสจี มีผลไปยังยังการทำงานของเซลล์ที จึงไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมอง เรียกว่า ประตูปิด (Close the gate) ทำให้ไม่เกิดความเจ็บปวด ส่วนกระแสประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กจะยับยั้งการทำงานของเซลล์ทีในเอสจี ซึ่งมีผลกระตุ้นการทำงานของเซลล์ที ทำให้กระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมอง เรียกว่า ประตูเปิด (Open the gate) จากนั้นกระแสประสาทนำความรู้สึกจะมีการเชื่อมประสานกับเซลล์ประสาทลำดับที่สอง (Second - order pain transmission neuron) แล้วข้ามมายังด้านข้างของเวินทริล ฮอร์น ขึ้นสู่สมองโดยผ่านทางเดินประสาทแลเทอรัล สไปโนธาลามิค ซึ่งประกอบด้วยใยประสาท 2 กลุ่มที่นำกระแสประสาทไปยังสมอง (สมพันธ์วิทยธรันนท์, 2539)

1.1 ทางเดินประสาทนีโอสไปโนธาลามิค (Neospinothalamic tract) ส่วนใหญ่ เป็นใยประสาท เอ เดลต้า (A delta fiber) นำกระแสประสาทไปยัง ดอร์ซัล ฐาลามัส (Dorsal thalamus) รับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดแต่จำแนกรายละเอียดไม่ได้ แล้วกระแสประสาทจะถูกส่งต่อไปยังเปลือกสมองรับความรู้สึก (Sensory cortex) บริเวณนี้จะมีการแปลความรู้สึกเจ็บปวดอย่างละเอียด มีการแยกแยะลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บปวด

1.2 ทางเดินประสาทพาลีโอสไปโนธาลามิค (Paleospinothalamic tract) ส่วนใหญ่เป็นใยประสาทซี (C fiber) นำกระแสประสาทไปยัง เรติคูลาร์ ฟอเมชัน (Reticular formation) ฐาลามัสส่วนกลาง (Medial thalamus) ไฮโปฐาลามัส (Hypothalamus) ระบบลิมบิก (Limbic system) และเปลือกสมองส่วนหน้า (Frontal cortex) ก่อให้เกิดการเร้าทางอารมณ์ ความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อความเจ็บปวด ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะควบคุมปฏิกิริยาตอบโต้ของร่างกายต่อความรู้สึกเจ็บปวด

2. ระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) จะรับกระแสประสาทนำเข้าจาก ดอร์ซัล ฮอร์น ซึ่งจะส่งข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดไปสู่สมองส่วน ฐาลามัส และจากฐาลามัส ข้อมูลนั้นจะถูกส่งผ่านไปที่ ซีรีบรัมคอร์เทกซ์ และระบบลิมบิก ซึ่งอยู่ในระบบควบคุมส่วนกลาง ซึ่งระบบนี้แบ่งการทำงานออกเป็น 3 ส่วน ที่เกี่ยวข้องกันดังนี้

2.1 ส่วนการเข้าทางอารมณ์ (Motivation – Affective component) ประกอบด้วยธาตุสามัคคี เปลือกสมองใหญ่ และระบบลิมบิก ซึ่งจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความไม่สุขสบายและความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อความเจ็บปวด

2.2 ส่วนแยกการรับสัมผัส (Sensory - Discriminative component) ทำหน้าที่รับรู้แยกแยะความรุนแรงลักษณะและตำแหน่งของความเจ็บปวด เป็นการทำหน้าที่ของสมองบริเวณคอร์ติคัลของระบบประสาทส่วนกลาง และคอร์เท็กซ์ทั้งสองข้าง (Parietal cortex)

2.3 ส่วนการรับรู้จดจำและประเมิน (Cognitive – evaluation component) เป็นหน้าที่ของเปลือกสมองใหญ่ ที่จะมีการรับรู้และจดจำเกี่ยวกับความเจ็บปวด โดยคอร์ติคัลจะทำหน้าที่วิเคราะห์ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวด รับรู้และจดจำข้อมูลไว้ รวมทั้งวิธีตอบโต้ต่อความเจ็บปวดทั้งแบบรู้ตัวและไม่รู้ตัว การทำหน้าที่ของสมองเกี่ยวกับความเจ็บปวดทั้ง 3 ส่วนนี้จะเกิดขึ้นพร้อมกันและทำงานประสานกัน ทำให้สามารถบอกความรุนแรง ตำแหน่งของความเจ็บปวดได้ รวมทั้งทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมต่อความเจ็บปวดนั้น (Boss cited in Lewis and Collier, 1992 ; อรพรรณ ทองแดง, 2534.)

3. ระบบความโน้มเอียงส่วนกลาง (Control biasing system) ส่วนนี้อยู่บริเวณเรติคูลาร์ ฟอเมชัน ในก้านสมอง ทำหน้าที่ในการให้กระแสประสาทนำเข้าอย่างเหมาะสมไปสู่ส่วนอื่นๆ ของสมองอย่างเหมาะสม โดยมีกระแสประสาทไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทจากส่วนปลายเพื่อจัดสัดส่วนของการรับกระแสประสาทนำเข้าอย่างเหมาะสม ถ้าการรับสัมผัสเพิ่มขึ้นส่วนที่ยับยั้งการนำเข้าก็เพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามการทำงานของระบบนี้อาจมีอิทธิพลหรือได้รับอิทธิพลจากข้อมูลที่ส่งมาจากระบบควบคุมส่วนกลาง ในขณะที่ส่วนนี้ส่งกระแสประสาทไปปรับการเปิด - ปิด ประตูความเจ็บปวดที่ไขสันหลัง

4. ระบบแสดงผล (Action system) เป็นปฏิกิริยาที่ซับซ้อนของการตอบสนองทางด้านพฤติกรรมที่แสดงออกภายหลังการรับรู้ความเจ็บปวด การตอบสนองเหล่านี้ ได้แก่ ปฏิกิริยาสะท้อน กลีบ (Reflex activities) การตอบสนองทางด้านสรีระ เช่น ระบบประสาทซิมพาเทติก ถูกกระตุ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของชีพจรและความดันโลหิต การแสดงออกทางการเคลื่อนไหวหรือคำพูด การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาแบบต่างๆ หรือการแสดงพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด ดังนั้นภาวะที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว จะเพิ่มความเจ็บปวด และความเจ็บปวดเองจะไปเพิ่มความวิตกกังวลได้เช่นกัน ซึ่งเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป ดังนั้นการกระทำใดๆ ที่แยกการสัมผัส ส่วนรับ อารมณ์ และส่วนการรับรู้จดจำและประเมินผล ก่อนจะได้รับ ความเจ็บปวดจะช่วยลดความรู้สึกเจ็บปวดได้

1.4.2 ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogenous pain control) เป็นทฤษฎีที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากทฤษฎีควบคุมประตู ที่พบว่าการควบคุมการเปิดปิดประตูนั้น

เป็นผลจากการทำงานของสารเคมี 2 กลุ่ม คือ สารเคมีคล้ายมอร์ฟินที่อยู่ภายในร่างกาย (Endogenous opiate) กับสารพี (Substance P) (สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์, 2539) Pert และ Synder (1973) ได้ทำการศึกษาพบตัวรับการออกฤทธิ์ของมอร์ฟิน (Opiate receptor) กระจายอยู่ในสมองและไขสันหลังซึ่งเป็นบริเวณที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความเจ็บปวด ส่วน Hughes (1975) ได้ค้นพบสารที่มีคุณสมบัติ คล้ายมอร์ฟินในร่างกาย สารนี้เรียกว่า เอนโดρφิน (Endorphin) และในปี พ.ศ. 2520 Jessell และ Iversen (อ้างถึงใน สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์, 2539) ได้ศึกษาพบว่าระบบการควบคุมประตุนั้นเกิดขึ้นจากเมื่อร่างกายได้รับสิ่งกระตุ้น โดยประสาทขนาดเล็กที่ไขสันหลังจะปล่อยสารพี ในขณะที่ใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทนำลงจากสมองจะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์ของ สับสแตเซีย เจลาติโนซา (Substantia gelatinosa) ให้ปล่อยสารคล้ายมอร์ฟินในร่างกาย คือ เอนเคฟาลิน (Enkephalin) ซึ่งจะมีผลยับยั้งการทำงานของสารพี จึงไม่มีกระแสประสาทไปกระตุ้นเซลล์ที่ทำให้ไม่มีกระแสประสาทที่ส่งต่อไปยังสมองจึงไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด แต่ถ้าเอนเคฟาลินไม่สามารถยับยั้งการทำงานของสารพีได้หมด สารพีที่เหลือจะไปกระตุ้นเซลล์ที่ทำให้มีกระแสประสาทส่งต่อไปยังสมองและเกิดการรับรู้ความเจ็บปวด เมื่อกระแสประสาทรับรู้ความเจ็บปวดถูก ส่งผ่านระบบควบคุมประตุนั้นแล้วจะมีการกรองและเลือกสัญญาณไปยังสมอง ทำให้เกิดความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บปวด 3 ประการ คือ เกิดการกระตุ้นร่าทางอารมณ์ เกิดการแปลผลและแยกแยะลักษณะของความเจ็บปวด และเกิดการรับรู้และจดจำเกี่ยวกับความเจ็บปวด และความรู้สึกทั้ง 3 ประการจะเกิดขึ้น พร้อมกันและมีการประสานงานกันด้วย

จากกลไกการเกิดความเจ็บปวดดังกล่าวมาแล้วข้างต้นจึงพอจะสรุปได้ว่า ความเจ็บปวดเกิดขึ้นเนื่องจากมีสิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด ได้แก่ การหดรัดตัวของมดลูก การบางตัวและเปิดขยายของปากมดลูก การยืดขยายของช่องคลอดและฝีเย็บ และแรงกดบริเวณอวัยวะใกล้เคียงจากการเคลื่อนตัวของส่วนนำของทารก ทำให้ส่วนรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดถูกกระตุ้นเกิดเป็นกระแสประสาทความเจ็บปวดนำส่งไปตามเส้นประสาทไฮโปแกสตรีกซิมพาเทติก และเพลวิกซิมพาเทติก เข้าสู่ไขสันหลังบริเวณคอรัล ฮอร์น ซึ่งที่นี่ยังมีจุดประสานประสาทกับเซลล์เอสจี ซึ่งถือว่าเป็นศูนย์ควบคุมการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณประสาทความเจ็บปวด โดยใยประสาทซีและเอเดลต้า ซึ่งเป็นใยประสาทขนาดเล็กจะปล่อยสารเคมี และขณะเดียวกันใยประสาทขนาดใหญ่ และใยประสาทนำลงจากสมองจะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์เอสจี ให้ปล่อยสารเอนเคฟาลิน ซึ่งจะยับยั้งการทำงานของสารพี ทำให้ไม่มีสัญญาณไปกระตุ้นเซลล์ที่ เรียกว่า ปิดประตูความเจ็บปวด ทำให้ไม่มีกระแสประสาทความเจ็บปวดส่งไปยังสมอง แต่ถ้าเมื่อใดเอนเคฟาลินไปยับยั้งการทำงานของสารพี ไม่หมดจะกระตุ้นเซลล์ที่ เรียกว่า เปิดประตูความเจ็บปวด ทำให้มีกระแสประสาทความเจ็บปวดส่งขึ้นไปยังสมองจึงทำให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น



## 2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ที่เป็นตัวแปรในการเพิ่มหรือลดการรับรู้ ความอดทน และการแสดงออกต่อความเจ็บปวด ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกเจ็บปวดและอดทนต่อความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์และคลอดไม่เท่ากัน และในบางครั้งในบุคคลเดียวกันก็อาจมีความรู้สึกแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น (Barbara, 1984) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด มีดังนี้

### 2.1 อายุ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย ย่อมขาดการเรียนรู้ต่อประสบการณ์และการปรับตัว ความอดทนต่อความเจ็บปวดก็จะน้อยลง (จินตนา บ้านแก่ง, 2533) ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากขึ้นความทนทานต่อความเจ็บปวดก็จะมากขึ้น เพราะความสามารถและความเข้าใจถึงวิธีระงับความเจ็บปวดจะมีมากขึ้นตามพัฒนาการของวัย (Lowe, 1989; Mcquire, 1990)

อายุของหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 17 ปี การเจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจยังไม่เต็มที่ กระดูกเชิงกรานยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ อาจทำให้เกิดความเจ็บปวดมากเนื่องจากศีรษะของทารกในครรภ์ไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน เกิดการคลอดล่าช้า ส่วนหญิงตั้งครรภ์แรกเมื่ออายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปี มักมีปัญหาเกี่ยวกับช่องทางคลอดยืดหยุ่นไม่ดี (วัฒนา ศรีพจนารถ, 2545)

### 2.2 ระดับการศึกษาและอาชีพ

ความทนทานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายมีความแตกต่างกันตามอาชีพและระดับสติปัญญา กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูงและทำงานเบาๆ จะมีความรู้สึกเจ็บปวดเร็วมาก ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Fridh et al., 1988) และอาชีพที่ใช้แรงงาน เช่น อาชีพกสิกรรมหรือกรรมกรต้องทำงานหนัก จะมีความรู้สึกเจ็บปวดช้า และทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่า (สุเทพ วงแพทย์ และสมจิต ศรีสุพรรณราช, 2519)

### 2.3 สถานภาพการสมรสและสัมพันธภาพในชีวิตสมรส

หญิงตั้งครรภ์ที่มีความสุขในชีวิตสมรสจะมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ตรงกันข้ามถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่มีชีวิตสมรสที่ล้มเหลวจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งอาจก่อให้เกิดความคับข้องใจอันจะส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด และมีความพึงพอใจต่อการคลอดน้อยลง ตรงกันข้ามกับสัมพันธภาพที่ดีในชีวิตสมรสจะ



ก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการตั้งครรภ์ และมักจะไม่มีปัญหาในระยะตั้งครรภ์ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอดด้วย (วันเพ็ญ กุลนริศ, 2530)

## 2.4 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และสภาพปากมดลูกในระยะคลอด หญิงตั้งครรภ์ในครรภ์หลังจะมีสภาพปากมดลูกเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์คลอดอ่อนนุ่มกว่าหญิงครรภ์แรก ทำให้การเปิดขยายของปากมดลูกเป็นไปได้ง่ายกว่า หญิงตั้งครรภ์หลังจึงมีความรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก (Bonica, 1994) และหญิงตั้งครรภ์แรกจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์หลัง เนื่องจากครรภ์แรกยังไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน ความกังวลนี้จะส่งเสริมให้เกิดการคลอดล่าช้าและการคลอดลำบากได้มากกว่าการคลอดครรภ์หลัง (Light and Fenster, 1974) ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดเป็นเวลานานขึ้น

## 2.5 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด

การมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น โรคพิษแห่งครรภ์ โรคเบาหวาน หอบหืด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด เช่น มีภาวะคลอดยากจากความผิดปกติของแรงช่องเชิงกราน ส่วนหน้าและท่าของทารก ทำให้หญิงตั้งครรภ์อ่อนเพลียเหนื่อยล้าจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ได้รับสารอาหารและสารน้ำเข้าสู่ร่างกายน้อยลง ขาดพลังงานสำรองที่ใช้ในกลไกการปรับตัวเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง นั่นคือมีการรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (จินตนา บ้านแก่ง, 2533) และการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทำให้ระดับความเจ็บปวดสูงขึ้น (Thomas et al., 1982)

## 2.6 ด้านจิตใจ

ความเจ็บปวดในระยะคลอดที่มีสาเหตุมาจากด้านจิตใจ เกิดจากความกลัว 3 ประการ (Kartchner, 1950 อ้างใน จินตนา บ้านแก่ง, 2533) กล่าวคือ ความกลัวเกี่ยวกับตนเอง เช่น กลัวได้รับอันตรายจากการคลอด ความกลัวเกี่ยวกับทารก เช่น กลัวทารกจะผิดปกติไม่สมบูรณ์หรือพิการ และความกลัวสิ่งที่ไม่รู้ เช่น กลัวกระบวนการคลอด และการดำเนินการคลอดเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด จากการศึกษาพบว่า ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บปวดในระยะคลอด (Jensen, et al., 1981) โดย Dick – Read (1984) กล่าวถึง ความกลัว – ความเครียด – ความเจ็บปวด (Fear – tension – pain syndrom) เป็นกลุ่มอาการที่เป็นวงจรต่อเนื่อง ความกลัวจะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงเครียด ทำให้รบกวนต่อการไหลเวียนของกระแสโลหิตและการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก

การเกิดความตึงเครียดที่กล้ามเนื้อเรียบบริเวณมดลูกส่วนล่างและปากมดลูก จะเป็นแรงต้านทานทำให้ปากมดลูกเปิดช้า และเกิดความเจ็บปวดในขณะมดลูกหดตัว เมื่อมีความเจ็บปวดมากขึ้นความกลัวก็จะเพิ่มขึ้น ความเครียดมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นด้วย

## 2.7 การเตรียมตัวเพื่อคลอด

การได้รับการเตรียมตัวในระยะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการเตรียมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด การได้รับความรู้ ข้อมูล ทำให้ความวิตกกังวลลดลง สามารถลดความเจ็บปวดได้ (อุษา เชื้อหอม, 2543) จากการศึกษาของ ประทุมพร เพียรจริง และคณะ (2544) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดสามารถควบคุมตนได้ดี แสดงความเจ็บปวดน้อย จากการศึกษาของ เบญจรัตน์ ยศเสถียร และคณะ (2542) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้เรียนรู้วิธีการเผชิญความเจ็บปวดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดี มีการใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อย (สุพิศ รุ่งเรืองศรี และ นวี เบาทอง, 2537)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยควบคุมแต่ละปัจจัย คือ ในด้านอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18 – 35 ปี ในด้านจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างหญิงครรภ์แรก ส่วนในด้านภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ผู้วิจัยได้ศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ สำหรับด้านระดับการศึกษาและสัมพันธภาพระหว่างสามีและหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้ทำการจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Matched pair) เพื่อป้องกันการตัวแปรแทรกซ้อนดังกล่าว

## 3. ผลของความเจ็บปวดในระยะคลอดต่อมารดาและทารก

การเจ็บครรภ์คลอดทำให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและก่อให้เกิดความเครียดวิตกกังวล ซึ่งการเจ็บครรภ์ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ดังนี้

### 3.1 ผลต่อมารดา

1. เมตาบอลิซึม เมื่อมีการเจ็บครรภ์ เมตาบอลิซึมของร่างกายจะสูงขึ้น เพราะมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ร่างกายจะมีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้มีการเพิ่มของอุณหภูมิชีพจร การหายใจ และการสูญเสียน้ำ ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์มักไม่ได้รับสารอาหารในระยะคลอด ไตขับไบคาร์บอเนต ( $\text{HCO}_3$ ) ออกทางปัสสาวะ เพื่อลดภาวะการเป็นด่างจากการหายใจ (Respiratory alkalosis) จึงทำให้ร่างกายเกิดภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม (Metabolic acidosis) ส่งผลเสียต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลงจึงมีเศษอาหารและน้ำย่อยค้างในกระเพาะอาหาร ในกรณีหญิงตั้งครรภ์อาเจียนอาจสูดสำลักลงปอด ทำให้เกิดอันตรายได้

2. การไหลเวียนโลหิต ในขณะที่เจ็บครรภ์ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจภายใน 1 นาที (Cardiac output) จะเพิ่มขึ้น คือในระยะแรกของระยะที่หนึ่งของการคลอด การไหลเวียนโลหิตจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 ถึง 20 ในระยะท้ายของระยะที่หนึ่งจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 35 ถึง 40 เมื่อเข้าสู่ระยะที่สองของการคลอดจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 45 ถึง 50 เมื่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 ถึง 50 ขณะมดลูกหดตัว จะมีเลือดกลับเข้าสู่ระบบการไหลเวียนประมาณ 250 ถึง 300 มิลลิลิตร แต่เมื่อมดลูกคลายตัวปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนจะลดลง จึงกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) เกิดการหดตัวของเส้นเลือดทำให้ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 20 – 30 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 15 – 20 มิลลิเมตรปรอท การเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที และการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตมีผลทำให้หัวใจห้องล่างต้องทำงานหนักมากขึ้น

3. จิตใจ การเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรงเป็นเวลานาน จะมีกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลและความกลัว ร่างกายจึงเกิดความตึงเครียดและแสดงกิริยาออกมาทางระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น จึงเกิดเป็นกลุ่มอาการของความกลัว – ความเครียด – ความเจ็บปวด (Fear – tension – pain syndrome) (Dick – Read, 1984) ทำให้หญิงตั้งครรภ์เบื่ออาหาร อาจเกิดภาวะขาดสารน้ำและอาหาร นอนไม่หลับ เกิดความเหนื่อยล้า พลังงานสำรองในร่างกายซึ่งใช้ในการปรับตัวเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดลดลงทำให้รู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้หญิงตั้งครรภ์มีประสบการณ์การคลอดทางลบ มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสได้อีกด้วย

4. การคลอด ความเจ็บปวดจากการคลอดและความตึงเครียดทางอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamines) และคอร์ติซอล (Cortisol) ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานผิดปกติ และพบว่าสารนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) และคอร์ติซอล (Cortisol) มีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานลดลง บางครั้งอาจพบว่าหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์บ่อยครั้งแต่ไม่รุนแรง เนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ประสานกัน จึงไม่มีแรงผลักดันทารกในครรภ์ออกจากโพรงมดลูกมากพอที่จะทำให้เกิดการคลอด จึงเกิดความล่าช้าในการคลอดและหญิงตั้งครรภ์ต้องสูญเสียพลังงานมาก ทำให้ต้องช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ

### 3.2 ผลต่อทารก

การเจ็บครรภ์คลอดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการไหลเวียนระหว่างมารดาและทารก คือ ยูเทอโรพลาเซนตอล เซอคูเลชัน (Uteroplacental circulation) และอัมบิลิโคฟีตอล เซอคูเลชัน (Umbilicofetal circulation) เลือดที่มาเลี้ยงมดลูก (Uterine blood flow) จะลดลงเล็กน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะการหดตัวของมดลูก ถ้ามีการหดตัวเรื้อรังและถี่ จะทำให้เลือดที่มาเลี้ยง

ทารกลดลง ทารกขาดออกซิเจน คือ อัตราการเต้นของหัวใจทารกลดลงในระยะหลัง (Late deceleration) ซึ่งหากทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนมากขึ้น อาจเกิดภาวะตายคลอดได้

#### 4. การประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด

การประเมินความเจ็บปวด เป็นบทบาทสำคัญสำหรับพยาบาลเพื่อจะนำไปสู่การจัดการความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เครื่องมือวัดหรือประเมินความเจ็บปวดในอุดมคติมีดังนี้ (Price and Harkin, 1992) 1) มีคุณสมบัติเป็นมาตราส่วนแบบอัตราเปรียบเทียบ (Ratio scale) 2) ไม่มีความลำเอียง 3) ให้ข้อมูลได้ตรง 4) ใช้ได้ดีทั้งในงานวิจัย ในคลินิก และมีความเที่ยง เมื่อนำมาเปรียบเทียบระหว่างความปวด 2 ชนิด 5) มีความเที่ยงและใช้ได้ทั่วไป 6) มีความไว (Sensitivity) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของความปวด 7) ใช้ง่าย ทั้งในงานวิจัย และคลินิก 8) แยกการประเมินด้านการรับรู้ความรู้สึก (Sensory) และด้านอารมณ์ (Affective) ออกจากกัน

ในปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการประเมินความเจ็บปวดมากมายเพื่อให้ใกล้เคียงกับเครื่องมือวัดหรือประเมินความเจ็บปวดในอุดมคติ สามารถเลือกใช้ตามความเหมาะสมกับสภาพและวัยของผู้ป่วย และครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยเสมอ หมายถึงการประเมินเพื่อช่วยให้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นแท้จริง ผู้ป่วยพึงพอใจอันจะนำไปสู่การวางแผนจัดการกับความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น Jacox (1977) กล่าวว่า การประเมินความเจ็บปวด สามารถประเมินได้ 3 วิธี คือ

1. การประเมินความเจ็บปวดโดยการรายงานของผู้ป่วย อาจเป็นการเขียนหรือการพูด เป็นการประเมินความเจ็บปวดที่ดีที่สุด และมีความน่าเชื่อถือกว่าข้อมูลอื่น เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ซึ่งอยู่ในภาวะเจ็บปวดเท่านั้นที่จะรู้ และประเมินความรู้สึกเจ็บปวดของตนเองได้ดีกว่าบุคคลอื่น (Dodson, 1985) เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากในการวัดระดับความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด (Pain scale) ซึ่งมีหลายชนิด ดังนี้ (Stewart, 1977; Champman and Syrjala, 2001; จินตนา บ้านแก่ง, 2540)

##### 1.1 มาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย (Simple pain scale)

เป็นมาตรวัดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอน แบ่งระดับความเจ็บปวดเป็น 6 ระดับ กำหนดให้หมายเลข 0 ซึ่งอยู่ปลายเส้นตรงด้านซ้ายมือสุด หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวด และหมายเลข 5 ซึ่งอยู่ปลายเส้นตรงด้านขวามือสุด หมายถึงเจ็บปวดมากที่สุด

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

ไม่ปวด    ปวดเล็กน้อย    ปวดปานกลาง    ปวดค่อนข้างมาก    ปวดมาก    ปวดมากที่สุด  
ไม่ได้

ข้อดีของมาตรวัดชนิดนี้ คือ ใช้ง่ายจึงมักนิยมใช้ในทางคลินิก เพราะคำที่ใช้บอกระดับความเจ็บปวดจะเป็นคำที่บุคคลใช้บ่อย ข้อจำกัด คือ อาจมีปัญหาเรื่องการให้ความหมายของคำที่ใช้กำกับตัวเลข ในความรู้สึกของแต่ละคนอาจไม่เท่ากัน (Jacox, 1977; พรนิรันดร อุดมถาวรสุข, 2528)

### 1.2 มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา (Verbal descriptor scale : VDS)

เป็นมาตรวัดที่มีลักษณะเป็นการลำดับคำพูดที่บ่งบอกถึงความรู้สึกเจ็บปวด และเปิดโอกาสให้บุคคลเลือกคำใดก็ได้ที่คิดว่าเป็นคำซึ่งสื่อได้ตรงกับความรู้สึกเจ็บปวดของตัวเองมากที่สุด เช่น มาตรวัดของ เมลแซค (Melzack scale)

1	2	3	4	5
ปวดเล็กน้อย (Mild)	ไม่สุขสบาย (Discomforting)	ทุกข์ทรมาน (Distressing)	น่ากลัว (Horrible)	เจ็บปวดมาก (Excruciating)

ข้อดีของมาตรวัดชนิดนี้ คือ ใช้กับบุคคลที่ไม่สามารถประเมินความเจ็บปวดออกมาเป็นตัวเลขได้ ข้อจำกัด คือ ในการคำนวณทางสถิติ ซึ่งใช้ได้เฉพาะสถิตินอนพาราเมตริก (Chapman and Sirijala, 1990) เพราะระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal scale) ซึ่งเป็นการแบ่งแยกตัวแปรเป็นกลุ่มหรือประเภทเท่านั้น (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2536) นอกจากนี้มาตรวัดนี้ไม่มีคำที่บ่งชี้ความไม่รู้สึกเจ็บปวด (No pain) และส่วนใหญ่วัดด้านอารมณ์ที่เกิดจากความเจ็บปวดมากกว่าความรุนแรงของความเจ็บปวด

### 1.3 มาตรวัดความเจ็บปวดที่เป็นตัวเลข (Numeric rating scale : NRS)

เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดจาก 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวด และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด แล้วให้บุคคลเลือกตัวเลขที่คิดว่าเป็นคำที่กำหนดความรู้สึกเจ็บปวดที่ตนเองกำลังเผชิญได้ถูกต้องที่สุด



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 ไม่ปวด ปวดมากที่สุด

ข้อดีของมาตรวัดนี้ คือ มีตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดเพื่อเพิ่มความไวในการวัดของเครื่องมือมากขึ้น และค่าตัวเลขที่ได้สามารถนำมาวิเคราะห์ทางสถิติได้ ข้อจำกัด คือ อาจพบว่ามีกรณีเลือกเฉพาะตอนต้นกับตอนท้ายของเครื่องมือ และจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ตัวเลขแทนความรุนแรงของความเจ็บปวด

#### 1.4 มาตรวัดความเจ็บปวดของสจิวต์ (Stewart's pain color scale)

เป็นมาตรวัดใช้สีที่ต่างกันเป็นตัวแทนแสดงความรู้สึกเจ็บปวด โดยมีทั้งหมด 10 สี สีแดง แทนความเจ็บปวด และเมื่อความรุนแรงของความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นสีจะเข้มขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นสีดำ

เขียว	เหลือง	เหลือง	ส้ม	ส้ม	แดง	แดง	น้ำตาล	ดำ	ดำ
เหลือง		ส้ม		แดง		น้ำตาล		น้ำตาล	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รู้สึก								เจ็บปวดมาก	
เจ็บปวด								จนทนไม่ได้	

ข้อดีของมาตรวัดชนิดนี้ คือ ง่ายต่อการใช้ เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่เข้าใจความหมายของคำอธิบายกำกับตัวเลข ข้อจำกัด คือ อาจทำให้ผู้ตอบคำถามบางคนยุ่งยากในการตัดสินใจเลือกสีเพื่อแทนความรู้สึกเจ็บปวดในขณะนั้น

#### 1.5 มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดเส้นตรง (Visual analogue scale : VAS)

เป็นมาตรวัดที่ให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกเจ็บปวดจากเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ในแนวนอน จุดเริ่มต้น คือ ปลายของเส้นด้านหนึ่งเริ่มจากที่ ไม่มีความเจ็บปวดเลย มีคะแนนเท่ากับ 0 และจุดปลายอีกด้านหนึ่ง คือ มีความเจ็บปวดมากที่สุด มีระดับคะแนนเท่า 10 โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายทับเส้นตรง วัดจากจุดที่ไม่มี ความเจ็บปวดเลยไปถึงจุดที่คิดว่าเป็นความเจ็บปวดที่มีอยู่ ระยะทางที่วัดได้ คือ ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด

ไม่มีความเจ็บปวดเลย

เจ็บปวดมากที่สุด

ข้อดีของมาตรวัตชนิดนี้ คือ มีความไว เข้าใจง่าย สะดวกต่อการใช้ และสามารถใช้ได้ทุกแห่ง เหมาะสมต่อการประเมินบุคคลเดียวกันในระยะเวลาที่ต่างกัน รวมทั้งยังสามารถนำไปวิเคราะห์ทางสถิติได้ ข้อจำกัด คือ อาจจะเข้าใจยากสำหรับผู้ป่วยบางคน

2. การประเมินโดยใช้การสังเกตพฤติกรรม ประเมินได้ดังนี้ (Johnson, 1977 ; Luckmann and Sorensen, 1987)

2.1 พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว (Motor behavior) ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า หน้ามึนควมวด กัดฟัน หลับตาแน่น และการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นอนบิดไปมา กำมือแน่น ขี่ผ้าปูที่นอน เขามีอุบลบริเวณที่เจ็บปวด นอนตัวงอหรือนอนนิ่งไม่เคลื่อนไหว

2.2 พฤติกรรมด้านน้ำเสียง (Vocal behavior) เช่น ร้องครวญคราง ร้องให้คนอื่น เสียงสูดปากหรือร้องกรี๊ด

2.3 พฤติกรรมด้านอารมณ์ (Affective behavior) เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว กระสับกระส่าย ซึมเศร้า

ความเจ็บปวดจากการคลอด เป็นสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด หญิงตั้งครรภ์จะโต้ตอบโดยตรงเพื่อขจัดและบรรเทาเหตุการณ์ที่เครียดที่เกิดจากความเจ็บปวดนั้น การโต้ตอบจะแสดงออกในรูปพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยพฤติกรรมที่แสดงออกจะสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์นั้นๆ ด้วยเช่นกัน สำหรับการประเมินความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้การสังเกตพฤติกรรมอาจสังเกตได้จากพฤติกรรม ดังนี้ (รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงค์, 2530)

1) การแสดงออกของเสียง เสียงร้องจะเป็นสัญลักษณ์แสดงความเจ็บปวดแทนภาษาพูด เช่น ร้องไห้ ร้องครวญคราง หิวร้อง สูดปาก ครางเบาๆ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ

2) การแสดงออกของการเคลื่อนไหว เช่น นอนบิดไปมา กำมือแน่น เข้มแน่น เขามีอุบลบริเวณที่เจ็บ กระสับกระส่าย หรือนอนเฉยไม่ยอมเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวช้าๆ

3) การแสดงออกของการหายใจ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองด้านสรีระของร่างกาย พบว่าหายใจหอบ จมูกบาน หายใจเร็วกว่าปกติไม่สม่ำเสมอ หลอดลมขยายเพื่อให้โลหิตได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น

4) การแสดงออกของใบหน้า ดูจากดวงตาเบิกโพลงหรือหลับแน่น หน้าตาบิดเบี้ยว กัดปาก กัดฟัน ไบหน้าเกร็ง เข้มปาก หน้ามึนควมวด หน้าผากย่น

5) การแสดงออกของคำพูด เป็นการแสดงออกที่บ่งบอกว่ามีอาการเจ็บปวดบริเวณใดอย่างไร มากน้อยเพียงใด หญิงตั้งครรภ์จะตอบคำถามได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับความอดทน ภาษาที่ใช้ ความต้องการความช่วยเหลือ ตลอดจนอารมณ์ที่เกิดร่วมด้วยในขณะที่เจ็บปวด เช่น ความกลัว ความ

วิตกกังวล ขณะเจ็บปวดอาจไม่สนใจสิ่งแวดล้อมเพราะหมกมุ่นอยู่กับความเจ็บปวด และบริเวณที่เจ็บมากกว่าจึงอาจไม่พุดจาเลยก็ได้

6) อารมณ์และพฤติกรรมอื่นๆ ของความเจ็บปวด อาจสังเกตพฤติกรรมความเจ็บปวดร่วมกับการแสดงออกของอารมณ์อื่นๆ ด้วย เช่น ความกลัว โกรธ เศร้าซึม ความพึงพอใจ เป็นสุข หรือหมดความสามารถในการควบคุมตัวเอง เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียวได้ง่าย เพิ่มความต้องการให้ผู้อื่นใกล้ชิดทำอะไรให้มากกว่าปกติ อยากรควบคุมแสดงอำนาจเหนือผู้อื่น ใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธหรือการโทษผู้อื่นโดยการดูต่ำกว่ากล่าวผู้ที่ทำให้ได้รับความเจ็บปวด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลออดที่เหมาะสมจะไม่ขัดขวาง หรือรบกวนกระบวนการคลออด แต่จะทำให้การคลออดดำเนินไปได้ด้วยดี

3. การประเมินโดยการวัดและสังเกตลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา (Johnson, 1977; Luckmann and Sorensen, 1987)

ความเจ็บปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือมีความเจ็บปวดบริเวณพื้นที่ผิวของร่างกาย จะมีการตอบสนองโดยประสาทซิมพาเทติก ได้แก่ หน้าซีด ม่านตาขยาย เหงื่อออกมาก ความดันโลหิต อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อมีความตึงตัว

ความเจ็บปวดรุนแรงหรือเจ็บปวดเนื้อเยื่อร่างกายบริเวณลึก จะมีการตอบสนองโดยประสาทซิมพาเทติก ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เป็นลม หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง

กล่าวได้ว่า การวัดหรือประเมินความเจ็บปวดโดยการรายงานของผู้ป่วย เป็นวิธีที่ดีที่สุดและเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้การวัดความเจ็บปวดมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น เพราะเมื่อผู้ป่วยบอกว่าเขาอยู่ในภาวะของความเจ็บปวดย่อมน่าเชื่อถือว่าเขามีความเจ็บปวดจริง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลออดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดเส้นตรง (Visual analogue scale : VAS) ในการวัดความเจ็บปวดในระยะคลออดของหญิงครรภ์แรก เนื่องจากมีความเที่ยงสูง ซึ่งการวิจัยที่ผ่านมาของ วัสลิกา เผือกโสมณ (2539) ได้นำมาตรวัดนี้มาวัดระดับความเจ็บปวดในระยะคลออดของหญิงครรภ์แรก โดยหาความเที่ยงแบบวัดซ้ำ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

## 5. การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลออดโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา

อาการเจ็บครรภ์เป็นความเจ็บปวดจากการคลออด เป็นอาการที่เกิดควบคู่กับการคลออดของมนุษย์ การบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลออดจะช่วยรักษาสมดุลทางร่างกายของผู้คลออด ทำให้เกิดการคลออดปกติที่จะส่งผลดีทั้งมารดาและทารก จากเหตุผลดังกล่าว มนุษย์จึงได้พยายามคิดค้นวิธีการต่างๆ ที่จะขจัดความเจ็บปวดเหล่านั้นให้บรรเทาลงให้มากที่สุด มาเป็นเวลาช้านานและหลายวิธีที่

ค้นพบก็เป็นที่ยอมรับและถือปฏิบัติต่อๆ กันมา รวมทั้งมีการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม จนเกิดพัฒนาการขึ้นมาเรื่อยๆ เนื่องจากในการดูแลผู้คลอดนั้น ต้องคำนึงถึงวิธีการที่จะทำให้มารดาและทารกมีความปลอดภัย มารดามีความเจ็บปวดและอ่อนเพลียน้อยที่สุด รวมทั้งคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้คลอดซึ่งนับว่ามีความสำคัญยิ่ง เพราะจะมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดอันจะส่งผลต่อเนื่องไปถึงสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้คลอดต่อสามี และการเลี้ยงดูบุตร

การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นสิ่งที่ช่วยลดความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล และความกลัวให้แก่ผู้คลอด ดังนั้นเพื่อให้ครอบครัวการบรรเทาหรือลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอด ผู้วิจัยได้นำเสนอวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

### 5.1 การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยวิธีการใช้ยา

ยาระงับปวด เป็นยาที่ลดหรือขจัดความเจ็บปวด โดยที่ผู้คลอดยังรู้สึกตัวดีอยู่ มีคุณสมบัติในการลดความตึงเครียด ความวิตกกังวล ทำให้สงบและเกิดความรู้สึกสบาย การให้ยาระงับปวดและระงับความรู้สึกเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด จะเกิดผลแก่ทั้งมารดาและทารก ยาส่วนใหญ่จะผ่านรกมีผลต่อทารกในครรภ์ ยาที่ทำให้ผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด ก็เพื่อลดความไม่สุขสบายจากการหดตัวของมดลูก โดยไม่ได้ขจัดความเจ็บปวดอย่างสมบูรณ์ เพียงแต่ผู้คลอดจะรู้สึกมีความเจ็บปวดลดน้อยลงเท่านั้น

#### 5.1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไปของการให้ยาระงับปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด

- 1) ขจัดความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดและสิ่งเร้าอื่นๆ เช่น เครื่องมือและวิธีการต่างๆ ด้านสูติศาสตร์
- 2) ช่วยผู้คลอดให้รักษาความสมดุลและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ให้อยู่ในภาวะที่ปกติที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- 3) หลีกเลี่ยงการกดดันกลไกความสมดุลของทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบประสาทและการไหลเวียน
- 4) การป้องกันการตอบสนองรีเฟลกซ์ที่ผิดปกติ โดยจะเพิ่มการกระตุ้นภาวะที่เป็นอันตรายระหว่างการคลอด เช่น ภาวะหายใจลึกกว่าธรรมดา ซึ่งจะทำให้มีการหายใจที่มีภาวะเป็นกรดตามมาได้ ในองค์ประกอบที่เกี่ยวกับภาวะออกซิเจนและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ต่อมาที่นั้น อาจลดการไหลเวียนในมดลูก และทารกอยู่ในภาวะขาดออกซิเจน
- 5) การนำไปสู่การคลอดที่ราบรื่นของผู้คลอด โดยทำให้มีการผ่อนคลาย และให้ความร่วมมือในการคลอดเป็นอย่างดี

### 5.1.2 องค์ประกอบในการตัดสินใจเพื่อให้ยาระงับปวด

1) ความต้องการยาระงับปวดของผู้คลอด ในการที่จะตัดสินใจให้ยาระงับปวดนั้นควรตระหนักถึงลักษณะสำคัญ 2 ประการ คือ ผู้คลอดแต่ละคนมีการตอบสนองที่แตกต่างกันอย่าง มากต่อความเจ็บปวดและความเครียด ผู้คลอดบางคนอาจรู้สึกเจ็บปวดอย่างรุนแรง แม้ว่าจะมีการ หดรัดตัวของมดลูกเพียงเล็กน้อย ในรายเช่นนี้การควบคุมความเจ็บปวดด้วยยาระงับปวดจะ ดีกว่า แม้ว่าต้องเสี่ยงกับปฏิกิริยาของยาที่จะขัดขวางการทำงานของมดลูกชั่วคราว ทั้งนี้เนื่องจากถ้ามี ความเจ็บปวด ความวิตกกังวลและความกลัว อาจยับยั้งการเปิดขยายของปากมดลูกได้เช่นกัน และอีก ประการหนึ่งคือ การคลอดในผู้คลอดครรภ์หลังมักเร็วกว่าผู้คลอดครรภ์แรก และมีความต้องการยา ระงับปวดน้อยกว่า

2) ความก้าวหน้าของการคลอด ถ้าคาดว่าจะการคลอดจะเกิดขึ้นภายใน 1 - 3 ชั่วโมง ไม่ควรให้ยาระงับปวด เพราะปฏิกิริยาของยาจะกุดการหายใจของทารกแรกคลอด

3) ภาวะของทารกในครรภ์ ทารกที่มีน้ำหนักน้อย และคลอดก่อนกำหนดนั้น ทางเดินหายใจของทารกจะไวต่อการถูกกดจากยาระงับปวดได้มาก จึงไม่ควรให้ยาระงับปวด

4) ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของผู้คลอด

5) อุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ในการให้ยาและการช่วยเหลือมารดา หรือทารกต้องมีให้พร้อม เพราะความปลอดภัยของมารดาและทารกต้องมาอันดับแรกเสมอ

### 5.1.3 ประเภทของยาที่ให้เพื่อระงับปวด

1) ยาระงับความเจ็บปวด เป็นยาที่ลดหรือขจัดความเจ็บปวดโดยผู้คลอดยัง รู้สึกตัวคืออยู่ ยาระงับปวดที่ใช้ในการคลอดแบ่งเป็นพวกที่ไม่ใช้สูดดม เช่น เพทิดีน (Pethidine) และ มอร์ฟีน (Morphine) และยาพวกที่ระเหย เช่น ไนโตรสออกไซด์ เป็นต้น

ความแรงของยาระงับปวดโดยเฉพาะอย่างยิ่งมอร์ฟีน สามารถลด ความตึงเครียด ความวิตกกังวล ทำให้สงบและเกิดความรู้สึกสบาย แต่ต้องระวังอันตรายจากการติดยา ถ้าให้ขนาดมากๆ สามารถทำให้หมดความรู้สึกได้ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่รู้จักว่าเป็น นาร์โคติคแอนาลเจสิก (Narcotic analgesic) ซึ่งคำว่านาร์โคติคั้นเป็นศัพท์ที่ใช้กับยาใดๆ ก็ตามที่สามารถทำให้หมด ความรู้สึกได้ถ้าให้ขนาดมากๆ ถ้าเปรียบเทียบระหว่างเพทิดีนกับมอร์ฟีนในการกดการหายใจแล้ว ปรากฏว่าคล้ายกัน เพราะต่างก็ทำให้มารดามีภาวะการหายใจลึก แต่มอร์ฟีนจะมีผลในการกดการ หายใจในทารกแรกเกิดมากกว่า เพทิดีน

2) ยาสงบประสาท (Sedative) และยานอนหลับ (Hypnotic)

ยาสงบประสาทเป็นยาที่สามารถระงับความตื่นเต้นและความวิตกกังวลที่มีเพียงเล็กน้อย ทำให้เกิด ความรู้สึกผ่อนคลาย ยานอนหลับเป็นยาที่ทำให้รู้สึกคล้ายหลับอย่างเป็นธรรมชาติ ถ้าให้ยาสงบ ประสาทมากๆ ก็อาจจะมีปฏิกิริยาเหมือนยานอนหลับแต่ไม่สามารถบรรเทาอาการวิตกกังวลหรือความ



ตั้งเครียดอย่างรุนแรงได้ ในทางตรงข้ามถ้าใช้ในขณะที่มีอาการเจ็บปวด วิตกกังวลหรือเครียดอย่างรุนแรง อาจทำให้เกิดอาการกระสับกระส่ายและสับสนได้ ยานอนหลับมักจะทำให้เมื่อการคลอดดำเนินไปถึงระยะที่ปากมดลูกเปิดประมาณ 4 – 5 เซนติเมตร โดยประมาณเวลาที่คลอดแล้วจึงให้ยาก่อนคลอดอย่างน้อย 3 ชั่วโมง หลังให้แล้วผู้คลอดจะรู้สึกสบายขึ้นมาก แต่จะยังรู้สึกถึงความเจ็บปวดอยู่บ้าง

3) ยากล่อมประสาท (Transquillizer) มีปฏิกริยาเฉพาะมากกว่ายาสงบประสาท ช่วยบรรเทาความตึงเครียด ความวิตกกังวล และช่วยให้สงบลงภาวะตึงเครียดด้านจิตใจและเพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด ยากล่อมประสาทบางชนิดมีคุณภาพในการระงับความเจ็บปวดและระงับความรู้สึกได้สูง ดังนั้นเมื่อให้เพียงขนาดน้อยๆ ก็อาจช่วยลดความเจ็บปวดได้

ยากล่อมประสาทมีประโยชน์ในการช่วยลดความเจ็บปวดจากการคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีความตึงเครียดและความวิตกกังวล ยาที่ใช้กล่อมประสาทบางชนิดได้จากอนุพันธ์ของฟีนโทอะซีน (Phenothiazine) บางครั้งอาจใช้เพียงชนิดเดียว แต่ส่วนมากมักใช้ร่วมกับยาระงับความเจ็บปวด ที่ใช้บ่อย ได้แก่ ลาร์แกน (Largan) และเฟเนอร์แกน (Phenergan) เพื่อให้สงบประสาทและทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว

#### 5.1.4 ฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ยาทุกชนิดที่ใช้ในการรักษาหรือระงับความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้คลอด จะมีผลต่อการกดระบบประสาทส่วนกลาง และมีฤทธิ์ข้างเคียง ดังนี้

1) กดการหายใจ การกดการหายใจของยาที่ให้ นับเป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่สำคัญและอันตรายที่สุด และเป็นข้อจำกัดในการใช้ที่สำคัญ เพราะจะทำให้อัตราการหายใจของผู้คลอดลดลง ในรายที่ได้รับยาเกินขนาดหรือได้รับโดยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเร็วเกินไปอาจทำให้หยุดหายใจได้ ผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของการให้ยา คือ ผลของการหายใจของทารกขณะคลอด โดยจะกดการหายใจของทารกแรกเกิด ซึ่งจะเกิดได้มากที่สุดเมื่อฉีดเพทิดีนเข้ากล้ามเนื้อของผู้คลอด 1 – 2 ชั่วโมงก่อนคลอด หรือฉีดมอร์ฟีน 1 – 4 ชั่วโมงก่อนคลอด ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการฉีดยาเหล่านี้ในระยะ 3 ชั่วโมงที่คาดว่าทารกจะคลอด ในการให้ยาระงับปวดเหล่านี้ควรที่จะพิจารณาและตัดสินใจในการให้เป็นอย่างดี เพราะความเครียดของผู้คลอดจากความเจ็บปวดหากไม่ได้รับการบรรเทา ก็อาจทำให้ระยะคลอดนานหรืออาจเป็นอันตรายกับทารกได้

2) ความดันเลือดต่ำ ยาที่มีฤทธิ์ในการระงับความเจ็บปวดและยาที่เป็นอนุพันธ์ของฟีนโทอะซีน จะมีฤทธิ์ในการกดประสาทซึ่งควบคุมกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือดที่สมองและทำให้ ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนลดลง แม้จะไม่รุนแรงแต่ก็ควรที่จะต้องให้การดูแลผู้คลอดอย่าง

ใกล้ขีด และควรให้ผู้คลอดนอนพักอยู่บนเตียงหลังจากได้รับยาเหล่านี้ นอกจากนี้อาจมีผู้ป่วยบางรายที่เกิดภาวะความดันเลือดต่ำอย่างรุนแรง ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในกรณีต่อไปนี้

1. ได้รับยาเหล่านี้ทางหลอดเลือดดำ
2. ปริมาณเลือดลดลงจากภาวะการตกเลือดหรือภาวะการขาดน้ำร่วมกับระยะคลอดที่ยาวนานหรือมีอาการอาเจียนอย่างรุนแรง
3. ได้รับการทำเอ็กซีทราดีวรัล (Extradural) หรือสไปนัลบล็อก (Spinal block) หลังจากให้ยาเหล่านี้
4. เกิดกลุ่มอาการความดันเลือดตกจากการนอนหงายราบ (Supine hypotensive syndrome)

ภาวะความดันเลือดต่ำจะมีอันตรายต่อทารกมากกว่ามารดา

เนื่องจากภาวะนี้จะทำให้การไหลเวียนของเลือดภายในรกลดลง อาจเป็นสาเหตุให้ทารกขาดออกซิเจน ระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับทารกขึ้นอยู่กับความแตกต่างของผู้คลอดแต่ละคน และมีองค์ประกอบที่มีอิทธิพลร่วมด้วย เช่น ระยะเวลาในการคลอด ความบ่อยของการหดตัวของมดลูก และภาวะขาดเลือดภายในรก ในการดูแลผู้คลอดจึงควรระวังไม่ให้ความดันซิสโตลิก (Systolic pressure) ของผู้คลอดต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอทเป็นระยะเวลานาน

3) คลื่นไส้ อาเจียน มอร์ฟีนและยาคลายกล้ามเนื้อจะกระตุ้นศูนย์อาเจียนได้สมอง เป็นสาเหตุให้มีอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วย ร้อยละ 20 – 30 (เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2531) และมักจะพบหลังจากฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำมากกว่าฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ ยาเพทิดีนมีฤทธิ์ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ น้อยกว่ามอร์ฟีน สาเหตุอื่นๆ ของการอาเจียนในระยะคลอด ได้แก่ การมีความเจ็บปวดอย่างรุนแรง หรือกระเพาะอาหารว่างเป็นเวลานานๆ ในรายที่มีการอาเจียนมากและรุนแรงต้องระวังภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรงด้วย

4) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร โดยทั่วไป ผลของมอร์ฟีนและยาที่คลายๆ กันจะทำให้ระบบทางเดินอาหารทำงานช้าลง ทำให้กระเพาะอาหารว่างได้ช้าและเกิดอาการท้องผูก ทำให้เกิดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลได้

3.1.5 ผลต่อระยะคลอด ถ้าให้ยาระงับปวดในขนาดสูงๆ หรือยาที่เป็นอนุพันธ์ของฟีนอซีนในระยะปากมดลูกเปิดช้า (ระยะต้นของการเจ็บครรภ์) อาจไปกุดการทำงานของมดลูก มีผลทำให้การเปิดขยายของปากมดลูกไม่ดี แต่ในกรณีที่มารดามีความพร้อมในการคลอดก็จะมีผลน้อยมาก ดังนั้นการขจัดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในการคลอด และการเตรียมพร้อมสำหรับการคลอดของผู้คลอด จะส่งเสริมให้การเปิดขยายของปากมดลูกเร็วขึ้น ยาไดอะซีแพม (Diazepam) และแวลีแอม (Valium) อาจส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกหย่อนตัว และไม่พบว่าการใช้ไดอะซีแพมระงับความตึงเครียดและความวิตกกังวล จะทำให้ระยะคลอดยาวนาน แต่ก็พบว่าไดอะซีแพมผ่านรกได้เร็ว

มาก และมีความเข้มข้นสูงในเลือดของทารกมากกว่ามารดาในช่วงเวลาเกินกว่า 24 ชั่วโมง ระดับไดอะซีแพมในเนื้อเยื่อของทารกจะสูงสุดภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากมารดาได้รับยา สมอของทารกเป็นอีกบริเวณหนึ่งที่ยาไปตกอยู่ในระดับที่มีความเข้มข้นสูงและถูกทำลายออกซ้ามมาก ผลของยาจะคงอยู่ถึงหนึ่งสัปดาห์หลังคลอด ในทารกที่มารดาได้รับไดอะซีแพมขนาดสูง พบว่ากล้ามเนื้อมีความตึงตัวน้อยและหยุดหายใจเป็นระยะ อาจมีอาการซึม ดูคนไม่ดี การตอบสนองไม่ดี ส่วนผู้คลอดที่ได้รับยาขนาดต่ำๆ ไม่พบว่ามียาพิษต่อทารกแรกเกิด แต่อย่างไรก็ตามทารกที่ได้รับไดอะซีแพม ควรได้รับการสังเกตอย่างใกล้ชิด (เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2531)

สำหรับนโยบายการให้ยาบรรเทาปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จะต้องอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ทุกราย ซึ่งส่วนใหญ่จะพิจารณาให้ยาบรรเทาปวดในกรณีที่ยังตั้งครรภ์มีระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนาน หรือหญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดมากและรุนแรง

## 5.2 การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยวิธีการไม่ใช้ยา

การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยวิธีการไม่ใช้ยา เป็นการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์โดยใช้เทคนิคต่างๆ ให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความสุขสบายและผ่อนคลาย ซึ่งเป็นการเสริมสร้างประสบการณ์การคลอดให้เป็นไปในทางบวก เสริมสร้างความรู้สึกตระหนักในคุณค่าของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการส่งเสริมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา มีดังต่อไปนี้

5.2.1 วิธีจิตป้องกัน (Psychoprophylaxis method) เป็นการสอนหญิงตั้งครรภ์ให้เข้าใจถึงกระบวนการทางด้านสรีรวิทยาและจิตวิทยาทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ฝึกการออกกำลังกาย เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง และการเพ่งจุดสนใจ เพื่อที่จะได้นำไปใช้เผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด การเตรียมตัวอย่างถูกต้องจะช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี ซึ่งการเตรียมตัวเพื่อการคลอดนี้จำเป็นต้องมีผู้ควบคุม เพื่อให้ผู้คลอดปฏิบัติตามเทคนิคที่ได้เรียนรู้มาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ (เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2532)

5.2.2 เทคนิคการหายใจ (Breathing techniques) เป็นเทคนิคที่จะช่วยเพิ่มจำนวนออกซิเจน ส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลาย ทำให้ความเจ็บปวดและความเครียดลดลง เทคนิคการหายใจมีหลายเทคนิคขึ้นอยู่กับลักษณะการหดตัวของมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอด ควรใช้เมื่อรู้สึกทนต่อการหดตัวของมดลูกไม่ได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรฝึกฝนตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และมีผู้ควบคุมในระยะคลอด (รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์, 2532)

5.2.3 การจัดท่าที่เหมาะสม (Positioning) การจัดท่าที่เหมาะสมมีประโยชน์ดังนี้ ทำเอียง และท่าเดินจะทำให้ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกลดลง ทำเอียงหรือทำนั่งเอาลำตัวส่วนหน้าพิง และท่าคลานจะทำให้ความไม่สุขสบายจากการปวดหลังลดลง ท่านอนตะแคงจะทำให้สุข

สบายการไหลเวียนของโลหิตไปยังรক্তดีขึ้น ทำของผู้คลอดควรเปลี่ยนทุก 30 - 60 นาที เพื่อเพิ่มความสุขสบายและลดความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ (Gorrie et al., 1994)

5.2.4 การบำบัดด้วยแรงดันน้ำ (Jet hydrotherapy) หมายถึง การอาบน้ำจากฝักบัว โดยให้อุณหภูมิของน้ำอยู่ระหว่าง 35.6 - 36.7 องศาเซลเซียส ทั้งนี้ผู้คลอดจะต้องมีสัญญาณชีพปกติ และอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว เพราะถ้าอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดช้าจะทำให้การหดตัวของมดลูกลดลง ทารกต้องอยู่ในภาวะปกติถุงน้ำคร่ำยังอยู่ หากถุงน้ำคร่ำแตกน้ำคร่ำต้องใส วิธีนี้จะช่วยลดความไม่สุขสบาย เกิดการผ่อนคลาย (Bobak and Jensen, 1993)

5.2.5 การใช้ความร้อนและความเย็น (Hot and cold) เป็นการให้ความร้อนของน้ำ โดยให้ผู้คลอดแช่ในอ่างน้ำอุ่น หากถุงน้ำคร่ำแตกให้อาบน้ำจากฝักบัวแทน จะช่วยลดความตึงเครียดและความเจ็บปวด หากผู้คลอดไม่สามารถกระทำได้ พยาบาลช่วยโดยการใช้กระเป๋าน้ำร้อนประคบบริเวณท้องส่วนล่าง ต้นขา ขาหนีบ และหลัง การใช้ความเย็นทำได้โดยใช้กระเป๋าน้ำแข็งประคบบริเวณหลังและลำคอด้านหลัง จะทำให้เส้นเลือดหดตัว การส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปตามวิถีประสาทช้าลง ใช้ลดความเจ็บปวดเฉียบพลันได้ดี (Olds et al., 1984)

5.2.6 การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เป็นการให้ผู้คลอดสนใจอยู่กับอะไรบางอย่างมากกว่าความเจ็บปวด วิธีนี้จะใช้ได้ผลดีที่สุดถ้าใช้ก่อนความเจ็บปวดจะเริ่มขึ้นหรือใช้หลังความเจ็บปวดเริ่มได้ไม่นาน การเบี่ยงเบนความสนใจจะมีผลเพิ่มระดับกันความเจ็บปวดและความทนต่อความเจ็บปวด การเบี่ยงเบนความสนใจทำได้หลายวิธี เช่น การฟังจุดสนใจ การดูและกตบริเวณกระเบนเหน็บ การสัมผัส การเดินและการพูด การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การฟังดนตรี เป็นต้น (Reeder et al., 1992)

5.2.7 การเพ่งจุดสนใจ (Concentration หรือ Focal point) การเพ่งจุดสนใจเป็นวิธีการบรรเทาหรือลดความเจ็บปวด โดยให้ผู้คลอดเพ่งดูที่จุดหนึ่งจุดโดยอย่างแน่วแน่ขณะมดลูกหดตัวเพื่อให้เกิดสมาธิ จะเกิดสัญญาณที่แรงกว่าไปทดแทนสัญญาณจากการหดตัวของมดลูก มีผลให้ระดับการรับรู้เจ็บปวดน้อยลง ความรู้สึกเจ็บครรภ์จึงลดลงในเวลาเดียวกันระดับความทนทานต่อความเจ็บปวดจะเพิ่มมากขึ้น วิธีนี้เป็นวิธีการเตรียมคลอดตามวิธีของลามาสซ ผู้คลอดจะถูกสอนและฝึกหัดตั้งแต่วัยตั้งครรภ์ให้สามารถควบคุมการตอบสนองของร่างกายได้ทันที

5.2.8 การสัมผัส และการสัมผัสเพื่อการผ่อนคลาย (Touch and touch relaxation) การสัมผัสเป็นวิธีหนึ่งของการติดต่อโดยการกระทำ เมื่อมีการสัมผัสจะมีการกดดันบนผิวหนัง ซึ่งเป็นการกระตุ้นจากภายนอกและมีผลให้มีการตอบสนองของระบบประสาท โดยไปกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ทำให้มีการปิดประตูตามทฤษฎีควบคุมประตูที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ส่งผลให้ความเจ็บปวดลดลง นอกจากนั้นการสัมผัสยังเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในบางสถานการณ์การสัมผัสเป็นการแสดงความรู้สึกที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้คำพูด นอกจากนี้การ



ติดต่อโดยการพูดเมื่อมีการสัมผัสร่วมด้วยจะให้ความหมายลึกซึ้งและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การสัมผัสสามารถลดช่องว่างระหว่างบุคคลและยังเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความสุขสบาย ความพึงพอใจ (Barnett, 1972) ดังนั้นการสัมผัสจึงเป็นวิธีที่พยาบาลสามารถใช้สร้างสัมพันธภาพในระยะเวลาสั้น ทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่าได้อยู่ตามลำพังและเกิดความมั่นใจ พึ่งพอใจ และมีพฤติกรรมตอบสนองในทางบวก ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นการจับมือ จับแขน โอบไหล่ การลูบเบาๆ ก็ตาม จะช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในแก่กันและกันระหว่างผู้ให้การสัมผัสและผู้รับการสัมผัส (สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, 2532)

5.2.9 เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation techniques) การผ่อนคลาย หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจปราศจากความตึงเครียด (McCaffery, 1979) ซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดี และลดการใช้ยาระงับปวดแก่ผู้คลอดได้ เนื่องจาก การผ่อนคลายเป็นการลดการเร้าทางอารมณ์และเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวดร่วมกับ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความตึงตัวของกล้ามเนื้อต่างมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดเป็นวงจรต่อเนื่องมีผลทำให้ความเจ็บปวดมีความรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ผลของการผ่อนคลายยังช่วยให้ผู้คลอดนอนหลับพักผ่อนได้เต็มที่ ลดความเหนื่อยล้าและช่วยยกระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดของผู้คลอดให้สูงขึ้นด้วย

5.2.10 การกระตุ้นผิวหนัง (Cutaneous stimulation) การกระตุ้นผิวหนังบริเวณที่มีความเจ็บปวดจะสามารถลดความเจ็บปวดได้มากตามทฤษฎีของการควบคุมประตูด้วยเหตุผลที่ว่า การกระตุ้นผิวหนังเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ซึ่งมีจำนวนมากได้ผิวหนัง มีผลให้กระแสประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีกำลังมากกว่ากระแสประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก ทำให้ระบบควบคุมประตูที่ระดับไขหลังปิดประตูหรือปิดเกือบหมด จึงไม่มีหรือลดสัญญาณการส่งผ่านของกระแสประสาทความเจ็บปวดไปสู่ระดับสมองให้มีการรับรู้ความเจ็บปวด ซึ่งการกระตุ้นผิวหนังโดยการ ลูบ การนวด หรือการถู (Reeder and Martin, 1987) จากหลักการดังกล่าว ได้มีผู้นำมาประยุกต์ใช้ในขณะเจ็บครรภ์คลอดเพื่อลดความเจ็บปวดมีหลายวิธีที่ได้ผลดี วิธีที่นิยมใช้กันมาก คือ

1) การลูบหน้าท้อง (Abdominal effleurage) เป็นวิธีลดความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ ทำให้ผู้คลอดไม่เกิดการรับรู้ต่อการเจ็บครรภ์ตามทฤษฎีควบคุมประตู ขณะเดียวกันยังสามารถเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดไปจากการหดรัดตัวของมดลูกซึ่งเป็นที่มาของความเจ็บปวดได้ เนื่องจากขณะที่ลูบหน้าท้องใจของผู้คลอดจะจดจ่ออยู่กับการลูบหน้าท้อง แทนที่จะสนใจอยู่กับการหดรัดตัวของมดลูก ซึ่งเพอริค (Peric, 1984) ได้อธิบายว่า ถ้ามีความสนใจอยู่ในบริเวณที่เจ็บปวดก็จะมีผลให้มีความเจ็บปวดมากขึ้น แต่ถ้าดึงความสนใจไปจากบริเวณที่เจ็บปวดได้ก็จะมีผลให้มีความเจ็บปวดลดน้อยลง พร้อมกันนี้ได้เสนอแนะว่า การลูบ การนวด เป็นจังหวะจะเป็นวิธีที่ใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ



2) การนวด (Massage) การนวดร่างกายบริเวณที่เจ็บปวด จะช่วยให้ผู้คลอลดความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ได้ตามทฤษฎีควบคุมประตู นอกจากนี้การนวดยังเป็นการกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารเคมีที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟินเพิ่มขึ้นในร่างกาย ซึ่งสารดังกล่าวจะออกฤทธิ์ไปควบคุมความเจ็บปวดได้ (McCaffery, 1979) และโดยปกติการนวดเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้คลอดส่วนใหญ่มีความสุขสบายขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย นอกจากพยาบาลจะช่วยทำให้แล้วอาจแนะนำให้ผู้คลอดทำด้วยตนเองหรือแนะนำญาติให้ทำได้

จากข้อมูลที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยมีอยู่หลายวิธีด้วยกัน สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการนวดโดยสามี เนื่องจากวิธีการนวดเป็นวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดที่มีประสิทธิภาพ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติได้ในระยะเวลาสั้น ซึ่งการนวดโดยสามีเป็นการขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด อีกทั้งสามียังเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของครอบครัวที่หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการให้ช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดด้วยวิธีการนวดมากที่สุด

## 6. แนวคิดเกี่ยวกับการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด

ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความผิดปกติภายในร่างกาย ที่มักเกิดขึ้นเป็นอันดับแรก และเป็นสาเหตุให้บุคคลแสวงหาการรักษา ความเจ็บปวดจึงจัดเป็นกลไกการป้องกันอย่างหนึ่ง เป็นสัญญาณเตือนถึงการทำลาย การบาดเจ็บ หรือความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกาย พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความเจ็บปวด ซึ่งปัจจุบันพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับวิธีการดูแลรักษาแบบผสมผสาน (Complementary therapy) ในการควบคุมความเจ็บปวด โดยการใช้มือในการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น (Nixon et al., 1997) การนวดเป็นวิธีการรักษาความเจ็บป่วยที่เก่าแก่ที่มีมาแต่โบราณ ในการรักษาความเจ็บป่วย ซึ่งมีผลดีต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย บรรเทาความเจ็บปวดและความวิตกกังวล (White, 1988) และสามารถใช่วิธีการนวดไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน และเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

### 6.1 ผลของการนวดต่อการลดความเจ็บปวด

การนวดเป็นศิลปะในการบำบัดรักษาด้วยมือ ที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการฟื้นฟูหาย โดยใช้วิธีการสัมผัสโดยการนวด เป็นแนวทางในการติดต่อสื่อสารถึงกัน ที่ปราศจากคำพูดใดๆ เป็นวิถีทางธรรมชาติในการถ่ายทอดพลังงาน และความรู้สึกถึงกันและกัน (Tappen, 1988) ทำให้รู้สึกเป็นสุข ผ่อนคลายจากความตึงเครียด สร้างความอบอุ่นใจ การนวดมีผลดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และ

ในกลไกของร่างกายที่เป็นไปตามธรรมชาติอย่างหนึ่ง เมื่อได้รับความเจ็บปวดก็จะใช้วิธีการลูบ หรือ สัมผัสบริเวณที่เจ็บปวด (White, 1988) ซึ่งสามารถสรุปผลของการนวดได้ดังนี้ (Tappen, 1988; White, 1988; โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2540)

1. ระบบไหลเวียน ทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง
2. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อและกล้ามเนื้อต่างๆ ป้องกันข้อติด ผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้บรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
3. กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง
4. ระบบผิวหนัง ทำให้เลือดมาเลี้ยงผิวหนังมากขึ้น ทำให้ผิวหนังแดงตึง ยาดูดซึมได้ดีทางผิวหนัง เช่น การนวดด้วยยาแก้ปวดเมื่อย ป้องกันการเกิดการตึงรั้งหลังจากการหายของแผล ลดอาการบวม
5. ระบบทางเดินอาหาร ทำให้การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ดีขึ้น
6. ลดความเจ็บปวด
7. ส่งเสริมการนอนหลับ
8. ผลต่อจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย แจ่มใส กระฉับกระเฉง ลดความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ได้รับความรัก ความเอาใจใส่
9. ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

## 6.2 ผลของการนวดต่อการลดความเจ็บปวดในระยะคลอด

ความเจ็บปวดในระยะคลอด เกิดจากการพองออกซิเจนของเซลล์กล้ามเนื้อ มดลูกจากการหดตัวของมดลูก การยืดขยายของมดลูกส่วนล่าง การบางตัวและการเปิดขยายของปากมดลูก และการถูกแรงกดของอวัยวะใกล้เคียง ได้แก่ ช่องคลอด ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งเอ็นต่างๆ ถูกตึงรั้ง สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดการกระตุ้นที่ประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเป็นปลายประสาทอิสระ โดยกระแสประสาทความเจ็บปวดจะถูกส่งผ่านข่ายประสาทของมดลูก (uterine plexus) ไปยังข่ายประสาทเชิงกราน ข่ายประสาทของท้องน้อย เข้าสู่ไขสันหลัง ผ่านประสาทส่วนอกที่ 12, 11 และ 10 แล้วส่งผ่านก้านสมองไปยังธาลามัส เข้าสู่เปลือกสมอง (cerebral cortex) ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการรับและการแปลความรู้สึกเจ็บปวดให้มีการแสดงออกทางพฤติกรรม (Moor, 1984) ในระยะนี้หญิงตั้งครรภ์จึงมีความเจ็บปวดมากบริเวณต่ำกว่าระดับสะดือ ด้านข้างของเชิงกราน และบริเวณส่วนล่างของหลัง เมื่อการคลอดก้าวหน้าต่อไป ความรู้สึกเจ็บปวดจะแผ่กระจายออกไปถึงบริเวณเชิงกราน และต้นขาทั้งสองข้าง (Bobak et al., 1995 ; Sherwen et al., 1995)

การนวดเป็นวิธีการหนึ่งในการบรรเทาความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก ในระยะคลอดที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการนวดเป็นการลดการรับรู้หรือการรับความรู้สึกเจ็บปวด ลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ (McGuire and Shielder, 1993) ซึ่งอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีควบคุม ประตุ (Gath Control Theory) ได้ว่า การนวดจะไปกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ โดยการสัมผัส ผ่านผิวหนัง และจะไปกระตุ้นการทำงานของ เซล จี เซล (Substantia gelatinosa : SG) ให้ไปยังยังการทำงานของเซลล์ประสาทส่งต่อ (Transmission cell : T cell) ทำให้ไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดไปยังสมอง จึงปิดประตุความเจ็บปวด (Melzack and Wall, 1965) และการนวดยังกระตุ้นให้ร่างกายมีการปล่อยสารซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน คือ เอนดอร์ฟิน (Endorphines) และ เอนเคฟาลิน (Enkephalines) ซึ่งสารนี้สามารถยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง ช่วยให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง (McCaffery, 1979) นอกจากนี้การนวดยังเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดจากอาการเจ็บครรภ์ เป็นการช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่จะกระตุ้นความรุนแรงของความเจ็บปวด ซึ่งได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับสมองจึงส่งผลมาควบคุมความเจ็บปวด โดยการปิดประตุในระดับไขสันหลัง ทำให้ไม่สามารถส่งผ่านสัญญาณความเจ็บปวดได้ (McGuire and Shielder, 1993) อีกทั้งการนวดโดยการสัมผัสนั้นเป็นการประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจและขจัดความกลัวในขณะเจ็บครรภ์คลอด (Sherwen, 1999) จึงเป็นการตัดวงจรความกลัว – ความเครียด – ความเจ็บปวด (Fear – Tension – Pain Cycle) (Dick – Read, 1984) ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง

## 7. บทบาทของสามีในการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

สำหรับสามีผู้ซึ่งจะต้องเข้าไปช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ด้วยการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอดนั้น ย่อมต้องการความมั่นใจและความมั่นคงในอารมณ์ จึงจะให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ได้ จึงจำเป็นที่สามีจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด กลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด รวมทั้งวิธีการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด โดยจะต้องมีการฝึกปฏิบัติการนวดอย่างต่อเนื่องจนเกิดความมั่นใจและมีความชำนาญ ประกอบกับสามีจะต้องมีความรู้สึกเข้าใจสภาพและมีความเห็นอกเห็นใจหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการร่วมรู้สึกระหว่างสามีกับหญิงตั้งครรภ์

การร่วมรู้สึก (Empathy) เป็นกระบวนการที่สามีซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์โดยการนวด พยายามเข้าใจความรู้สึกและประสบการณ์ความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่กำลังประสบอยู่ขณะนั้น โดยถือว่าการร่วมรู้สึกเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการให้ความช่วยเหลือ เพราะหากสามีไม่สามารถเข้าใจหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างดีเพียงพอแล้วจะไม่สามารถช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (ประกายแก้ว กำคำ, 2534) หรืออาจกล่าวได้ว่า ในการให้การช่วยเหลือได้ก็ตามผู้ให้ความ

ช่วยเหลือจะไม่อาจปฏิบัติการช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่หรือมีประสิทธิภาพได้ หากผู้ให้การช่วยเหลือนั้นปราศจากความรู้ที่ร่วมกับบุคคลที่ตนต้องการให้ความช่วยเหลือ ดังเช่นที่ Carkhuff (1977) กล่าวไว้ว่า ความร่วมรู้สึกนั้นมีใช้เพียงความสามารถของผู้ให้การช่วยเหลือจะรู้สึกและเข้าใจในโลกส่วนตัวของผู้รับการช่วยเหลือราวกับเป็นโลกของตนเอง หรือสามารถเข้าใจในสิ่งที่ผู้รับการช่วยเหลือหมายถึงเท่านั้น แต่ยักรวมไปถึงความไวของผู้ให้การช่วยเหลือที่จะรับความรู้สึกแท้จริงขณะนั้นของผู้รับการช่วยเหลือและสามารถสื่อความเข้าใจนั้นให้ผู้รับการช่วยเหลือทราบ จึงนับว่าเป็นความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ซึ่งมีความไวและความตื่นตัวที่จะรับความรู้สึกตลอดเวลา ดังนั้นสามสิ่งที่จะให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในการนัดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด จึงจำเป็นต้องได้รับการสอนเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะต่างๆ ของการคลอด และวิธีการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด พร้อมทั้งได้รับการฝึกปฏิบัติการนัดจนมั่นใจก่อนที่จะให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ตามสภาพการณ์จริงต่อไป

## 8. แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้

### ความหมายของการเรียนรู้

การเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝนมีใช้ เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติหรือสัญชาตญาณ วุฒิภาวะ พิษของยาต่างๆ รวมทั้งอุบัติเหตุหรือความบังเอิญ (อารี พันธุ์ณี, 2538)

### ทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของ Thorndike

การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้นั้นต้องอาศัยการเรียนรู้เป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการเรียนรู้ ช่วยอธิบายวิธีการเรียนรู้ของบุคคล และนำไปใช้ในการควบคุมทำนายนการเรียนรู้ของบุคคลให้ได้ผลดีขึ้นนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษาทฤษฎีการเรียนรู้

ทฤษฎีการเรียนรู้ที่สำคัญ อาจจำแนกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ คือ ทฤษฎีสนามหรือทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ (Field or Cognitive theories) และทฤษฎีกลุ่มสัมพันธ์ต่อเนื่อง (Associative theory) ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของ Thorndike (cited in Bernard, 1972) ซึ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีหนึ่งในกลุ่มของทฤษฎีกลุ่มสัมพันธ์ต่อเนื่อง ทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของ Thorndike (cited in Bernard, 1972) กล่าวถึงการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้า (S) กับการตอบสนอง (R) โดยมีหลักพื้นฐานว่า การเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองที่มักจะออกมาในรูปแบบ ต่างๆ หลายรูปแบบโดยการลองผิด ลองถูก (Trial and

error) ซึ่งอธิบายไว้ว่า เมื่อมีสถานการณ์หรือ ปัญหาเกิดขึ้น บุคคลจะพยายามดิ้นรนแก้ปัญหา โดยแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าหลายๆ วิธี โดยการลองผิดลองถูกจนกว่าจะพบวิธีการตอบสนองที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์หรือปัญหา เมื่อได้รับการตอบสนองที่ถูกต้องก็จะนำไปต่อเนื่องเข้ากับสิ่งเร้านั้นๆ จึงมีผลให้เกิดการเรียนรู้ขึ้น และนำไปใช้ต่อเมื่อสัมผัสกับสิ่งเร้า เช่นเดิมอีก Thorndike (cited in Bernard, 1972) เน้นว่าสิ่งสำคัญที่ ก่อให้เกิดการเรียนรู้ คือ สิ่งเสริมแรง (Reinforcement) ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง ( S-R ) มากขึ้น หมายความว่า สิ่งเร้าใดทำให้เกิดการตอบสนอง และการตอบสนอง นั้นได้รับการเสริมแรง จะก่อให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองนั้น ๆ มากขึ้น (อารี พันธุ์ณี, 2538)

Thorndike (cited in Bernard, 1972) ได้สรุปกฎการเรียนรู้หลักไว้ 3 กฎ ดังนี้

1. กฎแห่งความพร้อม (Law of readiness) หมายถึง สภาพความพร้อมของผู้เรียนอันเนื่องมาจากวุฒิภาวะโดยมีพื้นฐาน ประสบการณ์เดิม และความพร้อมทางจิตใจ ความพร้อมในการรับรู้และมีแรงจูงใจที่จะเรียน กฎนี้อธิบายว่าการเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพ ถ้าผู้เรียนมีความพร้อมทั้งทาง ร่างกายและจิตใจ ความพร้อมในการอ่าน เขียน และพูด รวมทั้งมีภาวะรับการจูงใจที่เหมาะสม สรุปความสำคัญได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1.1 เมื่อบุคคลมีความพร้อมที่จะเรียนหรือกระทำกิจกรรมใดๆ ถ้าได้เรียนหรือกระทำสมปรารถนา บุคคลจะเกิดความพึงพอใจ

พร้อม → ได้กระทำ → พอใจ → เกิดการเรียนรู้

1.2 เมื่อบุคคลมีความพร้อมที่จะเรียนหรือกระทำกิจกรรมใดๆ ถ้าไม่ได้เรียนหรือไม่ได้กระทำ บุคคลจะเกิดความรำคาญใจ คับข้องใจ หรือไม่พอใจ

พร้อม → ไม่ได้กระทำ → ไม่พอใจ → ไม่เกิดการเรียนรู้

1.3 เมื่อบุคคลยังไม่พร้อม แล้วถูกบังคับให้เรียนหรือกระทำกิจกรรมบุคคลจะเกิดความรำคาญใจ คับข้องใจ หรือไม่พอใจ

ไม่พร้อม → ต้องกระทำ → ไม่พอใจ → ไม่เกิดการเรียนรู้

2. กฎเกี่ยวกับการฝึกหัด (Law of exercise) หมายถึง การได้ฝึกหัดหรือกระทำกิจกรรมซ้ำๆ จะทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นว่าก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมซ้ำๆ จะต้องเกิดความเข้าใจในเหตุผลอย่างแท้จริงเสียก่อน จึงจะเกิดการเรียนรู้ที่คงทนถาวร กฎนี้จำแนกเป็น 2 กฎย่อย คือ

2.1 กฎแห่งการใช้ (Law of use) มีใจความว่า การกระทำใดๆ ก็ตามถ้าได้กระทำ อยู่เสมอ ไม่ทิ้งช่วงห่างนาน ความชำนาญคล่องแคล่วและทักษะในการกระทำนั้นๆ จะเกิดมีมากยิ่งขึ้น ย่อมทำสิ่งนั้นได้ดีขึ้น



2.2 กฎแห่งการไม่ได้ใช้ (Law of disuse) มีใจความว่า การกระทำใดๆ ก็ตาม ถ้าทิ้งช่วงไว้นานเกินไป ทอดทิ้งละเลยไปนาน การกระทำในสิ่งนั้นมักไม่ได้ผลดีเหมือนเดิมจะค่อยๆ ลืมเลือนไป

3. กฎแห่งผล (Law of effect) หมายถึง การกระทำที่ทำไปแล้ว ถ้าได้ผลที่พึงพอใจ บุคคลมักมีแนวโน้มจะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ซ้ำอีกเมื่อได้สัมผัสกับสิ่งเร้าเดิม แต่การกระทำใดที่ทำแล้วไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ บุคคลมีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอีก ดังนั้นถ้าต้องการให้พฤติกรรมที่ ต้องการเกิดขึ้นและมีความคงทนถาวรตลอดไป ต้องให้บุคคลได้รับผลเป็นที่พึงพอใจ ซึ่ง Thorndike (cited in Bernard, 1972) เน้นการให้รางวัลเป็นสำคัญ

จากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thorndike (cited in Bernard, 1972) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนตามโปรแกรมการนวดโดยสามี ดังนี้

1. มีการวางแผนการสอนโดยแยกเนื้อหาออกเป็นหน่วยย่อยๆ จัดการสอนอย่างมีขั้นตอน และมีความต่อเนื่อง วางแผนและกำหนดสิ่งที่ต้องการให้หญิงตั้งครรภ์และสามี เกิดการเรียนรู้ พร้อมทั้งแจ้งให้หญิงตั้งครรภ์และสามีทราบล่วงหน้าถึงกำหนดการเรียนในแต่ละครั้ง

2. จัดกิจกรรมการสอนให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่เรียน เรียงลำดับชั้นการสอนจากง่ายไปยาก จากสิ่งใกล้ตัวไปสู่สิ่งไกลตัว มีการสาธิตและให้หญิงตั้งครรภ์และสามีมีการฝึกปฏิบัติ และสนับสนุนให้สามีมีการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอที่บ้านเพื่อให้เกิดทักษะและความชำนาญ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

3. มีการจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์และสามี เกิดความพอใจ สนใจ และมีความรู้สึกลอยากรีเียนรวมทั้งให้กำลังใจ กล่าวชมเชยซึ่งเป็นการช่วยเสริมแรงเพื่อให้เกิดการเรียนรู้

4. มีการใช้สื่อการสอนต่างๆ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเนื้อหา น่าสนใจ เข้าใจง่าย เช่น ภาพพลิกประกอบการสอน คู่มือการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวด เพื่อสนับสนุนการฝึกปฏิบัติการนวดของสามี เป็นต้น เพราะสิ่งเร้าที่ส่งผ่านอวัยวะสัมผัสหลายๆ ทางจะทำให้เกิดผลต่อการเรียนรู้ที่มากกว่าสิ่งเร้าที่ส่งผ่านอวัยวะสัมผัสเพียงทางเดียว

5. การนำกฎแห่งความพร้อมมาใช้ เนื่องจากการเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพสูง เมื่อผู้เรียนมีความพร้อม ดังนั้นในการให้ความรู้ทุกครั้งผู้วิจัยคำนึงถึงสภาพความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์และสามี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม โดยมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปราศจากบุคคลหรือเสียงรบกวนต่างๆ และจัดการเรียนการสอนในช่วงเวลาที่เหมาะสมคือ ในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นช่วงที่หญิงตั้งครรภ์เตรียมตัวแยกจากทารก และความห่วงใยมุ่งที่ทารกกับการคลอด จึงมีความพร้อมในการเรียนรู้และมีแรงจูงใจที่จะเรียน เมื่อหญิงตั้งครรภ์และสามีมีความพร้อมที่จะเรียน ถ้าได้เรียนก็จะเกิดการเรียนรู้

## วิธีการให้ความรู้

การให้ความรู้จำเป็นต้องอาศัยเทคนิควิธีการให้ความรู้หลากหลายวิธี ผู้สอนควรเลือกวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงจุดมุ่งหมายในการให้ความรู้ เนื้อหาที่สอน ความแตกต่างระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมต่างๆ ซึ่งการเลือกวิธีการให้ ความรู้ที่ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของผู้สอน (จำเนียร ศิลปวานิช, 2538) สำหรับในการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามีตามโปรแกรมการนวดโดยสามีนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการให้ความรู้คือ การบรรยาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ โดยมีสื่อประกอบการสอน ซึ่งจะขอล่าวรายละเอียดของวิธีการให้ความรู้ดังกล่าวพอสังเขปดังนี้

### 1. การบรรยาย

การบรรยายเป็นวิธีการพื้นฐานของการถ่ายทอดความรู้จากผู้สอนไปยังผู้เรียน เป็นการพูดที่แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนความคิดเห็นต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลลงใจ และเปลี่ยนแปลงความคิดของกลุ่มบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เนื้อหาสำหรับการบรรยายต้องจัดลำดับให้มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องและควรมีการเน้นโดยใช้ภาษาที่ เข้าใจง่าย ตลอดจนมีตัวอย่างที่มีรูปธรรมประกอบในจุดที่ต้องการให้ ผู้เรียนรับรู้ หรือมีการใช้สื่อประกอบการบรรยาย เพราะนอกจากจะทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจมากขึ้นแล้วยังทำให้ เกิดความเข้าใจง่าย การบรรยายจะมีประสิทธิภาพเมื่อ

1. ผู้บรรยายมีความรู้ในเรื่องที่จะบรรยายเป็นอย่างดี
2. ผู้เรียนทุกคนต้องการที่จะรับฟังเนื้อหาเรื่องเดียวกันและในเวลาเดียวกัน
3. มีการแจกเอกสาร เพื่อให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเอง และเอกสารจะเป็นแนวทางในการอภิปรายเพื่อเป็นกาดตามการบรรยาย

### 2. การสาธิต

การสาธิตเป็นวิธีการให้ความรู้ที่มีการเตรียมการเสนอความรู้ ข้อเท็จจริง หลักการ แนวทางปฏิบัติ หรือกระบวนการกระทำที่ถูกต้อง โดยมีอุปกรณ์ประกอบการสาธิต มีการอธิบายให้เหตุผลประกอบการสาธิตให้มองเห็นกระบวนการทำที่แน่นอน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมที่เรียนได้อย่างชัดเจน การสาธิตจะได้ผลดีเมื่อมีการเตรียมล่วงหน้าที่ดี ดังนี้ (สุรีย์ จันทร์โมลี, 2527)

1. การวางแผนการสาธิตด้วยความรอบคอบ โดยพิจารณาว่าส่วนไหนของเนื้อเรื่องควรจะใช้วิธีการสาธิต
2. กำหนดวัตถุประสงค์ของการสาธิตให้ชัดเจน ควรระบุว่าต้องการให้ผู้เรียนเกิดความรู้ และปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด

3. ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้เรียนโดยละเอียด เพื่อจะได้สาธิตให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน
  4. จัดขั้นตอนของการสาธิตให้เป็นไปตามลำดับ พร้อมทั้งเตรียมเนื้อหาที่จะช่วยให้การอธิบายในการสาธิตแต่ละขั้นตอนให้พร้อม
  5. จัดเตรียมวัสดุและเครื่องมือที่จำเป็นจะต้องใช้ให้พร้อม และทำการทดสอบล่วงหน้าเมื่อชุดข้อจะได้แก้ไขได้
  6. ถ้าจะต้องมีผู้ช่วยการสาธิตจะต้องกำหนดบทบาทได้ชัดเจน เพื่อให้การสาธิตดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย
  7. เตรียมสถานที่ ให้พร้อม โดยจัดที่นั่งให้ผู้ดูทุกคนสามารถมองเห็นได้อย่างทั่วถึง
  8. เตรียมผู้ฟังโดยบอกวัตถุประสงค์ และอธิบายขั้นตอนต่างๆ ของการสาธิตให้รู้ล่วงหน้า
  9. เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ลงมือทำตามผู้สอนที่ทำให้ดู การสาธิตจะให้ได้ผลที่สมบูรณ์จะต้องให้ผู้เรียนทุกคนได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีผู้สอนหรือผู้ช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด
  10. ประเมินผลการสาธิตโดยการซักถาม หรือสังเกตปฏิกิริยาของผู้เรียนว่าทำตามได้ถูกต้องเพียงใด ให้คำแนะนำ แก้ไข หรือให้คำชม แล้วฝึกใหม่จนสามารถทำได้ถูกต้อง
- สิ่งที่ควรคำนึงในการสอนแบบสาธิต คือ เครื่องมือเครื่องใช้ต้องพร้อมที่จะปฏิบัติได้ทันที และปฏิบัติอย่างได้ผล ระหว่างปฏิบัติให้ดูนั้นจะต้องแน่ใจว่าผู้เรียนสามารถมองเห็นและเข้าใจอย่างแท้จริง ผู้สอนจะต้องดูแลให้ความเห็นและเปิดโอกาสให้ซักถามได้

### 3. การฝึกปฏิบัติ

การฝึกปฏิบัติเป็นการเรียนรู้ในการกระทำสิ่งต่างๆ โดยอาศัยความคิดรวบยอด ความคิดทัศนคติ เป็นลักษณะการลองผิดลองถูก โดยผู้เรียนจะต้องเป็นผู้กระทำเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ในการที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องมีส่วนประกอบคือ ความรู้เป็นส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฝึกปฏิบัติ ถ้าต้องการให้กลายเป็นนิสัยจะต้องปฏิบัติเสมอๆ โดยสรุปเป็นขั้นตอนได้ดังนี้ คือ รับรู้ สนใจ ไตร่ตรอง ทดลอง ปฏิบัติจนเป็นนิสัย การปฏิบัติจะเกิดขึ้นเมื่อได้มีการ เรียนรู้ อาจโดยวิธีใดก็ได้ โดยก่อนการฝึกปฏิบัติผู้เรียนอาจจะได้รับการสาธิตวิธีการเพื่อให้เกิดการเลียนแบบ ผู้เรียนควรจะได้มีโอกาสฝึกทักษะนั้นทันทีภายใต้การนิเทศของผู้สอน ในขณะที่ผู้เรียนฝึกปฏิบัตินั้น ผู้สอนจะแนะนำและให้แรงเสริมด้วยคำพูด สิ่งที่ต้องคำนึงในการปฏิบัติจนกว่าจะเกิดความชำนาญขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล ทัศนคติ อายุ ความมั่นใจ ระยะเวลาของการปฏิบัติ การปฏิบัติซ้ำ และการให้กำลังใจหรือแรงเสริม (สุดาพร วิราษฎร์, 2538)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามีตามโปรแกรมการนัดโดยสามี ด้วยวิธีการบรรยายเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะต่างๆ ของการคลอด วิธีการบรรเทาความเจ็บในระยะคลอด และบทบาทของสามีในการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยสื่อการสอนประกอบด้วยภาพพลิกและคู่มือการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด และการสาธิตเกี่ยวกับวิธีการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด แล้วให้สามีทำการสาธิตย้อนกลับ พร้อมด้วยการแนะนำให้ฝึกปฏิบัติการนัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอรวมทั้งการใช้แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนัดของสามีที่บ้าน เนื่องจากการได้ฝึกปฏิบัติจริงและการกระทำกิจกรรมซ้ำๆ จะทำให้สามีเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้นและเกิดความชำนาญ สามารถให้ความช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยวิธีการนัดได้อย่างถูกต้อง

## 9. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

การตั้งครรภ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความกลัวและความวิตกกังวล และเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดหญิงตั้งครรภ์ก็มีความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้น โดยเฉพาะความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้นจากการเจ็บครรภ์คลอด พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด มีบทบาทโดยตรงในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ จึงต้องรับรู้ ตระหนักถึงความเจ็บปวดที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับ และมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ เพื่อตัดวงจรความกลัว ความวิตกกังวลและความเจ็บปวดลง (Callister, 1993) โดยมุ่งเน้นตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคลและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการคลอด การดูแลหญิงตั้งครรภ์ขณะเจ็บครรภ์คลอด สามารถทำได้ตั้งแต่การอยู่เป็นเพื่อน การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร การปฏิบัติการพยาบาลในให้มีความสุขสบาย การสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล (Simkin, 2002) ซึ่งบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ที่มีความครอบคลุมทั้งด้านสรีระจิตใจ และสังคม สามารถสรุปได้ดังนี้

### 9.1 บทบาทด้านการให้ความรู้ (Health educator) หญิงตั้งครรภ์ที่กำลังประสบความเจ็บปวดจากการคลอด ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด จะเกิดความวิตกกังวลต่อความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ ซึ่งมักพบในลักษณะความตื่นตระหนกสับสน มีความรู้สึกลัวความช่วยเหลือ (Clark et al., 1979) มีผลทำให้ความเจ็บปวดมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสามารถให้ความรู้และข้อมูลตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว จากการศึกษาของ อารีย์วรรณ อ่วมตานี และสุชาดา รัชชกุล (2546) พบว่า การให้ข้อมูลเป็นการสนับสนุน

ทางการพยาบาลที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดที่ได้รับ เพราะเป็นการลดความวิตกกังวลจากการรับทราบความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะๆ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่เป็นประโยชน์ต่อการเผชิญการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษา ทศมา โรจนประดิษฐ์ และคณะ (2542) ที่ศึกษาการสนับสนุนและการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการพยาบาลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตน สถานที่ สิ่งแวดล้อม ค่าใช้จ่าย พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนและให้ข้อมูลน้อยกว่าและมีความพึงพอใจในการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสามารถให้ความรู้ในการเตรียมตัวเพื่อคลอดตามแนวคิดของ Dick-Read (1984) และแนวทางการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามีให้มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด กลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติสามีในการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอดให้แก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามีมีความพร้อมและมีความสามารถในการให้ความช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์คลอด ช่วยให้การบวนการคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม

**9.2 บทบาทผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติพยาบาล (Care provider) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และสามารถคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ (Evidence base practice) โดยการค้นหาสาเหตุของความเจ็บปวด ประเมินปัญหาสุขภาพความเจ็บปวด และประเมินทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เน้นการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ให้เกิดความสุขสบายและผ่อนคลาย ซึ่งสามารถกระทำได้ในลักษณะดังต่อไปนี้**

1. การดูแลความสะอาดทั่วไป ได้แก่ การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล เช็ดหน้า เช็ดตัว ทำความสะอาดปาก ฟัน ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ตลอดจนความสะอาดของเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอนควรแห้งสะอาดเรียบ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์นอนสบาย การเปลี่ยนผ้าเปื้อนออกจากร่างกาย ช่วยให้อวัยวะสะอาดและสุขสบายขึ้น ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจของหญิงตั้งครรภ์ในการเผชิญความเจ็บปวด และทำให้มีการใช้ยาบรรเทาปวดน้อยลง (Schulling and Sampsel, 1999) ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างทุก 2 ชั่วโมง เพราะการที่มีกระเพาะปัสสาวะเต็ม เป็นการขัดขวางการลงช่องเชิงกรานของศีรษะเด็ก ทำให้การเคลื่อนตัวของส่วนนำล่าช้า การคลอดเนิ่นนาน หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดยาวนานขึ้น



2. การเคลื่อนไหวและการจัดท่าให้เหมาะสม ท่าของหญิงตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อความถี่ของการหดตัวของมดลูก ควรหลีกเลี่ยงท่านอนหงาย (Supine position) เนื่องจากแรงกดดันของมดลูกจะกดเส้นเลือดแดงใหญ่อินฟีเรียเวนาคาวา ซึ่งทำให้เลือดไปเลี้ยงรก ทารกในครรภ์และไหลกลับเข้าสู่หัวใจน้อยลง ทำให้ทารกอยู่ในภาวะคับขันได้ (Fetal distress) ท่าที่เหมาะสมในการบรรเทาความเจ็บปวดและส่งเสริมการเคลื่อนตัวของทารก คือ ท่าศีรษะสูง (Upright position) (Leifer, 1999) ช่วยลดความกดดันของมดลูกที่กดเส้นเลือดแดงใหญ่อินฟีเรียเวนาคาวา และเมื่อมดลูกคลายตัวก็จะคลายตัวอย่างสมบูรณ์ และท่าที่นิยมสำหรับหญิงตั้งครรภ์โดยทั่วไป คือ ท่านอนตะแคงข้าง (Side – lying) มีหมอนรองรับตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณข้อต่อต่างๆ การเคลื่อนไหวบ่อยๆ จะช่วยบรรเทาความอ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อ และช่วยส่งเสริมการคลอดให้เร็วขึ้น การศึกษาผลของการจัดท่าต่อระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ของ ฉวีวรรณ อยู่สำราญ (2533) พบว่า การจัดให้นอนท่ากึ่งนั่ง 30 องศา หญิงตั้งครรภ์มีระดับความพึงพอใจมากกว่าท่านอนหงาย และจากการศึกษาของ Adachi, Shimada และ Usui ( 2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างท่านอนกับระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 6 – 8 เซนติเมตร พบว่า ท่านั่งจะมีระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดน้อยกว่าท่านอนหงาย

3. จัดสิ่งแวดล้อมระหว่างคลอด โดยลดสิ่งกระตุ้นที่ไม่จำเป็น แสงสว่างพอเหมาะ ไม่มีเสียงรบกวน ลดความพลุกพล่านจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ จัดเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ให้พอเหมาะไม่รบกวนหญิงตั้งครรภ์มากเกินไป ความสะอาดของสถานที่ การมีบรรยากาศคล้ายบ้าน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งต่างๆ เหล่านี้มีผลต่อความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ จากการศึกษาของ Rush และคณะ (1996) ศึกษาผลของการใช้อ่างน้ำวนในระยะคลอด พบว่า กลุ่มที่ใช้อ่างน้ำวนในระยะคลอดมารการใช้ยาระงับปวดน้อยกว่า มีการคลอดด้วยวิธีทางสูติศาสตร์หัตถการ เช่น การใช้คีม การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ น้อยกว่ากลุ่มที่มีการดูแลตามปกติ

4. การใช้ความร้อนและความเย็น (Hot and cold) เป็นการใช้ความร้อนของน้ำ โดยให้ผู้คลอดแช่ในอ่างน้ำอุ่น หากถุงน้ำคร่ำแตกให้อาบน้ำจากฝักบัวแทน จะช่วยลดความตึงเครียดและความเจ็บปวด หากผู้คลอดไม่สามารถกระทำได้ พยาบาลช่วยโดยการใช้กระเป๋าน้ำร้อนประคบบริเวณท้องส่วนล่าง ต้นขา ขาหนีบ และหลัง การใช้ความเย็นทำได้โดยใช้กระเป๋าน้ำแข็งประคบบริเวณหลัง และลำคอด้านหลัง จะทำให้เส้นเลือดหดตัว การส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปตามวิถีประสาทช้าลง ใช้ลดความเจ็บปวดเฉียบพลันได้ผลดี (Olds et al., 1984)

5. การสัมผัส และการสัมผัสเพื่อการผ่อนคลาย (Touch and Touch Relaxation) การสัมผัสเป็นวิธีหนึ่งของการติดต่อโดยการกระทำ เมื่อมีการสัมผัสจะมีการกดดันบนผิวหนัง ซึ่งเป็นการกระตุ้นจากภายนอกและมีผลให้มีการตอบสนองของระบบประสาท โดยไปกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ทำให้มีการปิดประตูตามทฤษฎีควบคุมประตูที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ส่งผลให้ความเจ็บปวด

ลดลง นอกจากนั้นการสัมผัสยังเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในบางสถานการณ์การสัมผัสเป็นการแสดงความรู้สึกที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้คำพูด นอกจากนี้การติดต่อโดยการพูดเมื่อมีการสัมผัสร่วมด้วยจะให้ความหมายลึกซึ้งและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การสัมผัสสามารถลดช่องว่างระหว่างบุคคลและยังเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความสุขสบาย ความพึงพอใจ (Barnett, 1972) ดังนั้นการสัมผัสจึงเป็นวิธีที่พยาบาลสามารถใช้สร้าง สัมพันธภาพในระยะเวลาสั้น ทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่าได้อยู่ตามลำพังและเกิดความมั่นใจ พึงพอใจ และมีพฤติกรรมตอบสนองในทางบวก ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นการจับมือ จับแขน โอบไหล่ การลูบเบาๆ ก็ตาม จะช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในแก่กันและกันระหว่างผู้ให้การสัมผัสและผู้รับการสัมผัส (สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, 2532)

6. การกระตุ้นผิวหนัง (Cutaneous stimulation) การกระตุ้นผิวหนังบริเวณที่มีความเจ็บปวดจะสามารถลดความเจ็บปวดได้มากตามทฤษฎีของการควบคุมประตุด้วยเหตุผลที่ว่า การกระตุ้นผิวหนังเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ซึ่งมีจำนวนมากได้ผิวหนัง มีผลให้กระแสประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีกำลังมากกว่ากระแสประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก ทำให้ระบบควบคุมประตุที่ระดับไขหลังปิดประตุหรือปิดเกือบหมด จึงไม่มีหรือลดสัญญาณการส่งผ่านของกระแสประสาทความเจ็บปวดไปสู่ระดับสมองให้มีการรับรู้ความเจ็บปวด ซึ่งการกระตุ้นผิวหนังโดยการลูบ การนวด หรือการถู (Reeder and Martin, 1987) จากหลักการดังกล่าว ได้มีผู้นำมาประยุกต์ใช้ในขณะเจ็บครรภ์คลอดเพื่อลดความเจ็บปวดมีหลายวิธีที่ได้ผลดี วิธีที่นิยมใช้กันมาก คือ

1) การลูบหน้าท้อง (Abdominal effleurage) เป็นวิธีลดความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ ทำให้ผู้คลอดไม่เกิดการรับรู้ต่อการเจ็บครรภ์ตามทฤษฎีควบคุมประตุ ขณะเดียวกันยังสามารถเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดไปจากการหดตัวของมดลูกซึ่งเป็นที่มาของความเจ็บปวดได้ เนื่องจากขณะที่ลูบหน้าท้องใจของผู้คลอดจะจดจ่ออยู่กับการลูบหน้าท้องแทนที่จะสนใจอยู่กับการหดตัวของมดลูก ซึ่งเพอริค (Peric, 1984) ได้อธิบายว่า ถ้ามีความสนใจอยู่บริเวณที่เจ็บปวดก็จะมีผลให้มีความเจ็บปวดมากขึ้น แต่ถ้าดึงความสนใจไปจากบริเวณที่เจ็บปวดได้ก็จะมีผลให้มีความเจ็บปวดลดน้อยลง พร้อมกันนี้ได้เสนอแนะว่า การลูบ การนวด เป็นจังหวะจะเป็นวิธีที่ใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การนวด (Massage) การนวดร่างกายบริเวณที่เจ็บปวด จะช่วยให้ผู้คลอดลดความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ได้ตามทฤษฎีควบคุมประตุ นอกจากนั้นการนวดยังเป็นการกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารเคมีที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟินเพิ่มขึ้นในร่างกาย ซึ่งสารดังกล่าวจะออกฤทธิ์ไปควบคุมความเจ็บปวดได้ (McCaffery, 1979) และโดยปกติการนวดเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้คลอดส่วนใหญ่มีความสุขสบายขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย นอกจากพยาบาลจะช่วยทำให้แล้วอาจแนะนำให้ผู้คลอดทำด้วยตนเองหรือแนะนำญาติให้ทำได้

7. การช่วยเหลือระดับประคองด้านจิตใจแก่หญิงตั้งครรภ์ (Ziegel and Cranley, 1984; Taylor and Copstick, 1985 อ้างถึงใน จินตนา บ้านแก่ง, 2533) ประกอบด้วย

1) ความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเราและความเข้าใจ (Empathy and Understanding) คือ การที่พยาบาลมีการรับรู้โดยยอมรับว่าหญิงตั้งครรภ์แต่ละคนมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของตนเองที่อาจแตกต่างจากผู้อื่น รวมทั้งรับรู้สภาพความรู้สึก ความคิดของหญิงตั้งครรภ์เสมือนหนึ่งตนเองเป็นหญิงตั้งครรภ์ในขณะนั้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลไม่โกรธเคืองหญิงตั้งครรภ์ที่อาจขัดขึ้นหรือลังเลในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และไม่ตัดสินใจแทนทันที แม้ว่าสิ่งนั้นจะเป็นสิ่งที่พยาบาลเห็นว่าควรมีและเหมาะสม ความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเราและความเข้าใจที่มีต่อหญิงตั้งครรภ์ พยาบาลควรแสดงออกอย่างเปิดเผย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มองเห็นว่าการช่วยเหลือที่ตนได้รับอยู่นั้นเป็นไปด้วยความจริงใจ

2) ความเห็นอกเห็นใจ (Sympathy) คือ การที่พยาบาลให้ความสนใจ รับรู้ในความเจ็บปวด ในคำปรึกษา และให้กำลังใจ ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง ในระยะนี้พยาบาลควรสนใจหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด และจะต้องพยายามหลีกเลี่ยงและลดสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ยอมรับพฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์แสดงออก ให้การบอกลับในทางบวก โดยการพูดชมเชย การสัมผัสอย่างนุ่มนวล การแสดงออกทางสายตา สีหน้า และท่าทาง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเข้มแข็ง อบอุ่น ปลอดภัย สามารถตัดสินใจและเผชิญความเจ็บปวดได้ด้วยความมั่นใจ แต่มิใช่เป็นการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ยิ่งอ่อนแอและเรียกร้องตลอดเวลา

3) ความเคารพและความเอื้ออาทร (Respect and caring) คือ การที่พยาบาลให้ความเคารพในชาติวุฒิ และวัยวุฒิของหญิงตั้งครรภ์เท่าๆ กับให้ความเคารพตนเอง การสังเกตบุคลิกลักษณะและท่าทางของหญิงตั้งครรภ์ จะเป็นเครื่องช่วยให้สามารถพิจารณาได้ว่า ควรใช้คำพูดแสดงกิริยาและปฏิบัติต่อหญิงตั้งครรภ์อย่างไรให้เหมาะสม ส่วนความเอื้ออาทรถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ การแสดงออกของความเอื้ออาทร คือ ความอ่อนโยน ความห่วงใย ความเคารพต่อความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งการแสดงออกจะก่อให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคย เป็นกันเอง และเกิดความอบอุ่นให้แก่หญิงตั้งครรภ์

9.3 บทบาทด้านการบริหารจัดการ (Administrator) และด้านการประสานงาน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงบริหารจัดการและประสานงาน โดยผสมผสานความรู้ความชำนาญในการพยาบาลกับทีมสุขภาพ รวมทั้งการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย วางแผน และดำเนินนโยบาย การวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และชุมชนได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า สร้างความไว้วางใจและความมั่นคงปลอดภัย

**9.4 บทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษา (Counselor)** ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นผู้ให้การปรึกษา ให้ข้อมูล รวมถึงการช่วยเหลือระดับประคองด้านจิตใจ บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือระดับประคองด้านจิตใจ มีผลต่อความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ จากการศึกษาของประนอม ภูศรีทอง และคณะ (2546) ศึกษาความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ต่อการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอดจากนักศึกษาพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีระดับความพึงพอใจโดยเฉลี่ยต่อการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนในระยะคลอดจากนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ รองลงมา คือ การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ การช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านร่างกาย การช่วยเหลือสนับสนุนด้านการเป็นสื่อกลางให้หญิงตั้งครรภ์ตามลำดับ ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลง ทำให้ระดับความเจ็บปวดลดลงด้วย

**9.5 บทบาทด้านการวิจัย (Researcher)** ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงปฏิบัติงานบนพื้นฐานการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ตระหนักถึงความจำเป็นในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล การมีส่วนร่วมในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ นำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ปรับปรุงการปฏิบัติ การพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการเป็นผู้วิจัย เป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยในหัวข้อที่เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์

**9.6 บทบาทด้านคุณธรรมและจริยธรรม (Ethic)** ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรเป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม พิทักษ์สิทธิของผู้มารับบริการ ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์และสามีมีบทบาทร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีการพัฒนาตนเอง และวิชาชีพอยู่เสมอ สามารถตัดสินใจจริยธรรมภายใต้กฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาลได้

พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด และมีบทบาทโดยตรงในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ต้องรับรู้ตระหนักถึงความเจ็บปวดที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้และเข้าใจพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์เพื่อตัดวงจรความกลัว ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ผ่านการคลอดได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งมีความภาคภูมิใจในบทบาทการเป็นมารดา อันจะนำไปสู่การเลี้ยงดูบุตรที่ดีต่อไป



## 10. โปรแกรมการนัดโดยสามี

จากการศึกษาของสุภาพ ไทยแท้ และสัจจา ทาโต (2548) ที่ศึกษาผลของการนัดต่อการลดความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยการนัดประกอบด้วย การลูบหน้าท้อง การนวดกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการนัดจะมีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนัด และจากการศึกษาของ Chang และคณะ (2002) ถึงผลของการนัดต่อระดับความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์คลอดที่ประเทศไต้หวัน โดยการนัดประกอบด้วย การลูบหน้าท้อง การนวดที่บริเวณกระเบนเหน็บ ไหล่และหลัง พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการนัดโดยพยาบาลในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน โดยในระหว่างช่วงแต่ละช่วงได้รับการนัดโดยสามี มีระดับความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการนัด จากบททบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการนัดโดยสามีซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

โปรแกรมการนัดโดยสามี เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมสามีให้มีบทบาทในการบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกในระยะคลอดโดยวิธีการนัดให้กับหญิงครรภ์แรก ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการนัดโดยสามี และนำทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของ Thorndike มาใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมของสามี ทั้งนี้เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดให้หญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของสามี** เป็นการเตรียมสามีให้มีความพร้อมในการนัดให้กับหญิงตั้งครรภ์ขณะเจ็บครรภ์ ตามคู่มือการเตรียมสามี โดยมีการจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 3 – 4 คู่ จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 90 นาที ประกอบด้วย

**1.1 การบรรยาย** ซึ่งเป็นการให้ความรู้และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์และสามีตามแผนการสอนเรื่องความเจ็บปวดในระยะคลอดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะต่างๆ ของการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยการใช้น้ำและไม่ใช้น้ำ บทบาทของสามีในการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดด้วยวิธีการนัดทั้งหมด 5 ท่า ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า ซึ่งการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้นั้นต้องอาศัยการเรียนรู้เป็นสำคัญ การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ข้อมูล หรือประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลไตร่ตรองสิ่งเหล่านั้น เมื่อเห็นว่าเกิดผลดีกับตัวเองจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม



ความรู้ใหม่ที่ได้รับ (Thorndike cited in Bernard, 1972) ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดทำให้หญิงตั้งครรภ์และสามีได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยวิธีการนวด เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ทัศนคติ และเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมที่ทำให้ความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง โดยใช้วิธีการสอนแบบบรรยายร่วมกับการคู่มือการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด และภาพพลิกประกอบการสอน

**1.2 การฝึกปฏิบัติการนวด** ประกอบด้วยการนวดทั้งหมด 5 ท่า ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า โดยผู้วิจัยสาธิตและให้สามีทำการฝึกปฏิบัติการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ขณะทำการสอน ซึ่งการได้ฝึกปฏิบัติจริงหรือกระทำกิจกรรมซ้ำๆ จะทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นว่าก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมซ้ำๆ จะต้องเกิดความเข้าใจในเหตุผลอย่างแท้จริงเสียก่อนจึงจะเกิดการเรียนรู้ที่คงทนถาวร (Bernard, 1972) ดังนั้นการที่จะสอนให้ผู้เรียนนำความรู้ไปใช้จะต้องให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มชัด ให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติขณะที่เรียนและนำสิ่งที่ได้มาใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่คงทนถาวร (กมลรัตน์ หล้าสูงวงศ์, 2528; อารีย์ พันธุ์มณี, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับสมจิต หนูเจริญกุล (2543) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ปวยมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการสอน มีการฝึกหัดกระทำพฤติกรรมต่างๆ และลองผิดลองถูกในสิ่งที่ไม่เกิดอันตราย จะเพิ่มความสามารถของผู้ปวยในการเรียนรู้ และจดจำแม่นยำมากขึ้น เสริมความมั่นใจในการปฏิบัติ

**ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการนวด** เป็นขั้นตอนที่สามีทำการนวดให้หญิงตั้งครรภ์เมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด และเข้ารับการดูแลในห้องคลอด โดยสามีทำการนวดใน 3 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า (ปากมดลูกเปิด 3 - 4 เซนติเมตร) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 5 - 7 เซนติเมตร) และระยะเปลี่ยนผ่าน (ปากมดลูกเปิด 8 - 10 เซนติเมตร) ประกอบด้วยการนวดทั้งหมด 5 ท่า ดังนี้

1) การลูบหน้าท้อง เพื่อลดความเจ็บปวดบริเวณหน้าท้องและสะดือขณะที่มดลูกหดตัว จะมีการส่งกระแสประสาทผ่านทางข่ายประสาทของมดลูก (uterine plexus) เมื่อมีการกระตุ้นผิวหนังโดยการลูบเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ซึ่งมีจำนวนมากได้ผิวหนัง มีผลให้ระบบควบคุมประตูที่ระดับไขหลังปิดประตูหรือปิดเกือบหมด จึงไม่มีหรือลดสัญญาณการส่งผ่านของกระแสประสาทความเจ็บปวดไปสู่ระดับสมอง การรับรู้ต่อความเจ็บปวดจึงลดลง (Reeder and Martin, 1987) ทำโดยเมื่อมดลูกเริ่มหดตัวให้ผู้นวดสอดมือลักษณะนิ้วมือชิดกัน วางมือทั้ง 2 ข้างบริเวณหัวเหน่าลูบมือขึ้นด้านข้างของหน้าท้องเบาๆ พร้อมทั้งหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ จนมือทั้ง 2 ข้างมาพบกันบริเวณยอดอก เมื่อมดลูกคลายตัวลูบมือทั้ง 2 ข้างลงกลับไปที่เคยพร้อมหายใจออกช้าๆ ยาวๆ เปิดปากเล็กน้อยเมื่อหายใจเข้าและออก 1 ครั้ง ก็จะลูบหน้าท้องเสร็จ 1 รอบ ใช้เวลาในการลูบหน้าท้องประมาณ 5 นาที

2) การนวดบริเวณก้นกบ เนื่องจากบริเวณนี้จะเป็นส่วนที่เชื่อมต่อกับท้อง เมื่อมดลูกมีการหดตัวส่วนนี้ก็จะเกิดการดึงรั้งด้วย การส่งกระแสประสาทจะส่งผ่านข่ายประสาทของก้น (Sacral plexus) และข่ายประสาทของก้นกบ (Coccygeal plexus) การนวดเป็นการกระตุ้นชั้นผิวหนังทำให้ใยประสาทเส้นใหญ่บริเวณดังกล่าวถูกกระตุ้น ระบบควบคุมประตู่ที่ระดับไขสันหลังจะปิดประตู่ จึงไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมอง (Melzack and Wall, 1965) การนวดให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคง สามีนั่งอยู่ข้างเตียงใช้นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้าง วางแนวข้างชิดกระดูกกระเบนเหน็บ วางฝ่ามือทั้ง 2 ข้างแนบบริเวณเหนือกระดูกเชิงกราน ใช้นิ้วหัวแม่มือขนาดคลึงเป็นวงกลมอย่างต่อเนื่องเป็นวงกลมเล็ก ๆ ด้วยแรงกดในทิศวนออกจากแนวกระดูกสันหลัง โดยทำอย่างต่อเนื่องไปจนถึงกระดูกก้นกบ จากนั้นใช้นิ้วหัวแม่มือออกแรงกดขึ้นข้างบนซ้ำๆ เพื่อกลับมายังตำแหน่งเดิม ทำ 5 ครั้ง ต่อจากนั้นให้ผู้นวดกำมือและใช้หลังมือขนาดคลึงเป็นวงกลมที่บริเวณก้นกบ ขณะที่มดลูกมีการหดตัว ใช้นิ้วหัวแม่มือที่หลังมือให้คงที่และสม่ำเสมอ

3) การนวดบริเวณขาด้านหน้า การส่งกระแสประสาทความเจ็บปวด จะส่งผ่านเส้นประสาทของกล้ามเนื้อขา (Muscular branches and Cutaneous branches of Femoral nerve) การนวดบริเวณนี้จะช่วยบรรเทาอาการตึงและปวดบริเวณสะโพกและกระดูกเชิงกรานซึ่งเกิดจากการดึงรั้งเมื่อมดลูกมีการหดตัว การนวดเป็นการกระตุ้นให้ปล่อยสารซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน คือ เอนดอร์ฟิน (endorphins) และ เอนเคฟาลิน (enkephalines) ซึ่งสารนี้สามารถยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง (McCaffery, 1979) ทำให้ความเจ็บปวดลดลง นอกจากนี้การนวดยังเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดจากอาการเจ็บครรภ์ เป็นการช่วยลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์ที่จะกระตุ้นความรุนแรงของความเจ็บปวด ซึ่งได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับสมองจึงส่งผลมาควบคุมความเจ็บปวด โดยการปิดประตู่ในระดับไขสันหลัง ทำให้ไม่สามารถส่งผ่านสัญญาณความเจ็บปวดได้ (McGuire and Shielder, 1993) การนวดให้สามีนั่งหรือยืนที่ปลายเตียง หญิงตั้งครรภ์นอนหงาย สามีวางมือลงบนข้อเท้าปลายนิ้วชี้ขึ้นด้านบนในลักษณะประกบมือ ค่อยๆ ลูบขึ้นจนมือด้านในถึงบริเวณขาอ่อนด้านใน ส่วนมือด้านนอกลูบต่อไปจนถึงสะโพกและคลึงรอบๆ สะโพก จากนั้นมือทั้ง 2 ข้างลูบลงมาตามข้างขาจนกระทั่งถึงข้อเท้า ต่อจากนั้นใช้มือทั้ง 2 ข้างบีบนวดกล้ามเนื้อขาสลับกัน โดยมือหนึ่งบีบอีกมือหนึ่งปล่อย ค่อยๆ เลื่อนมือที่นวดจากเหนือข้อเท้าถึงต้นขา โดยไม่ยกมือออกจากขาหญิงตั้งครรภ์ในระหว่างที่กำลังบีบนวดอยู่ และนวดกลับมาที่ตำแหน่งเดิม ทำข้างละ 5 รอบ

4) การนวดบริเวณขาด้านหลัง การนวดบริเวณนี้จะช่วยบรรเทาอาการตึงและปวดบริเวณบั้นเอว ซึ่งเกิดจากการดึงรั้งเมื่อมดลูกมีการหดตัว การส่งกระแสประสาทจะส่งผ่านเส้นประสาทของขาด้านหลัง (Sciatic nerve) การนวดเป็นการกระตุ้นให้มีการปล่อยสารซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน คือ เอนดอร์ฟิน (endorphins) และ เอนเคฟาลิน (enkephalines)

โดยสารถีสามารถยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง (McCaffery, 1979) อีกทั้งการนวดบริเวณขาด้านหลังยังเป็นการกระตุ้นชั้นผิวหนังทำให้ใยประสาทเส้นใหญ่ถูกกระตุ้น ระบบควบคุมประตูในระดับไขสันหลังจะปิดประตูความเจ็บปวด จึงไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมอง (Melzack and Wall, 1965) การนวดให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคง สามีนั่งหรือยืนที่ปลายเตียง สามีวางมือลงที่ข้อเท้าด้านหลังของขาบน แล้วลูบขึ้นตามแนวกลางของขาด้านหลังขึ้นไปถึงก้นและรอบๆ สะโพกโดยลงน้ำหนักที่ฝ่ามือ แล้วลูบกลับตามแนวข้างของขาจนถึงข้อเท้า ทำข้างละ 5 รอบ จากนั้นใช้มือทั้ง 2 ข้างบีบนิ้วสลับกันเป็นจังหวะ และเลื่อนมือขึ้นโดยให้หัวแม่มืออยู่แนวกลางด้านหลังของขา นวดจากเอ็นร้อยหวายถึงต้นขา โดยไม่ยกมือออกจากขา ระวังอย่านวดใกล้อวัยวะเพศจนเกินไป และนวดกลับลงมา ทำข้างละ 5 รอบ จากนั้นให้หญิงตั้งครรภ์งอเข่าแล้ววางข้างหน้า และนวดขาล่างเช่นเดียวกับขาด้านบน

5) การนวดบริเวณหัวเหน่า การนวดบริเวณนี้จะช่วยบรรเทาอาการตึงและปวดบริเวณกระดูกเชิงกรานซึ่งเกิดจากการตั้งครรภ์เมื่อมดลูกมีการหดตัว และยังเป็น การกระตุ้นชั้นผิวหนังทำให้ใยประสาทเส้นใหญ่ถูกกระตุ้น ระบบควบคุมประตูจะปิดประตูความเจ็บปวดในระดับไขสันหลัง กระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดจากข่ายประสาทเชิงกราน (Pelvic plexus) จึงไม่ถูกส่งขึ้นสู่สมอง (Melzack and Wall, 1965) หญิงตั้งครรภ์จึงมีการรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง การนวดให้หญิงตั้งครรภ์อยู่ในท่านอนหงาย สามีนั่งอยู่ด้านข้างเตียง วางปลายนิ้วมือทั้ง 2 ข้างบริเวณด้านข้างของหัวเหน่า โดยให้หัวแม่มือชนกัน ใช้นิ้วมือทั้ง 4 กดเบาๆ บริเวณเหนือหัวเหน่าไปยังปุ่มกระดูกเชิงกรานด้านข้างทั้ง 2 ด้าน แล้วไล่มืออ้อมไปทางด้านหลังตามแนวกระดูกเชิงกรานด้านบน จนกระทั่งนิ้วมือมาชนกันบริเวณกระดูกไขสันหลังระดับเอว จากนั้นใช้ฝ่ามือลูบมาทางด้านหน้า โดยออกแรงกดเล็กน้อยตามบริเวณรอบๆ เอวมายังกระดูกหัวเหน่าเช่นเดิม ทำ 5 รอบ

นอกจากนี้การนวดโดยสามีซึ่งเป็นบุคคลที่หญิงตั้งครรภ์ไว้วางใจ และต้องการให้อยู่ใกล้ซิดในขณะเจ็บครรภ์คลอด ยังเป็นการประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ เพื่อสร้างความมั่นใจและขจัดความกลัวในขณะเจ็บครรภ์คลอด (Sherwen, 1999) และการนวดโดยเฉพาะจากสามีเป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัส ซึ่งทำให้ผู้คลอดรู้สึกอบอุ่น สุขสบายและช่วยเบี่ยงเบนความสนใจผู้คลอดจากอาการเจ็บครรภ์ เป็นการช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่กระตุ้นความรุนแรงของความเจ็บปวด ซึ่งได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับสมอง จึงส่งผลมาควบคุมความเจ็บปวด โดยการปิดประตูในระดับไขสันหลัง จึงเป็นการลดหรือไม่มีการส่งผ่านของกระแสประสาทความเจ็บปวดไปสู่สมอง (Nixon, 1997) ซึ่งเป็นการตัดวงจรความกลัว – ความเครียด – ความเจ็บปวด (Fear – Tension – Pain Cycle) (Dick – Read, 1984) เนื่องจากเมื่อความกลัวและความเครียดลดลงก็ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดก็ลดลงไปด้วย

## 11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุภาพ ไไทยแท้ และสัจจา ทาโต (2548) ศึกษาผลของการนวดต่อการลดความเจ็บปวดของผู้คลอด ในระยะที่ 1 ของการคลอดของหญิงครรภ์แรก ที่มาคลอดที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

Chang และคณะ (2002) ศึกษาผลของการนวดต่อระดับความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์คลอดในหญิงครรภ์แรกที่คลอดในโรงพยาบาลทางภาคใต้ ประเทศไต้หวัน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการนวดโดยพยาบาลในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน โดยในระหว่างช่วงแต่ละช่วงจะได้รับการนวดจากสามี และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

Kimber และคณะ (1998) ทำการสำรวจเกี่ยวกับการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการนวดในระยะคลอด โดยทำการสำรวจหญิงตั้งครรภ์จำนวน 230 คน ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้การยอมรับว่าการนวดเป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และแสดงพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดี

Field และคณะ (1997) ที่ได้ศึกษาแบบย้อนหลังถึงผลของการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอดจากรายงาน 19 ฉบับ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการนวดในระยะคลอดจะมีความวิตกกังวลลดลง มีการแสดงออกทางด้านร่างกายและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์ (2530) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดด้วยวิธีลามาสซ ต่อพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกของหญิงตั้งครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธี



ลามาซจากผู้วิจัยตั้งแต่ในระบะตั้งครรรค์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระบะคลอด และคะแนนสัมพันธ์ภวะระหว่างมารดาและทารกของผู้คลอดกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ประกายแก้ว ก๋าคำ (2534) ศึกษาผลของการช่วยเหลือของสามีต่อผู้คลอดครรรค์แรก ในระบะเจ็บครรรค์ ต่อการควบคุมตนเอง ความต้องการยาระบะบปวด ระยะเวลาในการคลอด และการรับรู้ประสปการณัการคลอดของผู้คลอดจำนวน 60 ราย ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการสอนเกี่ยวกับกระบวนการคลอดและวิธีการปฏิบัติตัวในระบะตั้งครรรค์และระบะคลอด และอนุญาตให้สามีซึ่งได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้คลอดมาแล้ว เข้าไปให้การช่วยเหลือผู้คลอดในระบะเจ็บครรรค์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีความสามารถในการควบคุมตนเองดีกว่า กลุ่มควบคุม มีความต้องการยาระบะบปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ระยะเวลาคลอดของกลุ่มทดลองสั้นกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และพบว่าการรับรู้ประสปการณัการคลอดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

อุษา เชื้อหอม (2534) ศึกษาผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และการรับรู้ประสปการณัคลอด ของหญิงครรรค์แรกที่มาฝากครรรค์และคลอดที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรรค์และการคลอด เหตุการณ์และความรู้สึกที่ต้องเผชิญ วิธีปฏิบัติตนในระบะคลอด วิธีการควบคุมการหายใจและการลูบหน้าท้องเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดขณะเจ็บครรรค์ วิธีเบ่ง และการพาหญิงตั้งครรรค์ไปทำความคุ้นเคยกับสภาพห้องคลอด ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนความเจ็บปวดระบะคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสปการณัคลอดของกลุ่ม ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

พรรณีภา รัชกุลศล (2537) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรรค์ในระบะคลอดและเจตคติที่มีต่อการคลอด ของหญิงที่มาฝากครรรค์และคลอดที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมคลอด การคลอด และฝึกปฏิบัติการควบคุมการหายใจและการลูบหน้าท้อง เพื่อให้เผชิญความ



เจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรี มีครรภ์ในระยะคลอด และคะแนนเจตคติที่มีต่อการคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

วัสสิกา เขือกโสมณ (2539) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อพัฒนาความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนดและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 30 ราย ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บปวด และความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองสูงกว่า และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

จารุวรรณ รังสิยานนท์ (2540) ศึกษาผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ จำนวน 20 ราย ได้รับการเตรียมเพื่อคลอดตามโปรแกรมที่กำหนด ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองของหญิงครรภ์แรกและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ของหญิงครรภ์แรกภายหลังการเตรียมเพื่อคลอดสูงกว่าก่อนการเตรียมเพื่อคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี (2542) ศึกษาผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียด และการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดโรงพยาบาลกลาง จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเครียดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ประทุมพร เพียรจริง และคณะ (2544) ศึกษาผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความรู้ และพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดในมารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 30 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอด ฝึกปฏิบัติเพื่อเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยการฝึกควบคุมการหายใจ การลูบหน้าท้อง การเพ่งจุดสนใจ และการบริหารร่างกาย และเมื่อเข้าห้องคลอดพยาบาลจะทบทวนและส่งเสริมการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์เพื่อเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดหลังการคลอดสูงกว่าก่อนเตรียมตัวคลอด มีค่าคะแนนพฤติกรรมที่แสดงความเจ็บปวดน้อย สามารถควบคุมตนเองได้ดี

สุจินดา ตรีเนตร (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง ราชบุรี จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี และกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมตัวตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกกลุ่มทดลองต่ำกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

พิณวดี พานทอง (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมตัวคลอดร่วมกับการสนับสนุนการคลอดแบบสอนแนะต่อความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลปากพูนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 40 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คู่ กลุ่มควบคุม 20 คู่ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อคลอดร่วมกับการสนับสนุนแบบสอนแนะ และกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมตัวตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดโดยแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ร้องเอะอะโวยวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ กระสับกระส่าย ไม่ให้ความร่วมมือในการคลอด ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารก ทำให้กระบวนการคลอดล่าช้า (Gorrie, McKinney and Murky, 1994) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดเพิ่มขึ้น ซึ่งวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดมีอยู่หลายวิธีด้วยกันทั้งวิธีการใช้ยาและการไม่ใช้ยา วิธีการใช้ยาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดนั้นจะมีผลข้างเคียงที่ไม่น่าพึงพอใจ คือ อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกได้จากฤทธิ์ข้างเคียง ซึ่งยาจะไปกดศูนย์หายใจของทารก และสำหรับตัวหญิงตั้งครรภ์เองฤทธิ์ข้างเคียงของยาอาจทำให้กระวนกระวาย มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ กระสับกระส่ายหรือง่วงนอนตลอดเวลา การคลอดไม่ก้าวหน้า ระยะเวลาของการคลอดยาวนานขึ้น (Dunnihoo, 1990) ส่วนการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด การอาบน้ำ การสัมผัสและการนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำ การฉีดยาได้ผิวหนังเพื่อลดอาการปวดหลัง การผ่อนคลาย การฟังจุดสนใจ การใช้จินตนาการ เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง และการใช้ดนตรี (Simpson and Creeham, 1996; Simkin and O' Hara, 2002) แต่ในยุคของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่บุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนจำกัด ทำให้การประยุกต์ใช้เทคนิคดังกล่าวอาจมีอุปสรรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยสามี ซึ่งการนวดจะไปกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ และจะไปกระตุ้นการทำงานของ เซลล์ จี เซล (Substantia gelatinosa : SG) ให้ไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทส่งต่อ (Transmission cell : T cell) ทำให้ไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดไปยังสมอง จึงปิดประตูความเจ็บปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) และการนวดยังกระตุ้นให้ร่างกายมีการปล่อยสารซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน คือ เอนดอร์ฟิน (Endorphines) และ เอนเคฟาลิน (Enkaphalines) ซึ่งสารนี้สามารถยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง ช่วยให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง นอกจากนี้การนวดโดยสามีซึ่งเป็นบุคคลที่หญิงตั้งครรภ์ไว้วางใจ และต้องการให้อยู่ใกล้ชิดในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด ยังเป็นการประคับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ เพื่อสร้างความมั่นใจและขจัดความกลัวในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด (Sherwen, 1999) และการนวดโดยเฉพาะจากสามีเป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัส ซึ่งทำให้ผู้คลอดรู้สึกอบอุ่น สุขสบายและช่วยเบี่ยงเบนความสนใจผู้คลอดจากการเจ็บครรภ์ เป็นการช่วยลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์ที่กระตุ้นความรุนแรงของความเจ็บปวด ซึ่งได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับสมอง จึงส่งผลมาควบคุมความเจ็บปวด โดยการปิดประตูในระดับไฮสตันหลัง จึงเป็นการลดหรือไม่มีการส่งผ่านของกระแสประสาทความเจ็บปวดไปสู่สมอง (Nixon, 1997) ซึ่งเป็นการตัดวงจรความกลัว – ความเครียด – ความเจ็บปวด (Fear – Tension – Pain Cycle)

(Dick – Read, 1984) เนื่องจากเมื่อความกลัวและความเครียดลดลงก็ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดก็ลดลงไปด้วย ดังนั้นการนวดโดยสามีจึงเป็นวิธีที่มีการใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้คลอด และเป็นบุคคลที่ผู้คลอดต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด (นันทา กาเลี้ยง, 2540) มาประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อคุณภาพการบริการ งานวิจัยนี้จึงเป็นการขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับการนวดในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งการให้สามีเป็นผู้นวดแก่หญิงตั้งครรภ์ นับเป็นการประยุกต์ใช้แหล่งประโยชน์ในครอบครัวที่พยาบาลควรให้ความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มคุณภาพในการให้บริการพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการนัดโดยสามี
<p><b>ขั้นเตรียมการทดลอง</b></p> <p>เป็นการเตรียมสามีให้มีความพร้อมในการนัดให้กับภรรยาขณะเจ็บครรภ์ โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 3-4 คู่ จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาประมาณครั้งละ 90 นาที ประกอบด้วย</p> <p><b>ครั้งที่ 1</b> 1) ขั้นตอนการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม 2) ขั้นตอนการให้ความรู้ ซึ่งเป็นการให้ความรู้และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์และสามีตามแผนการสอนเรื่องความเจ็บปวดในระยะคลอดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด 3) ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติการนัด ทั้งหมด 5 ท่า ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า 4) ขั้นสรุปเป็นการสรุปเนื้อหา แนะนำการใช้คู่มือการนัดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และการฝึกปฏิบัติการนัดที่บ้านรวมทั้งการใช้แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนัดของสามีและนัดพบในครั้งต่อไป</p> <p><b>ครั้งที่ 2</b> 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม 2) การทบทวนความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด 3) การประเมินการนัดของสามีจากแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนัดและแบบประเมินการนัด พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคของการนัด และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข 4) การทบทวนทักษะและฝึกปฏิบัติการนัดของสามีเพื่อเกิดความชำนาญ</p> <p>5) ขั้นสรุป</p> <p><b>ขั้นดำเนินการทดลอง</b> เป็นขั้นตอนที่หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดและเข้ารับการดูแลในห้องคลอด โดยสามีทำการนัดใน 3 ระยะ คือระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านรวมการนัดทั้งหมด 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที มีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้</p> <p>1) ผู้วิจัยทบทวนกระบวนการนัดกับสามี โดยให้สามีสาธิตวิธีการนัดและผู้วิจัยประเมินความถูกต้องก่อนดำเนินการนัดจริงด้วยแบบประเมินการนัด 2) เมื่อปากมดลูกของหญิงตั้งครรภ์เปิด 3 เซนติเมตร ซึ่งอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดช้า สามีดำเนินการนัด 5 ท่า คือ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า แต่ละท่าใช้เวลาการนัดประมาณ 5 นาที โดยทำการนัดทั้ง 5 ท่า เป็นเวลา 30 นาที เมื่อปากมดลูกเปิด 5 - 7 เซนติเมตร ซึ่งเป็นระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ผู้วิจัยจัดให้สามีดำเนินการนัดทั้ง 5 ท่า เป็นเวลา 30 นาที และเมื่อปากมดลูกเปิด 8 - 10 เซนติเมตร ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยจัดให้สามีดำเนินการนัดทั้ง 5 ท่า อีกครั้ง รวมจำนวนครั้งของการนัดทั้งหมด 3 ครั้ง ซึ่งในการนัดแต่ละระยะผู้วิจัยได้ประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดก่อนและหลังได้รับการนัดทุกครั้ง</p> <p><b>ขั้นสิ้นสุดการทดลอง</b> แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการทดลอง และให้สามีรอหญิงตั้งครรภ์อยู่ภายนอกห้องคลอด โดยหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลตามปกติจนกระทั่งคลอด</p>

ความ  
เจ็บปวดใน  
ระยะคลอด



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม วัตต์แบบอนุกรมเวลามีการให้สิ่งทดลองซ้ำ (Control group time series with multiple replication design) (Polit and Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการนัดโดยสามมีต่อการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ที่มาคลอดบุตรที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

$$\begin{array}{cccccc} O_1 \times O_2 & O_3 \times O_4 & O_5 \times O_6 \\ O_7 & O_8 & O_9 & O_{10} & O_{11} & O_{12} \end{array}$$

X	หมายถึง	โปรแกรมการนัดโดยสามมี
O <sub>1</sub>	หมายถึง	คะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองก่อนได้รับการนัด ใน ระยะปากมดลูกเปิดช้า
O <sub>2</sub>	หมายถึง	คะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองหลังได้รับการนัด ในระยะปากมดลูกเปิดช้า
O <sub>3</sub>	หมายถึง	คะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองก่อนได้รับการนัด ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว
O <sub>4</sub>	หมายถึง	คะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองหลังได้รับการนัด ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว
O <sub>5</sub>	หมายถึง	คะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองก่อนได้รับการนัด ในระยะเปลี่ยนผ่าน
O <sub>6</sub>	หมายถึง	คะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองหลังได้รับการนัด ในระยะเปลี่ยนผ่าน
O <sub>7</sub> , O <sub>8</sub>	หมายถึง	คะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้าของกลุ่มควบคุม
O <sub>9</sub> , O <sub>10</sub>	หมายถึง	คะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มควบคุม
O <sub>11</sub> , O <sub>12</sub>	หมายถึง	คะแนนความเจ็บปวดในระยะเปลี่ยนผ่านของกลุ่มควบคุม

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรในการศึกษา คือ หญิงครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์และคลอดบุตรที่โรงพยาบาล

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ หญิงครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2549 ถึงวันที่ 28 สิงหาคม 2549 จำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

### ด้านหญิงตั้งครรภ์

1. มีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยและขอรับการนัด
2. เป็นหญิงครรภ์แรก มีอายุระหว่าง 18 – 35 ปี
3. ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 37-38 สัปดาห์
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น PIH, Bleeding, Pyelonephritis, Infection
5. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด และการใช้ภาษาไทย
6. ได้รับความเห็นชอบจากแพทย์

### ด้านสามี

1. สามีพาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์
2. มีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย
3. มีความยินดีในการนัดให้ภรรยา

การศึกษาคั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) (Cochran and Cox, 1992; Tabachnick and Fidell, 1996; Machin et al., 1997) โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม (สุภาพ ไทยแท้ และสัจจา ทาโต, 2548) เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบ 90% ที่ระดับนัยสำคัญ .01 พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการอย่างน้อย กลุ่มละ 21 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 25 คน รวมทั้งหมด 50 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Random sampling) ด้วยการจับสลากสุ่มวันในหนึ่งสัปดาห์ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้คลอดที่มาฝากครรภ์ในวันจันทร์ วันอังคาร วันพุธ เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้คลอดที่มาฝากครรภ์ในวันพฤหัสบดี วันศุกร์ เป็นกลุ่มควบคุม จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

(Matched pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อระดับความเจ็บปวด โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Mann, 2001) ได้แก่ ระดับการศึกษา และระดับสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีและภรรยา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด (เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2532)

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยจัดแบ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Random sampling) ด้วยการจับสลากสุ่มวันในหนึ่งสัปดาห์ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้คลอดที่มาฝากครรภ์ในวันจันทร์ วันอังคาร วันพุธ เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้คลอดที่มาฝากครรภ์ในวันพฤหัสบดี วันศุกร์ เป็นกลุ่มควบคุม

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยฝากครรภ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างวันละ 3-4 คู่

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Matched pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อระดับความเจ็บปวด โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Mann, 2001) ได้แก่ ระดับการศึกษา และระดับสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีและภรรยา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด (เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2532) ดังนี้

3.1 ระดับการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ระดับประถมศึกษา 2) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 3) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และ 4) ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า เนื่องจากความทนทานต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายมีความแตกต่างกันตามระดับสติปัญญา กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูง จะทนต่อความเจ็บปวดได้น้อย ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Fridh et.al., 1988) จะมีความรู้สึกเจ็บปวดช้า และทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่า

3.2 ระดับสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีและภรรยา แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ไม่มีข้อขัดแย้ง 2) มีข้อขัดแย้งบ้าง และ 3) มีข้อขัดแย้งเป็นประจำ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีความสุขในชีวิตสมรสจะมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ตรงกันข้ามถ้าหญิงตั้งครรภ์ที่มีชีวิตสมรสที่ล้มเหลวจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งอาจก่อให้เกิดความคับข้องใจอันจะส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด และมีความพึงพอใจต่อการคลอดน้อยลง ตรงกันข้ามกับสัมพันธ์ภาพที่ดีในชีวิตสมรสจะก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการตั้งครรภ์และมักจะไม่มมีปัญหาในระยะตั้งครรภ์ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอดด้วย (วันเพ็ญ กุลนริศ, 2530)

## เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย

เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะอยู่ระหว่างการร่วมโปรแกรมการนวดโดยสามี เช่น มีภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ การได้รับยาระงับปวด ไม่มีความก้าวหน้าของการคลอดและได้รับยาเร่งคลอด สามีทำการนวดไม่ครบ 3 ครั้ง หรือคลอดก่อนสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการนวดโดยสามี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองถูกคัดออกจากการวิจัย 5 ราย เนื่องจาก มีภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ 2 ราย ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้าและได้รับยาเร่งคลอด 2 ราย และคลอดก่อนสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการนวดโดยสามี 1 ราย

สำหรับในกลุ่มควบคุมไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกจากการวิจัย และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ขอ ยาระงับปวด

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หญิงตั้งครรภ์และสามีที่เข้าร่วมโครงการได้รับการพิทักษ์สิทธิโดยเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ภายหลังจากได้รับการแนะนำตน บอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายว่า ข้อมูลที่ได้นำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างการวิจัยหญิงตั้งครรภ์จะไม่ได้รับยาระงับปวดใดๆ แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์ต้องการได้รับการช่วยเหลือด้วยการใช้ยาระงับปวด การวิจัยจะยุติทันที และหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการพยาบาลตามปกติต่อไป ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการใช้ยาระงับปวด หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

**ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการนัดโดยสามมี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการใช้ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด (Chang, 2002; สุภาพ ไทยแท้ และสัจจา ทาโต, 2548) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเจ็บปวดในระยะคลอดและการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

2. กำหนดขั้นตอนการทำกิจกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยวิธีการนัด การพัฒนาทักษะในการนัดของสามมีเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ การฝึกปฏิบัติการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดของสามมีอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการประเมินผลการนัดของสามมีเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์

3. กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุมเรื่อง สาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะต่างๆ ของการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา บทบาทของสามมีในการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

4. สร้างโปรแกรมการนัดโดยสามมี โดยกำหนดการกระทำกิจกรรมทั้งหมด 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนเตรียมการทดลอง แบ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย และการเตรียมสามมีให้มีความพร้อมในการนัด

การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาและฝึกปฏิบัติการนัดจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในโครงการอบรมการนัดไทยเพื่อส่งเสริมสุขภาพในครอบครัว ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนตาปี เครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 3 วัน และผู้วิจัยได้ทำการฝึกปฏิบัติการนัดให้กับหญิงตั้งครรภ์จำนวน 5 ราย เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนทำการสอนสามมีให้มีความพร้อมในการนัดให้กับหญิงตั้งครรภ์

การเตรียมสามมี ให้มีความพร้อมในการนัดให้กับภรรยาขณะเจ็บครรภ์ โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 3-4 คู่ จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาประมาณครั้งละ 90 นาที ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 36 – 37 สัปดาห์

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย

2. ขั้นตอนการให้ความรู้ ซึ่งเป็นการให้ความรู้และคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์และสามมีตามแผนการสอนเรื่องความเจ็บปวดในระยะคลอดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยใช้ภาพพลิกและคู่มือการนัดประกอบการสอน ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุการ



เกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะต่างๆ ของการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา บทบาทของสามีในการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ด้วยวิธีการนวดทั้งหมด 5 ท่า ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า

3. ขั้นการฝึกปฏิบัติการนวด ประกอบด้วยการนวดทั้งหมด 5 ท่า ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า โดยผู้วิจัยสาธิตและให้สามีทำการฝึกปฏิบัติการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ขณะทำการสอน

4. ขั้นสรุป เป็นการสรุปเนื้อหา แนะนำการใช้คู่มือการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และการฝึกปฏิบัติการนวดที่บ้าน รวมทั้งการใช้แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวดของสามีและนัดหมายครั้งต่อไปตามวันนัดฝากครรภ์

### ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 37 – 38 สัปดาห์

1. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม  
2. การทบทวนความรู้เกี่ยวกับ ความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

3. การประเมินการนวดของสามีจากแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวด และแบบประเมินการนวด พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคของการนวดและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

4. การทบทวนทักษะและฝึกปฏิบัติการนวดของสามีเพื่อเกิดความชำนาญ ทั้ง 5 ท่า คือ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า

5. ขั้นสรุป เป็นการสรุปเนื้อหา ทบทวนการใช้คู่มือการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และการฝึกปฏิบัติการนวดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งทบทวนการใช้แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวดของสามีอีกครั้ง และนัดหมายพบกับกลุ่มตัวอย่างและสามีที่ห้องคลอดเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด

### 2) ขั้นตอนการทดลอง

เป็นขั้นตอนที่หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด และเข้ารับการดูแลในห้องคลอด โดยสามีทำการนวดใน 3 ระยะ คือระยะปากมดลูกเปิดช้า (ปากมดลูกเปิด 3 – 4 เซนติเมตร) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 5 – 7 เซนติเมตร) และระยะเปลี่ยนผ่าน (ปากมดลูกเปิด 8 – 10 เซนติเมตร) รวมการนวดทั้งหมด 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที มีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนกระบวนการนวดกับสามี โดยให้สามีสาธิตวิธีการนวด และผู้วิจัยประเมินความถูกต้องก่อนดำเนินการนวดจริงด้วยแบบประเมินการนวด หากสามีนวดไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยทำการสาธิตการนวดและให้สามีสาธิตย้อนกลับจนกว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้อง

2. ผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจภายในเพื่อประเมินการเปิดของปากมดลูก เมื่อปากมดลูกของหญิงตั้งครรภ์เปิด 3 เซนติเมตร ซึ่งอยู่ในระยะปากมดลูกเปิดช้า สามีดำเนินการนวดทั้ง 5 ท่า คือ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า แต่ละท่าใช้เวลาการนวดประมาณ 5 นาที ทั้งนี้หากหญิงตั้งครรภ์มีความประสงค์จะให้ นวดเฉพาะบริเวณ สามีสามารถปรับเวลาของการนวดในแต่ละบริเวณให้สอดคล้องกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ขณะทำการนวด สามีสังเกตสีหน้า และสอบถามความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์เป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ใช้แรงในการนวดได้เหมาะสมตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ โดยทำการนวดทั้ง 5 ท่า เป็นเวลา 30 นาที จากนั้นผู้ช่วยวิจัยจะทำการตรวจภายในเพื่อประเมินการเปิดของปากมดลูก เมื่อปากมดลูกเปิด 5 - 7 เซนติเมตร ซึ่งเป็นระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ผู้วิจัยจัดให้สามีดำเนินการนวดทั้ง 5 ท่า เป็นเวลา 30 นาที และเมื่อปากมดลูกเปิด 8 - 10 เซนติเมตร ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยจัดให้สามีดำเนินการนวดทั้ง 5 บริเวณอีกครั้ง รวมจำนวนครั้งของการนวดทั้งหมด 3 ครั้ง โดยในระหว่างช่วงของการนวดผู้วิจัยให้สามีไปอยู่ในห้องที่ผู้วิจัยจัดไว้

วิธีการนวดทั้ง 5 บริเวณ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การลูบหน้าท้อง เพื่อลดความเจ็บปวดบริเวณหน้าท้องและสะดือขณะที่มดลูกหดตัว ทำโดยเมื่อมดลูกเริ่มหดตัวให้ผู้คลอดห่อมือลักษณะนิ้วมือชิดกัน วางมือทั้ง 2 ข้างบริเวณหัวเหน่า ลูบมือขึ้นด้านข้างของหน้าท้องเบาๆ พร้อมทั้งหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ จนมือทั้ง 2 ข้างมาพบกันบริเวณยอดอก เมื่อมดลูกคลายตัวลูบมือทั้ง 2 ข้างลงกลับไปที่เดิมพร้อมหายใจออกช้าๆ ยาวๆ เปิดปากเล็กน้อย เมื่อหายใจเข้าและออก 1 ครั้ง ก็จะลูบหน้าท้องเสร็จ 1 รอบ ใช้เวลาในการลูบหน้าท้องประมาณ 5 นาที

2) การนวดบริเวณก้นกบ ให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคง สามีนั่งอยู่ข้างเตียงใช้นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้าง วางแนวข้างขี้ดกระดูกกระเบนเหน็บ วางฝ่ามือทั้ง 2 ข้างแนบบริเวณเหนือกระดูกเชิงกราน ใช้นิ้วหัวแม่มือขนาดคลึงเป็นวงกลมอย่างต่อเนื่องเป็นวงกลมเล็กๆ ด้วยแรงกดในทิศวนออกจากแนวกระดูกสันหลัง โดยทำอย่างต่อเนื่องไปจนถึงกระดูกก้นกบ จากนั้นใช้นิ้วหัวแม่มือออกแรงกดขึ้นข้างบนซ้ำๆ เพื่อกลับมายังตำแหน่งเดิม ทำ 5 ครั้ง ต่อจากนั้นให้ผู้นวดกำมือและใช้หลังมือขนาดเล็กๆ เป็นวงกลมที่บริเวณก้นกบขณะที่มดลูกมีการหดตัว ลงน้ำหนักมือที่หลังมือให้คงที่และสม่ำเสมอ (อาจนวดเป็นเลขแปด โดยกดน้ำหนักมือค่อนข้างแรงขณะวนมือเป็นรูปเลขแปดวงเล็ก แล้วค่อยๆ เบาแรงกดเมื่อวนเป็นรูปเลขแปดวงใหญ่ขึ้น) ทำ 5 ครั้ง

3) การนวดบริเวณขาด้านหน้า สามีนั่งหรือยืนที่ปลายเตียง หญิงตั้งครรภ์นอนหงาย สามีมองมือลงบนข้อเท้าปลายนิ้วชี้ขึ้นด้านบนในลักษณะประกบมือ ค่อยๆ ลูบขึ้นจนมื่อด้านในถึงบริเวณขาอ่อนด้านใน ส่วนมื่อด้านนอกลูบต่อไปจนถึงสะโพกและคลึงรอบๆ สะโพก จากนั้นมือทั้ง 2 ข้างลูบลงมาตามข้างขาจนกระทั่งถึงข้อเท้า ต่อจากนั้นใช้มือทั้ง 2 ข้างบีบนิ้วดกกล้ามเนื้อขา สลับกัน โดยมื่อหนึ่งบีบอีกมื่อหนึ่งปล่อย ค่อยๆ เลื่อนมื่อที่นวดจากเหนือข้อเท้าถึงต้นขา โดยไม่ยกมื่อออกจากขาหญิงตั้งครรภ์ในระหว่างที่กำลังบีบนิ้วดกอยู่ และนวดกลับมาที่ตำแหน่งเดิม ทำข้างละ 5 รอบ (การบีบนิ้วดกของมื่อทั้ง 2 ข้าง ต้องทำสลับกันอย่างต่อเนื่องและราบเรียบเหมือนนวดแป้งทำขนม)

4) การนวดบริเวณขาด้านหลัง ให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคง สามีนั่งหรือยืนที่ปลายเตียง สามีมองมือลงที่ข้อเท้าด้านหลังของขาบน แล้วลูบขึ้นตามแนวกลางของขาด้านหลังขึ้นไปถึงก้นและรอบๆ สะโพกโดยลงน้ำหนักที่ฝ่ามือ แล้วลูบกลับตามแนวข้างของขาจนถึงข้อเท้า ทำข้างละ 5 รอบ จากนั้นใช้มือทั้ง 2 ข้างบีบนิ้วดกสลับกันเป็นจังหวะ และเลื่อนมื่อขึ้นโดยให้หัวแม่มืออยู่แนวกลางด้านหลังของขา นวดจากเอ็นร้อยหวายถึงต้นขา โดยไม่ยกมื่อออกจากขา ระวังอย่านวดใกล้อวัยวะเพศจนเกินไป และนวดกลับลงมา ทำข้างละ 5 รอบ จากนั้นให้หญิงตั้งครรภ์งอเข่าแล้ววางข้างหน้า และนวดขาล่างเช่นเดียวกับขาด้านบน หากไม่ถนัดให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงอีกข้าง

5) การนวดบริเวณหัวเข่า หญิงตั้งครรภ์อยู่ในท่านอนหงาย สามีนั่งอยู่ด้านข้างเตียง วางปลายนิ้วมื่อทั้ง 2 ข้างบริเวณด้านข้างของหัวเข่า โดยให้หัวแม่มือชนกัน ใช้นิ้วมื่อทั้ง 4 กดเบาๆ บริเวณเหนือหัวเข่าไปยังปุ่มกระดูกเชิงกรานด้านข้างทั้ง 2 ด้าน แล้วไล่มื่ออ้อมไปทางด้านหลังตามแนวกระดูกเชิงกรานด้านบน จนกระทั่งนิ้วมื่อมาชนกันบริเวณกระดูกไขสันหลังระดับเอว จากนั้นใช้ฝ่ามือลูบมาทางด้านหน้า โดยออกแรงกดเล็กน้อยตามบริเวณรอบๆ เอวมายังกระดูกหัวเข่าเช่นเดิม ทำ 5 รอบ เมื่อนวดครบหมดทุกท่าแล้ว ผู้วิจัยดูแลให้หญิงตั้งครรภ์นอนพัก และให้เริ่มเคลื่อนไหวช้าๆ ซึ่งในการนวดแต่ละรอบจะมีการประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดก่อนและหลังได้รับการนวดทุกครั้ง

3) ขึ้นสิ้นสุดการทดลอง แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการทดลอง และให้สามีนอนหญิงตั้งครรภ์อยู่ภายนอกห้องรอกคลอด โดยหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลตามปกติจนกระทั่งคลอดและย้ายออกจากห้องคลอด

5. จัดทำแผนการสอนเรื่องความเจ็บปวดในระยะคลอดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด เนื้อหาครอบคลุมสาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะต่างๆ ของการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา บทบาทของสามีนในการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนหญิงตั้งครรภ์และสามีสามารถ

- 1) อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้
- 2) อธิบายระยะต่างๆ ของการคลอดได้
- 3) บอกถึงวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้
- 4) สามารถนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้

6. จัดทำภาพพลิกประกอบการสอนตามแผนการสอน เรื่อง ความเจ็บปวดในระยะคลอดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

7. จัดทำคู่มือการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ คือ ความหมายของการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอด สาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด อาการเจ็บครรภ์จริงเจ็บครรภ์เตือน ระยะต่างๆ ของการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด บทบาทของสามีในการนัดเพื่อความเจ็บปวดในระยะคลอด การนัดเพื่อความเจ็บปวดในระยะคลอดทั้ง 5 ท่า

8. จัดทำคู่มือการเตรียมสามี โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเรื่อง การนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมที่แผนกฝากครรภ์ 2 ครั้ง ซึ่งเป็นการเตรียมสามีให้มีความพร้อมในการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด และจัดกิจกรรมที่แผนกห้องคลอด 1 ครั้ง ซึ่งเป็นการทบทวนการฝึกปฏิบัติการนัดเมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์และเข้ารับการดูแลในห้องคลอด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการนัดโดยสามีที่ประกอบด้วย แผนการสอน ภาพพลิก คู่มือการนัด และคู่มือการเตรียมสามี ที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังแสดงรายชื่ออยู่ในภาคผนวก ก โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ให้ปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้ง่ายต่อการเข้าใจ
2. แก้ไขเนื้อหา โดยลดเนื้อหาบางส่วนออกไป

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการนวดโดยสามีตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out)

จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดเป็นรายกลุ่ม 5 คู่ เพื่อประเมินแผนการสอน ความเหมาะสมของท่านวด คู่มือการนวด คู่มือการเตรียมสามี และทดสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) เพื่อความแจ่มชัดของภาษา และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำมาใช้จริง

ผลของการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) พบว่า หญิงตั้งครรภ์และสามีให้ความสนใจและร่วมมือในการจัดกิจกรรมเป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้ให้หญิงตั้งครรภ์และสามีประเมินผลการใช้โปรแกรมการนวดโดยสามี พบว่า ในด้านภาษาที่ใช้ หญิงตั้งครรภ์และสามีบอกว่าภาษาที่ใช้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย เนื้อหาที่มีความเหมาะสมเข้าใจง่าย ภาพพลิกที่ใช้ในการสอนมีความสวยงาม ดึงดูดใจ สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และมีรูปภาพประกอบการบรรยายทำให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น รวมทั้งขั้นตอนในการสาธิตมีการสาธิตจริงโดยผู้วิจัย และได้ฝึกปฏิบัติจริง ทำให้มองเห็นภาพและเกิดความเข้าใจมากขึ้น และคู่มือที่ใช้ในการสอนมีความเหมาะสมทั้งในด้านเนื้อหาและรูปภาพประกอบ ซึ่งช่วยในการทบทวนและการฝึกปฏิบัติขณะสอนได้เป็นอย่างดี

## ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ชื่อ – สกุล อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ที่อยู่ปัจจุบัน ระดับสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีและภรรยา

2. แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด ชนิด Visual Analogue Scale (VAS) เป็นแบบวัดระดับความเจ็บปวดที่ผู้วิจัยนำมาจาก แบบวัดความเจ็บปวดในระยะคลอดจากการศึกษาของ Revill และคณะ (1976) มีค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ .95 มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความต่อเนื่องยาว 10 เซนติเมตร แต่ละข้างแสดงความเป็นที่สุดของความเจ็บปวด คือ ตั้งแต่ไม่ปวดเลย (0 คะแนน) จนถึงปวดมากที่สุด (100 คะแนน) โดยให้หญิงตั้งครรภ์ขีดเส้นตรงลงบนจุดที่ตรงกับระดับความรู้สึกเจ็บปวด แล้ววัดความยาวจากจุดเริ่มต้นถึงจุดที่กากบาท หน่วยเป็นมิลลิเมตร และให้คะแนนตามความยาวที่วัดได้โดยกำหนดให้ความยาว 1 มิลลิเมตรเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีความเจ็บปวดมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความเจ็บปวดน้อย



## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

แบบวัดระดับความเจ็บปวดชนิด Visual Analogue Scale เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดย Meizack (1978) เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน และมีการนำมาใช้ประเมินความเจ็บปวดในประชากรกลุ่มต่างๆ หลากหลาย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดระดับความเจ็บปวดชนิด Visual Analogue Scale ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .95 โดยได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาความเหมาะสมของแบบวัดระดับความเจ็บปวดชนิด Visual Analogue Scale แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมของเครื่องมือในการประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังแสดงรายชื่ออยู่ในภาคผนวก ก

### ผลการประเมินความเหมาะสมของแบบวัดระดับความเจ็บปวดชนิด Visual Analogue Scale

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นว่าแบบวัดระดับความเจ็บปวดชนิด Visual Analogue Scale มีความเหมาะสมในการประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์

### 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบวัดระดับความเจ็บปวดชนิด Visual Analogue Scale เป็นแบบวัดที่ได้มาตรฐาน สามารถใช้วัดความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันได้ดี มีความเที่ยงสูง (Mc Guire, 1984) ซึ่งจากการศึกษาของ Revill และคณะ (1976) ได้หาความเที่ยงแบบวัดซ้ำ ในหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอดจำนวน 20 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 และวัสถิกา เผือกโสมณ (2539) ได้นำแบบวัดนี้มาวัดระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกโดยหาความเที่ยงแบบวัดซ้ำ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 เช่นเดียวกัน หลังจากนั้นได้มีผู้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์ โดยมีได้หาความเที่ยง ได้แก่ วรศักดิ์ สายโกสุม และคณะ (2539) มัณฑนา กัลยา (2543) สุจินดา ตรีเนตร (2544) อย่างไรก็ตาม อรทัย สิงห์คำ (2548) ได้นำแบบวัดนี้มาใช้ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยการวัดซ้ำ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (r) เป็น .99

### ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

1. **แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวดของสามี** เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามีใช้บันทึกหลังการปฏิบัติการนวดให้กับภรรยา เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการฝึกปฏิบัติการนวด ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการลงบันทึก และขอความร่วมมือจากสามีในการฝึกปฏิบัติทุกวันวันละ 1 ครั้ง และลงบันทึกตามที่ได้ปฏิบัติจริง แล้วนำแบบบันทึกกลับมาให้ตรวจสอบเมื่อมารับบริการที่แผนกฝากครรภ์หรือห้องคลอด

#### เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง

1. ในแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวดของสามี ต้องมีการลงบันทึกมากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนวันทั้งหมดนับตั้งแต่สามีได้รับการฝึกปฏิบัติการนวดครั้งแรก

2. ถ้าสามีไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยได้มีการทบทวนปัญหาอุปสรรคและให้ฝึกทักษะใหม่อีกครั้ง จนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทั้ง 25 คน ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง คือ มีการฝึกปฏิบัติการนวดที่บ้านตามที่ผู้วิจัยกำหนด คือ มากกว่าร้อยละ 80

2. **แบบประเมินการนวด** เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความถูกต้องของทักษะการนวดจากสามี ประกอบด้วยข้อคำถามในแต่ละท่าๆ ละ 5 ข้อ รวมทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งจะมีการประเมินการนวดของสามี 2 ครั้ง คือ 1) เมื่อสามีพาหญิงตั้งครรภ์มารับบริการในห้องคลอด โดยประเมินทักษะการนวดทั้ง 5 ท่า 2) ขณะสามีทำการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ 3 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ลักษณะแบบประเมินการนวดเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้อง (1 คะแนน) และปฏิบัติไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)

#### เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง

1. สามีจะต้องปฏิบัติได้ถูกต้องตามแบบประเมินการนวดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

2. ถ้าสามีไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยให้ฝึกทักษะใหม่อีกครั้ง จนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง และขณะทำการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ สามีจะต้องนวดทั้ง 5 ท่า จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 22 คน ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง คือ ปฏิบัติได้ถูกต้องตามแบบประเมินการนวด ส่วนอีก 3 คน ปฏิบัติไม่ถูกต้องในการวางมือท่าที่ 5 การนวดบริเวณหัวไหล่ ขณะประเมินทักษะในห้องรอกคลอด ผู้วิจัยได้ทบทวนและให้สามีสามีปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทั้ง 3 คน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และนำแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวดและแบบประเมินการนวดไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังแสดงรายชื่ออยู่ในภาคผนวก ก

**ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา** สามารถสรุปผลดังนี้ คือ

แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวดมีความเหมาะสมในการใช้บันทึก เพื่อกำกับการทดลอง แบบประเมินการนวดมีความเหมาะสมในการใช้ประเมินการนวดเพื่อกำกับการทดลอง

#### กระบวนการดำเนินการทดลอง

เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2549 ถึง 28 สิงหาคม 2549 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้  
**ขั้นเตรียมการทดลอง** ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

#### กลุ่มควบคุม (อายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์)

1. ผู้วิจัยติดต่อหญิงตั้งครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ในวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ สร้างสัมพันธภาพแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือและยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย หากหญิงตั้งครรภ์และสามียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้สามีสามีและหญิงตั้งครรภ์เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Inform Consent Form) โดยหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดีทุกราย

2. หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากหญิงตั้งครรภ์และสามีแล้ว ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และสามี

3. หญิงตั้งครรภ์และสามีได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ ได้รับการตรวจครรภ์และการให้ความรู้เรื่องการเตรียมตัวเพื่อการคลอด จากพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยฝากครรภ์

**กลุ่มทดลอง** แบ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย และการเตรียมสามีให้มีความพร้อมในการนวด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. **การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย** โดยผู้วิจัยได้ศึกษาและฝึกปฏิบัติการนวดจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในโครงการอบรมการนวดไทยเพื่อส่งเสริมสุขภาพในครอบครัว ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนตาปี เครือข่ายโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 3 วัน และผู้วิจัยได้ทำการฝึกปฏิบัติการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์จำนวน 5 ราย เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนที่จะทำการสอนสามีให้มีความพร้อมในการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์

2. **การเตรียมสามี** ให้มีความพร้อมในการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ขณะเจ็บครรภ์คลอด ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมซึ่งแต่ละครั้งเป็นการจัดกิจกรรมรายกลุ่ม กลุ่มละ 3-4 คู่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

**ครั้งที่ 1** (อายุครรภ์ 36 – 37 สัปดาห์) เป็นการจัดกิจกรรมรายกลุ่มๆ ละ 3-4 คู่ ใช้เวลาประมาณครั้งละ 90 นาที

1. ผู้วิจัยติดต่อหญิงตั้งครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ในวันจันทร์ วันอังคาร และวันพุธ สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ซึ่งแจงด่วนประสงค์ ขอความร่วมมือและยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย หากหญิงตั้งครรภ์และสามียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้สามีและหญิงตั้งครรภ์เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Inform Consent Form) โดยหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดีทุกราย

2. หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากหญิงตั้งครรภ์และสามีแล้ว ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และสามี

3. ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากตรวจครรภ์เสร็จแล้วให้มารวมกันที่ห้องสอนสุขศึกษาที่มีขนาดพอเหมาะในการจัดกิจกรรมกลุ่ม แล้วแนะนำให้สมาชิกภายในกลุ่มรู้จักกัน เพื่อสร้างความเป็นกันเอง ซึ่งหญิงตั้งครรภ์และสามีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างดียิ่งใช้เวลาประมาณ 5 นาที

4. การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามีตามแผนการสอนเรื่องความเจ็บปวดในระยะคลอด และการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยการบรรยาย ร่วมกับการใช้ภาพพลิกและคู่มือการนวดประกอบการสอนที่ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ ความเจ็บปวดในระยะคลอด สาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา บทบาทของสามีในการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยวิธีการนวดทั้งหมด 5 ท่า ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า

5. การพัฒนาทักษะในการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยสามี ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยสาธิตการนวด และให้สามีฝึกปฏิบัติการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์จริงจนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยฝึกปฏิบัติการนวดทั้ง 5 ท่า

6. เปิดโอกาสให้ซักถาม และแนะนำการใช้คู่มือการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และการฝึกปฏิบัติการนวดที่บ้าน รวมทั้งการใช้แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวดของสามี ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

7. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งนัดหมายหญิงตั้งครรภ์และสามีในอีก 1 สัปดาห์ ซึ่งเป็นไปตามนัดของโรงพยาบาล เพื่อดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 2

สรุป ภายหลังจากการดำเนินการทดลองครั้งที่ 1 หญิงตั้งครรภ์และสามีทุกคนมีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติการนวดเป็นอย่างดี มีการแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บปวดในระยะคลอด และมองเห็นความสำคัญในการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างจริงจัง หญิงตั้งครรภ์และสามีทุกคนตั้งใจฟังการบรรยาย ตั้งใจดูการสาธิต มีความกระตือรือร้นในการสาธิตย้อนกลับ ตอบคำถาม และสามารถฝึกปฏิบัติการนวดได้อย่างถูกต้องทั้ง 5 ท่า หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความเห็นว่า การสาธิตโดยผู้วิจัยและให้สามีได้ฝึกปฏิบัติการนวดจริงจนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องนั้น ทำให้มองเห็นภาพการนำไปปฏิบัติอย่างชัดเจน เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยคู่มือที่ผู้วิจัยแจกให้สามารถช่วยทบทวนการปฏิบัติได้เป็นอย่างดีเมื่อนำไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน และหญิงตั้งครรภ์และสามีทุกคนยินดีเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 2** (อายุครรภ์ 37 – 38 สัปดาห์) เป็นการจัดกิจกรรมรายกลุ่ม กลุ่มละ 3 – 4 คู่ ใช้เวลาประมาณ 90 นาที

1. ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับสมาชิกกลุ่ม สร้างสัมพันธภาพโดยการทักทายพูดคุย

2. ผู้วิจัยซักถามหญิงตั้งครรภ์และสามีเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด พร้อมทั้งทบทวนความรู้เพิ่มเติมตามแผนการสอนเรื่องความเจ็บปวดในระยะคลอดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

3. ผู้วิจัยประเมินการฝึกปฏิบัติการนวดของสามีขณะอยู่ที่บ้านจากแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวด พบว่า สามีจำนวน 22 ราย สามารถดำเนินการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้ดี คือ สามีทำการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้ทุกวันตามระยะเวลาที่กำหนด ส่วนสามี 3 ราย มีการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ไม่สม่ำเสมอ โดยมี 2 วัน ที่ไม่ได้ทำการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากต้องไปต่างจังหวัด แต่จากการประเมินโดยรวมสามีมีการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างสม่ำเสมอ



4. ผู้วิจัยประเมินการนัดของสามีทั้งการวางมือ การลงน้ำหนักมือ จำนวนครั้งที่นัด จังหวะในการนัด และความถูกต้องของท่านัด โดยใช้แบบประเมินการนัด โดยให้สามีทำการนัดให้หญิงตั้งครรภ์บริเวณ 5 แห่ง ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่าจากการประเมินพบว่า สามีจำนวน 23 ราย สามารถดำเนินการนัดให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้องตามแบบประเมินการนัด ส่วนสามี 2 ราย พบว่า รายที่ 1 ทำการนัดให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้ทั้ง 5 ท่าโดยแต่ละท่าไม่ได้เรียงลำดับตามโปรแกรมการนัด รายที่ 2 การวางมือยังไม่ตรงตำแหน่งในท่าการนวดบริเวณ หัวเหน่าและการลงน้ำหนักมือยังไม่เพียงพอ ผู้วิจัยพร้อมด้วยสามีและหญิงตั้งครรภ์จึงทบทวนทักษะการนัดอีกครั้ง โดยผู้วิจัยทำการสาธิตและให้สามีสาธิตย้อนกลับทีละท่า จนครบทั้ง 5 ท่า ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า ซึ่งการทบทวนการฝึกปฏิบัติการนัดทั้ง 5 ท่า สามีและหญิงตั้งครรภ์ทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้ทำการเสริมแรงโดยการให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน เพื่อให้สามีฝึกปฏิบัติการนัดให้กับหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องต่อไป จนเกิดความชำนาญ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

5. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาอื่นๆ เพิ่มเติม ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

6. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งทบทวนการใช้คู่มือการนัดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และการฝึกปฏิบัติการนัดที่บ้าน รวมทั้งการใช้แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนัดของสามีอีกครั้ง และนัดหมายพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องคลอดเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด

สรุป ภายหลังจากการดำเนินการทดลองครั้งที่ 2 หญิงตั้งครรภ์และสามีร้อยละ 92 ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทั้ง 2 เกณฑ์ คือ สามีมีการฝึกปฏิบัติการนัดได้ถูกต้อง โดยมีการนัดให้กับหญิงตั้งครรภ์อย่างสม่ำเสมอ ถูกต้องตามขั้นตอนที่กำหนด และมีทักษะในการนัด เนื่องจากมีหญิงตั้งครรภ์และสามี 2 คู่ มีความเข้าใจในบางประเด็นและการนัดที่ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยพร้อมด้วยสามีและหญิงตั้งครรภ์ได้ทบทวนทักษะการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดร่วมกัน ซึ่งหญิงตั้งครรภ์และสามีทุกคนให้ความร่วมมือในการทบทวนทักษะการนัด และสามารถทบทวนและฝึกปฏิบัติการนัดได้อย่างถูกต้องทั้ง 5 ท่า ซึ่งหญิงตั้งครรภ์และสามีทุกคนมีความยินดีในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

**ขั้นตอนการทดลอง (อายุครรภ์ 38-42 สัปดาห์)**

**กลุ่มควบคุม** เมื่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยใช้แบบประเมินความ

เจ็บปวดในระยะคลอดแบบ Visual Analogue Scale (VAS) โดยมีการประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดในช่วงเวลาที่สอดคล้องกับกลุ่มทดลอง คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะปากมดลูกเปิดช้า (ปากมดลูกเปิด 3 – 4 เซนติเมตร) ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด จากนั้นให้สามีเข้ามาอยู่ด้วยเป็นเวลา 30 นาที แล้วทำการประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดอีกครั้ง

ระยะที่ 2 ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 5 – 7 เซนติเมตร) ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด จากนั้นให้สามีเข้ามาอยู่ด้วยเป็นเวลา 30 นาที แล้วทำการประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดอีกครั้ง

ระยะที่ 3 ระยะเปลี่ยนผ่าน (ปากมดลูกเปิด 8 - 10 เซนติเมตร) ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด จากนั้นให้สามีเข้ามาอยู่ด้วยเป็นเวลา 30 นาที แล้วทำการประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดอีกครั้ง

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

**กลุ่มทดลอง** เป็นขั้นตอนที่หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดและเข้ารับการดูแลในห้องคลอด มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและกล่าวทักทายกับหญิงตั้งครรภ์และสามี
2. ผู้วิจัยประเมินการฝึกปฏิบัติการนวดที่บ้านของสามีจากแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวดพบว่า สามีทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติการนวดได้ดี โดยมีการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์อย่างสม่ำเสมอใช้เวลาอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทั้ง 25 คู่ ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

3. ผู้วิจัยประเมินทักษะการนวดของสามีโดยใช้แบบประเมินการนวด โดยการให้สามีสาธิตการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดทั้ง 5 ท่า คือ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นขา ด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนสามารถนวดได้ถูกต้องตามแบบประเมินการนวด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทั้ง 25 คู่ ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างขอความร่วมมือในการประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดแบบ Visual Analogue Scale (VAS) โดยมีการประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด 3 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะปากมดลูกเปิดช้า (ปากมดลูกเปิด 3 – 4 เซนติเมตร) ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดก่อนการคลอด จากนั้นให้สามีเข้ามาอยู่ด้วยแล้วดำเนินการคลอดทั้งหมด 5 ท่า คือ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า แต่ละท่าใช้เวลาการนวดประมาณ 5 นาที ทั้งนี้หากหญิงตั้งครรภ์มีความประสงค์จะให้คลอดเฉพาะบริเวณ สามีสามารถปรับเวลาของการนวดในแต่ละบริเวณให้สอดคล้องกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ขณะทำการนวด สามีสังเกตสีหน้า และสอบถามความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์เป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ใช้แรงในการคลอดได้เหมาะสมตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ โดยทำการนวดทั้ง 5 ท่า เป็นเวลา 30 นาที เมื่อสามีทำการนวดครบทั้ง 5 ท่า ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดหลังการคลอด จากนั้นให้สามีออกมารอในบริเวณที่ผู้วิจัยจัดให้เพื่อรอทำการคลอดในครั้งที่ 2 อีกครั้ง

ระยะที่ 2 ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 5 – 7 เซนติเมตร) ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดก่อนการคลอด จากนั้นให้สามีเข้ามาอยู่ด้วยแล้วดำเนินการคลอดทั้ง 5 ท่า คือ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า แต่ละท่าใช้เวลาในการนวดประมาณ 5 นาที ทั้งนี้หากหญิงตั้งครรภ์มีความประสงค์จะให้คลอดเฉพาะบริเวณ สามีสามารถปรับเวลาของการนวดในแต่ละบริเวณให้สอดคล้องกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ขณะทำการนวด สามีสังเกตสีหน้า และสอบถามความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์เป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ใช้แรงในการคลอดได้เหมาะสมตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ โดยทำการนวดทั้ง 5 ท่า เป็นเวลา 30 นาที เมื่อสามีทำการนวดครบทั้ง 5 ท่า ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดหลังการคลอด จากนั้นให้สามีออกมารอในบริเวณที่ผู้วิจัยจัดให้เพื่อรอทำการคลอดในครั้งที่ 3 อีกครั้ง

ระยะที่ 3 ระยะเปลี่ยนผ่าน (ปากมดลูกเปิด 8 - 10 เซนติเมตร) ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดก่อนการคลอด จากนั้นให้สามีเข้ามาอยู่ด้วยแล้วดำเนินการคลอดทั้ง 5 ท่า คือ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และกระดูกหัวเหน่า แต่ละท่าใช้เวลาในการนวดประมาณ 5 นาที ทั้งนี้หากหญิงตั้งครรภ์มีความประสงค์จะให้คลอดเฉพาะบริเวณ สามีสามารถปรับเวลาของการนวดในแต่ละบริเวณให้สอดคล้องกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ขณะทำการนวด สามีสังเกตสีหน้า และสอบถามความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์เป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ใช้แรงในการคลอดได้เหมาะสมตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ โดยทำการนวดทั้ง 5 ท่า เป็นเวลา 30 นาที เมื่อสามีทำการนวดครบทั้ง 5 ท่า ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดหลังการคลอด จากนั้นให้สามีออกมารอในบริเวณด้านหน้าห้องคลอด และหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกห้องคลอด

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

สรุป ภายหลังจากการดำเนินการขั้นดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุม สามีทุกคนให้ความร่วมมือในการเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนหญิงตั้งครรภ์ขณะเจ็บครรภ์คลอด และหญิงตั้งครรภ์ทุกคนให้ความร่วมมือในการประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดแบบ Visual Analogue Scale เป็นอย่างดี

กลุ่มทดลอง สามีทั้ง 25 คน ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองทั้ง 2 เกณฑ์ คือ มีการดำเนินการฝึกปฏิบัติการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดที่บ้านมากกว่าร้อยละ 80 และการนวดขณะหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดสามีทุกคนสามารถนวดได้อย่างถูกต้องตามแบบประเมินการนวด และหญิงตั้งครรภ์ทุกคนให้ความร่วมมือในการประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดแบบ Visual Analogue Scale เป็นอย่างดี

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2549 ถึง 28 สิงหาคม 2549 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกฝากครรภ์และห้องคลอด และขอความร่วมมือในการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์และหัวหน้าแผนกห้องคลอด แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกฝากครรภ์ทุกวันจันทร์ – ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00-12.00 น. โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน หากมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือและยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย หากหญิงตั้งครรภ์และสามียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์และสามีเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) แล้วจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามกระบวนการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมดังนี้

4.1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเมื่ออายุครรภ์ 36 – 37 สัปดาห์ได้รับการสอนเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด จากพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยฝากครรภ์

4.2 เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกห้องคลอด และขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยแบบ VAS ในช่วงเวลาที่สอดคล้องกับกลุ่มทดลอง คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน

#### 5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองดังนี้

5.1 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการนวดโดยสามี ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 3-4 คู่ ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม 3 ครั้ง คือ ที่แผนกฝากครรภ์ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์และที่แผนกห้องคลอด 1 ครั้ง เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด ดังรายละเอียดในการดำเนินการทดลอง

5.2 เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดและมาที่ห้องรอคลอด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบวัด ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/FW (Statistical Package for to social science for Windows) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .01 ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรก ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี โดยใช้สถิติ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t - test

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์การวิจัยคือการให้สิ่งทดลองซ้ำ (Control group time series with multiple replication design) (Polit and Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการนัดโดยสามีต่อการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลอง 25 คน ทำการสุ่มวันในหนึ่งสัปดาห์เพื่อจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Random sampling) โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติที่เหมือนกันตามที่กำหนด ผลการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

- |           |   |
|-----------|---|
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์  |
| ส่วนที่ 2 | ข้อมูลทั่วไปของสามี   |
| ส่วนที่ 3 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรก ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการนัดโดยสามี                             |
| ส่วนที่ 4 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนัดโดยสามีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ |

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุครรภ์ น้ำหนักทารกแรกเกิด จำนวนและร้อยละของคะแนน Apgar Score นาทที่ 1 และนาที่ที่ 5 ของทารกแรกเกิด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
อายุ (ปี)	24.88	3.83	24.00	3.15
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	64.45	6.13	65.66	6.01
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	155.52	3.89	154.28	3.22
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	38.76	1.01	38.92	1.08
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	3,084	.27	2,990	.38
	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ
Apgar Score				
นาที่ที่ 1 > 7	25	100	25	100
นาที่ที่ 5 > 7	25	100	25	100

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของอายุหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง เท่ากับ 24.88 ปี กลุ่มควบคุมเท่ากับ 24 ปี ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวก่อนคลอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุม เท่ากับ 64.45 กิโลกรัม กลุ่มควบคุม เท่ากับ 65.66 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองเท่ากับ 155.52 เซนติเมตร กลุ่มควบคุมเท่ากับ 154.28 เซนติเมตร ค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองเท่ากับ 38.76 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 38.92 สัปดาห์ และค่าเฉลี่ยของน้ำหนักทารกแรกเกิดหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองเท่ากับ 3,084 กรัม กลุ่มควบคุมเท่ากับ 2,990 กรัม และคะแนน Apgar Score นาทที่ 1 และนาที่ที่ 5 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคน มากกว่า 7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ สัมพันธภาพ ระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามี

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		รวม (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	2	8	3	12	5	10
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	24	6	24	12	24
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	24	5	20	11	22
อนุปริญญา	4	16	4	16	8	16
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	28	7	28	14	28
<b>อาชีพ</b>						
งานบ้าน / ไม่ได้ทำงาน	12	48	8	32	20	40
เกษตรกร	4	16	4	16	8	16
ค้าขาย	0	0	1	4	1	2
รับจ้าง	4	16	12	48	16	32
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	20	0	0	5	10
<b>ระดับสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามี</b>						
ไม่มีข้อขัดแย้ง	18	72	19	76	37	74
ขัดแย้งนานๆ ครั้ง	7	28	6	24	13	26

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 28 อาชีพงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 48 และมีระดับสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามีอยู่ในระดับที่ไม่มีข้อขัดแย้ง คิดเป็นร้อยละ 72 และหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 28 อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 48 และมีระดับสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามีอยู่ในระดับที่ไม่มีข้อขัดแย้ง คิดเป็นร้อยละ

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของสามี

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของสามีจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์ด้านการนวด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 25)		(n = 25)		(n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	1	4	2	8	3	6
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	20	6	24	11	22
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	36	9	36	18	36
อนุปริญญา	4	16	3	12	7	14
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6	24	5	20	11	22
<b>อาชีพ</b>						
เกษตรกร	7	28	5	20	12	24
ค้าขาย	1	4	2	8	3	6
รับจ้าง	13	52	17	68	30	60
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	12	1	4	4	8
นายควม	1	4	0	0	1	2
<b>ประสบการณ์ด้านการนวด</b>						
ไม่มีประสบการณ์	25	100	25	100	50	100

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า สามีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 36 อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 52 และ 68 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่มีประสบการณ์ในด้านการนวด

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรก ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีของกลุ่มทดลอง และก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรก ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีของกลุ่มทดลอง (n = 25) โดยใช้สถิติ Dependent t-test

ระยะคลอด	ก่อนการทดลอง (n = 25)		หลังการทดลอง (n = 25)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
	ระยะปากมดลูกเปิดช้า	37.76	8.27	11.80			
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว	59.60	6.34	23.04	5.32	24	24.37	.000
ระยะเปลี่ยนผ่าน	92.04	4.21	53.32	6.91	24	39.08	.000

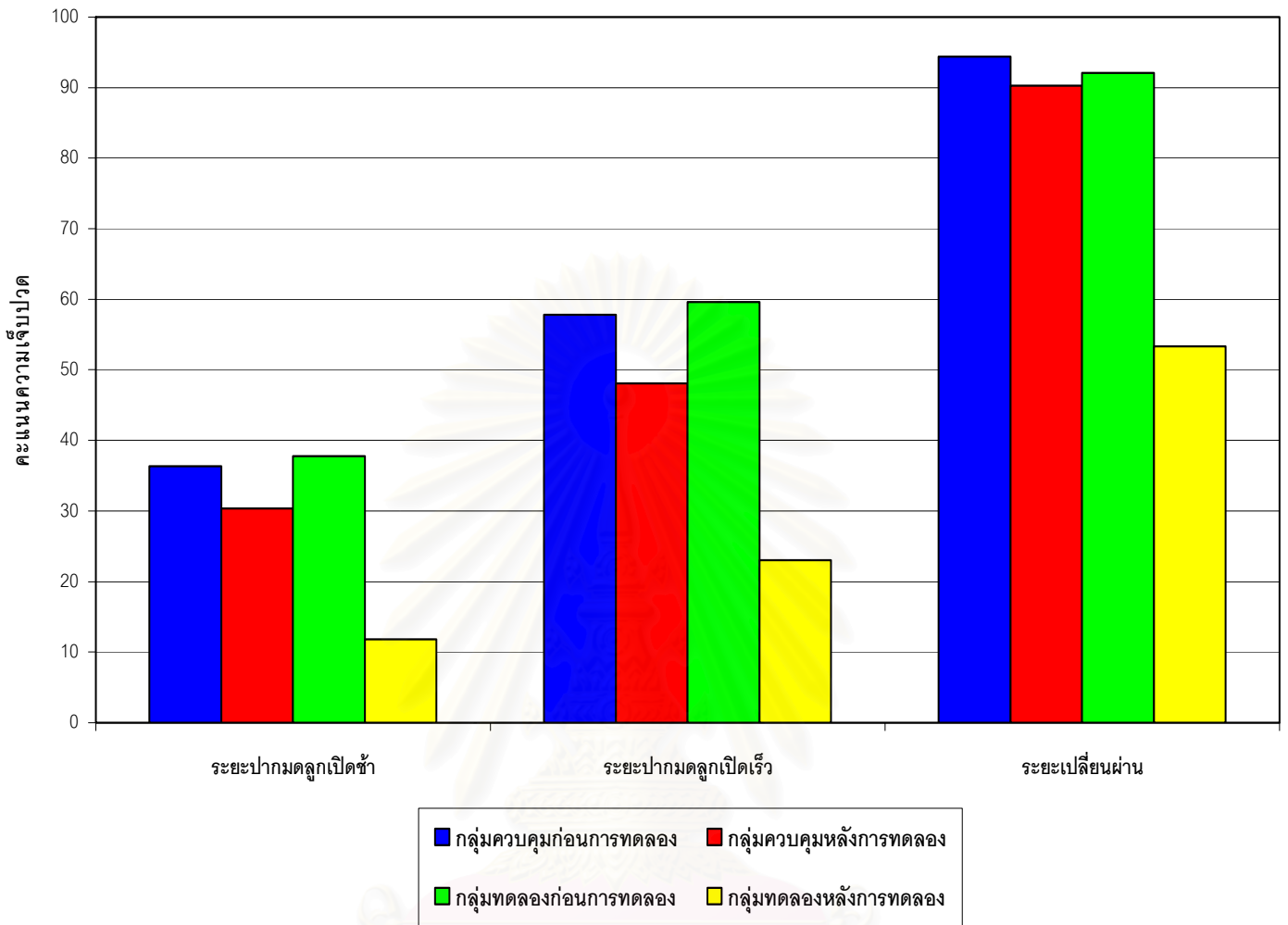
จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีก่อนการทดลองในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน เท่ากับ 37.76, 59.60 และ 92.04 ตามลำดับ หลังการทดลองเท่ากับ 11.80, 23.04 และ 53.32 ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั่นคือ หญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดในทุกระยะของการคลอดภายหลังได้รับการนวดโดยสามีต่ำกว่าก่อนได้รับการนวดโดยสามี



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรก ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (n = 25) โดยใช้สถิติ Dependent t-test

ระยะคลอด	ก่อนการทดลอง (n = 25)		หลังการทดลอง (n = 25)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ระยะปากมดลูกเปิดช้า	36.36	3.46	30.36	6.61	24	6.23	.000
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว	57.80	8.07	48.08	11.27	24	7.69	.000
ระยะเปลี่ยนผ่าน	94.36	6.22	90.28	8.36	24	5.52	.000

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 36.36, 57.80 และ 94.36 ตามลำดับ หลังการทดลองเท่ากับ 30.36, 48.08 และ 90.28 ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั่นคือ หญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดในทุกะยะของการคลอดภายหลังที่สามี่เข้าไปอยู่ด้วยต่ำกว่าก่อนที่สามี่จะเข้าไปอยู่ด้วย



แผนภูมิที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ส่วนที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี (n = 25) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 25) โดยใช้ Independent t – test

ระยะคลอด	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		df	t	p-value
	$\bar{d}$	S.D	$\bar{d}$	S.D			
	ระยะปากมดลูกเปิดช้า	25.96	6.59	6.00			
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว	36.56	7.50	9.72	6.31	48	13.69	.000
ระยะเปลี่ยนผ่าน	38.72	4.95	4.08	3.69	48	28.02	.000

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีเท่ากับ 25.96, 36.56 และ 38.72 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่า 6.00, 9.72 และ 4.08 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t – test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) นั่นคือ ความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีลดลงมากกว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการนวดโดยสามีต่อการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก โดยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่มวัดแบบอนุกรมเวลาที่มีการให้สิ่งทดลองซ้ำ (Control group time series with multiple replication design) (Polit and Beck, 2004)

กลุ่มทดลอง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี

กลุ่มควบคุม เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน
2. เพื่อเปรียบเทียบการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน

#### สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี มีระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน หลังได้รับการนวดต่ำกว่าก่อนได้รับการนวด
2. หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี มีความเจ็บปวดลดลงในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรในการศึกษา คือ หญิงครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ หญิงครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2549 ถึงวันที่ 28 สิงหาคม 2549 จำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

### ด้านหญิงตั้งครรภ์

1. มีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยและขอการนัด
2. เป็นหญิงครรภ์แรก มีอายุระหว่าง 18 – 35 ปี
3. ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 37-38 สัปดาห์
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น PIH, Bleeding, Pyelonephritis, Infection
5. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด และการใช้ภาษาไทย
6. ได้รับความเห็นชอบจากแพทย์

### ด้านสามี

1. สามีพาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์
2. มีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย
3. มีความยินดีในการนัดให้ภรรยา

## การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้างนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) (Cochran and Cox, 1992; Tabachnick and Fidell, 1996; Machin et al., 1997) โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม (สุภาพ ไทยแท้ และสัจจา ทาโต, 2548) เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบ 90% ที่ระดับนัยสำคัญ .01 พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการอย่างน้อย กลุ่มละ 21 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 25 คน รวมทั้งหมด 50 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Random sampling) ด้วยการจับสลากสุ่มวันในหนึ่งสัปดาห์ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้คลอดที่มาฝากครรภ์ในวันจันทร์ วันอังคาร วันพุธ เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้คลอดที่มาฝากครรภ์ในวันพฤหัสบดี วันศุกร์ เป็นกลุ่มควบคุม จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



(Matched pair) โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Mann, 2001) ได้แก่ ระดับการศึกษา และระดับสัมพันธภาพระหว่างสามีและภรรยา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด (เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2532)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดแบบ Visual Analogue Scale

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการนวดโดยสามี ประกอบด้วย

2.1.1 แผนการสอนเรื่อง ความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

2.1.2 ภาพพลิกประกอบการสอนเรื่อง ความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

2.1.3 คู่มือการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

2.1.4 คู่มือการเตรียมสามี

#### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวดของสามี

3.2 แบบประเมินการนวด

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกฝากครรภ์และและแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดแบ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Random sampling) ด้วยการจับฉลากสุ่มวันในหนึ่ง

สัปดาห์ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้คลอดที่มาฝากครรภ์ในวันจันทร์ วันอังคาร วันพุธ เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้คลอดที่มาฝากครรภ์ในวันพฤหัสบดี วันศุกร์ เป็นกลุ่มควบคุม

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยฝากครรภ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างวันละ 3-4 คู่

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Matched pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อระดับความเจ็บปวด โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Mann, 2001) ได้แก่ ระดับการศึกษา และระดับสัมพันธ์ภรรยาและภรรยา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด (เทียมศร ทองสวัสดิ์, 2532)

#### 4. ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

4.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป โดยหญิงตั้งครรภ์ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเมื่ออายุครรภ์ 36 – 37 สัปดาห์ ได้รับการสอนเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด จากพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยฝากครรภ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกห้องคลอด และขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยแบบ VAS ในช่วงเวลาที่สอดคล้องกับกลุ่มทดลอง คือ ระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน

4.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการนวดโดยสามี ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมรายกลุ่ม กลุ่มละ 3 – 4 คู่ ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บปวดในระยะคลอด และมีทักษะในการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยมีการจัดกิจกรรมรายกลุ่มทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ที่แผนกฝากครรภ์ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์และที่แผนกห้องคลอด 1 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมครั้งละประมาณ 90 นาที ในครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ 36 – 37 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 37 – 38 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด ดังรายละเอียดในการดำเนินการทดลอง เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดและมาที่ห้องรอคลอด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดแบบ Visual Analogue Scale ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบวัด ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS/FW (Statistical Package for to social science for Windows) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรก ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี โดยใช้สถิติ Dependent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t - test

## สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรก ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านหลังได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )
2. ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีมากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการนวดโดยสามีต่อการลดความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี มีระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน หลังได้รับการนวดต่ำกว่าก่อนได้รับการนวด

**ผลการวิจัย** พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรก ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านหลังได้รับการนวดโดยสามีต่ำกว่าก่อนได้รับการนวดโดยสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายผลดังนี้

ในการศึกษาครั้งนี้ กิจกรรมในโปรแกรมการนวดโดยสามี ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการควบคุมประตู (Gate Control Theory) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด และนำทฤษฎีสัมพันธ์เชื่อมโยงของ Thorndike มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความเข้าใจในสาเหตุการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด เนื่องจากในการที่จะกระทำหรือการฝึกปฏิบัติกิจกรรม จะต้องเกิดความเข้าใจในเหตุผลอย่างแท้จริงของกิจกรรมเสียก่อนจึงจะเกิดการเรียนรู้ที่ดีและคงทนถาวร

(Thorndike cited in Bernard, 1972) ทำให้สามีมีทักษะและมีความชำนาญในการให้ความช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ขณะมีความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยวิธีการนวด โดยสามีได้ทำการฝึกปฏิบัติการนวดที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เนื่องจากการได้ฝึกปฏิบัติจริงหรือกระทำกิจกรรมซ้ำๆ จะทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น (Thorndike cited in Bernard, 1972) เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมตนเองได้ดี ส่งผลให้การคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี มีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด พบว่า การนวดสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้ (Chang และคณะ, 2002; สุภาพ ไทยแท้ และสัจจา ทาโต, 2548) ซึ่งสามารถอธิบายกลไกของการบรรเทาความเจ็บปวดได้โดยใช้พื้นฐานของทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ได้ว่า การลูบ การบีบกด การสัมผัส จากการนวดจะกระตุ้นชั้นผิวหนังทำให้ใยประสาทเส้นใหญ่ถูกกระตุ้น ระบบควบคุมประตูจะปิดประตู จึงไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมอง (Melzack and Wall, 1965) นอกจากนี้การนวดยังทำให้การไหลเวียนของโลหิตเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย และการนวดยังกระตุ้นให้มีการปล่อยสารซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน

คือ เอนดอร์ฟิน (endorphins) และ เอนเคฟาลิน (enkephalines) ซึ่งสารนี้จะไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง (McCaffery, 1979) นอกจากนี้การให้สามีเป็นผู้ช่วยเหลือในระยะเจ็บครรภ์ยังเป็นการปรับระดับประคองทางด้านจิตใจและอารมณ์ เพื่อสร้างความมั่นใจและขจัดความกลัวในขณะเจ็บครรภ์คลอด (Sherwen, 1999) และการนวดโดยเฉพาะจากสามีเป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัส ซึ่งทำให้ผู้คลอดรู้สึกอบอุ่น สุขสบายและช่วยเบี่ยงเบนความสนใจผู้คลอดจากอาการเจ็บครรภ์ เป็นการช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่กระตุ้นความรุนแรงของความเจ็บปวด ซึ่งได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับสมอง จึงส่งผลมาควบคุมความเจ็บปวด โดยการปิดประตูในระดับไขสันหลัง จึงเป็นการลดหรือไม่มีการส่งผ่านของกระแสประสาทความเจ็บปวดไปสู่สมอง (Nixon, 1997) ซึ่งเป็นการตัดวงจรความกลัว – ความเครียด – ความเจ็บปวด (Fear – Tension – Pain Cycle) (Dick – Read, 1984) เนื่องจากเมื่อความกลัวและความเครียดลดลงก็ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดก็ลดลงไปด้วย

สำหรับโปรแกรมการนวดโดยสามี ผู้วิจัยเลือกให้สามีเป็นผู้นวดเนื่องจากการนวดโดยสามีเป็นวิธีที่มีการใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้คลอด และเป็นบุคคลที่ผู้คลอดต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด (นันทา กาเลี้ยง, 2540) มาประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อคุณภาพการบริการในสถานะที่มีความจำกัดของอัตรากำลังทางการพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาของ สุภาพ ไทยแท้ และสัจจา ทาโต (2548) ถึงผลของการนวดต่อการลดความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่า บุคคลที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการให้นวดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.4 คือ สามี

โปรแกรมการนวดโดยสามี ได้มีการเตรียมสามีโดยมีการเตรียมความพร้อมที่แผนกฝากครรภ์ 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ ประกอบด้วยทำให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะต่างๆ ของการคลอด และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด การสาธิตการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยผู้วิจัยพร้อมกับให้สามีทำการสาธิตย้อนกลับ รวมทั้งแนะนำให้สามีมีการฝึกปฏิบัติการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอจนเกิดความชำนาญ และมีการทบทวนการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดอีกครั้งเมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์เข้ารับบริการที่ห้องคลอด โดยกิจกรรมดังกล่าวนับเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ไม่ว่าจะเป็นบทบาทด้านการให้ความรู้ (Educator) ด้านการเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล (Care provider) ด้านการเป็นนักวิจัย (Researcher) และด้านการเป็นที่ปรึกษา (Counselor) เนื่องจากได้มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base practice) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการนวดโดยสามีให้เหมาะสมกับบริบทในปัจจุบัน เพื่อให้สามีและหญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ทำให้สามีสามารถช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในการบรรเทาความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์คลอดโดยวิธีการ



ขนาดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการนวดประกอบด้วยการนวด 5 ท่า ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณขาด้านหน้า ขาด้านหลัง และบริเวณหัวเหน่า เนื่องจากบริเวณดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บครรภ์คลอด (พิสิฐ วังศ์วัฒน์, 2542) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การลูบหน้าท้อง เพื่อลดความเจ็บปวดบริเวณหน้าท้องและสะดือขณะที่มดลูกหดตัว จะมีการส่งกระแสประสาทผ่านทางข่ายประสาทของมดลูก (uterine plexus) เมื่อมีการกระตุ้นผิวหนังโดยการลูบเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ซึ่งมีจำนวนมากได้ผิวหนัง มีผลให้ระบบควบคุมประตูที่ระดับไขหลังปิดประตูหรือปิดเกือบหมด จึงไม่มีหรือลดสัญญาณการส่งผ่านของกระแสประสาท ความเจ็บปวดไปสู่ระดับสมอง การรับรู้ต่อความเจ็บปวดจึงลดลง (Reeder and Martin, 1987) ทำโดยเมื่อมดลูกเริ่มหดตัวให้ผู้คลอดห่อมือลักษณะนิ้วมือชิดกัน วางมือทั้ง 2 ข้างบริเวณหัวเหน่า ลูบมือขึ้นด้านข้างของหน้าท้องเบาๆ พร้อมทั้งหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ จนมือทั้ง 2 ข้างมาพบกันบริเวณยอดอก เมื่อมดลูกคลายตัวลูบมือทั้ง 2 ข้างลงกลับไปใต้เดิมพร้อมหายใจออกช้าๆ ยาวๆ เปิดปากเล็กน้อย เมื่อหายใจเข้าและออก 1 ครั้ง ก็จะลูบหน้าท้องเสร็จ 1 รอบ ใช้เวลาในการลูบหน้าท้องประมาณ 5 นาที

2. การนวดบริเวณก้นกบ เนื่องจากบริเวณนี้จะเป็นส่วนที่เชื่อมต่อกับท้อง เมื่อมดลูกมีการหดตัวส่วนนี้ก็จะเกิดการตึงรั้งด้วย การส่งกระแสประสาทจะส่งผ่านข่ายประสาทของก้น (Sacral plexus) และข่ายประสาทของก้นกบ (Coccygeal plexus) การนวดเป็นการกระตุ้นชั้นผิวหนังทำให้ใยประสาทเส้นใหญ่บริเวณดังกล่าวถูกกระตุ้น ระบบควบคุมประตูที่ระดับไขหลังจะปิดประตู จึงไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมอง (Melzack and Wall, 1965) การนวดให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคง สามีนั่งอยู่ข้างเตียงใช้นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้าง วางแนวข้างชิดกระดูกกระเบนเหน็บ วางฝ่ามือทั้ง 2 ข้างแนบบริเวณเหนือกระดูกเชิงกราน ใช้นิ้วหัวแม่มือขนาดคลึงเป็นวงกลมอย่างต่อเนื่องเป็นวงกลมเล็กๆ ด้วยแรงกดในทิศวนออกจากแนวกระดูกสันหลัง โดยทำอย่างต่อเนื่องไปจนถึงกระดูกก้นกบ จากนั้นใช้นิ้วหัวแม่มือออกแรงกดขึ้นข้างบนซ้ำๆ เพื่อกลับมายังตำแหน่งเดิม ทำ 5 ครั้ง ต่อจากนั้นให้ผู้คลอดกำมือและใช้หลังมือขนาดคลึงๆ เป็นวงกลมที่บริเวณก้นกบขณะที่มดลูกมีการหดตัว ลงน้ำหนักมือที่หลังมือให้คงที่และสม่ำเสมอ

3. การนวดบริเวณขาด้านหน้า การส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดจะส่งผ่านเส้นประสาทของกล้ามเนื้อขา (Muscular branches and Cutaneous branches of Femoral nerve) การนวดบริเวณนี้จะช่วยบรรเทาอาการตึงและปวดบริเวณสะโพกและกระดูกเชิงกรานซึ่งเกิดจากการตึงรั้งเมื่อมดลูกมีการหดตัว การนวดเป็นการกระตุ้นให้ปล่อยสารซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน คือ เอนดอร์ฟิน (endorphins) และ เอนเคฟาลิน (enkephalines) ซึ่งสารนี้สามารถยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง (McCaffery, 1979) ทำให้ความเจ็บปวดลดลง นอกจากนี้การนวดยังเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดจากอาการเจ็บครรภ์ เป็นการช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ที่จะกระตุ้นความรุนแรงของความเจ็บปวด ซึ่งได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งเป็นการรับรู้ใน

ระดับสมองจึงส่งผลมาควบคุมความเจ็บปวด โดยการปิดประตูในระดับไขสันหลัง ทำให้ไม่สามารถส่งผ่านสัญญาณความเจ็บปวดได้ (McGuire and Shielder, 1993) การนวดให้สามีนั่งหรือยืนที่ปลายเตียง หญิงตั้งครรภ์นอนหงาย สามีมวางมือลงบนข้อเท้าปลายนิ้วชี้ขึ้นด้านบนในลักษณะประกบมือ ค่อยๆ ลูบขึ้นจนมือด้านในถึงบริเวณขาอ่อนด้านใน ส่วนมือด้านนอกลูบต่อไปจนถึงสะโพกและคลึงรอบๆ สะโพก จากนั้นมือทั้ง 2 ข้างลูบลงมาตามข้างขาจนกระทั่งถึงข้อเท้า ต่อจากนั้นใช้มือทั้ง 2 ข้างบีบนวดกล้ามเนื้อขาสลับกัน โดยมือหนึ่งบีบอีกมือหนึ่งปล่อย ค่อยๆ เลื่อนมือที่นวดจากเหนือข้อเท้าถึงต้นขา โดยไม่ยกมือออกจากขาหญิงตั้งครรภ์ในระหว่างที่กำลังบีบนวดอยู่ และนวดกลับมาที่ตำแหน่งเดิม ทำข้างละ 5 รอบ

4. การนวดบริเวณขาด้านหลัง การนวดบริเวณนี้จะช่วยบรรเทาอาการตึงและปวดบริเวณบั้นเอวซึ่งเกิดจากการตั้งรังไข่เมื่อมดลูกมีการหดตัว การส่งกระแสประสาทจะส่งผ่านเส้นประสาทของขาด้านหลัง (Sciatic nerve) การนวดเป็นการกระตุ้นให้มีการปล่อยสารซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินคือ เอนดอร์ฟิน (endorphins) และ เอนเคฟาลิน (enkephalines) โดยสารนี้สามารถยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง (McCaffery, 1979) อีกทั้งการนวดบริเวณขาด้านหลังยังเป็นการกระตุ้นชั้นผิวหนังทำให้ใยประสาทเส้นใหญ่ถูกกระตุ้น ระบบควบคุมประตูในระดับไขสันหลังจะปิดประตูความเจ็บปวด จึงไม่มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมอง (Melzack and Wall, 1965) การนวดให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคง สามีนั่งหรือยืนที่ปลายเตียง สามีมวางมือลงที่ข้อเท้าด้านหลังของขาบน แล้วลูบขึ้นตามแนวกลางของขาด้านหลังขึ้นไปถึงก้นและรอบๆ สะโพกโดยลงน้ำหนักที่ฝ่ามือ แล้วลูบกลับตามแนวข้างของขาจนถึงข้อเท้า ทำข้างละ 5 รอบ จากนั้นใช้มือทั้ง 2 ข้างบีบนวดสลับกันเป็นจังหวะ และเลื่อนมือขึ้นโดยให้หัวแม่มืออยู่แนวกลางด้านหลังของขา นวดจากเอ็นร้อยหวายถึงต้นขา โดยไม่ยกมือออกจากขา ระวังอย่านวดใกล้อวัยวะเพศจนเกินไป และนวดกลับมา ทำข้างละ 5 รอบ จากนั้นให้หญิงตั้งครรภ์งอเข่าแล้ววางข้างหน้า และนวดขาล่างเช่นเดียวกับขาด้านบน

5. การนวดบริเวณหัวเหน่า การนวดบริเวณนี้จะช่วยบรรเทาอาการตึงและปวดบริเวณกระดูกเชิงกรานซึ่งเกิดจากการตั้งรังไข่เมื่อมดลูกมีการหดตัว และยังเป็นการกระตุ้นชั้นผิวหนังทำให้ใยประสาทเส้นใหญ่ถูกกระตุ้น ระบบควบคุมประตูจะปิดประตูความเจ็บปวดในระดับไขสันหลัง กระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดจากข่ายประสาทเชิงกราน (Pelvic plexus) จึงไม่ถูกส่งขึ้นสู่สมอง (Melzack and Wall, 1965) หญิงตั้งครรภ์จึงมีการรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง การนวดให้หญิงตั้งครรภ์อยู่ในท่านอนหงาย สามีนั่งอยู่ด้านข้างเตียง วางปลายนิ้วมือทั้ง 2 ข้างบริเวณด้านข้างของหัวเหน่า โดยให้หัวแม่มือชนกัน ใช้นิ้วมือทั้ง 4 กดเบาๆ บริเวณเหนือหัวเหน่าไปยังปุ่มกระดูกเชิงกรานด้านข้างทั้ง 2 ด้าน แล้วไล่มืออ้อมไปทางด้านหลังตามแนวกระดูกเชิงกรานด้านบน จนกระทั่งนิ้วมือมา

ชนกันบริเวณกระดูกไขสันหลังระดับเอว จากนั้นใช้ฝ่ามือลูบมาทางด้านหน้า โดยออกแรงกดเล็กน้อย ตามบริเวณรอบๆ เอวมายังกระดูกหัวเข่าเช่นเดิม ทำ 5 รอบ

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การนำแนวคิดทฤษฎีการควบคุมประตู (Gate Control Theory) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดมาใช้ ในการพัฒนาสิ่งทดลอง (Treatment) คือ โปรแกรมการนวดโดยสามี โดยใช้แนวทางการเรียนรู้ของ Thorndike มาใช้ในการจัดกิจกรรม สามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดในระยะคลอดต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ไทยแท้ และสัจจา ทาโต (2548) ซึ่งศึกษาผลของการนวดต่อการลดความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด ของหญิงครรภ์แรกที่มาคลอดที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดของกลุ่มทดลองหลังได้รับการนวดโดยพยาบาลน้อยกว่าก่อน ได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของ หญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี จึงเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรก ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านหลังได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตารางที่ 4) แสดงว่าโปรแกรมการนวดโดยสามีที่จัดกระทำขึ้นมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ภายหลังได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีมีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** หญิงครรภ์แรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี มีความเจ็บปวดลดลงในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ผลการวิจัย** พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี มากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

สามารถอภิปรายผลได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีการเตรียมสามีให้มีความพร้อมในการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์โดยการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งมีการเตรียมสามีที่แผนกฝากครรภ์ 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์

ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะต่างๆของการคลอด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด และบทบาทของสามีในการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยผู้วิจัยจะสาธิตการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดพร้อมกับให้สามีทำการสาธิตย้อนกลับ เนื่องจากในการที่จะกระทำหรือการฝึกปฏิบัติกิจกรรมใดๆ จะต้องให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในเหตุผลอย่างแท้จริงของกิจกรรมเสียก่อนจึงจะเกิดการเรียนรู้ที่ดี (Thorndike cited in Bernard, 1972) และการที่จะสอนให้ผู้เรียนนำความรู้ไปใช้จะต้องให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มชัด ให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติขณะที่เรียนและนำสิ่งที่ได้มาใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่คงทนถาวร (กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ, 2528; อารีย์ พันธมณี, 2538) ฉะนั้นการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามี จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์และสามี เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างจริงจัง เห็นความสำคัญของความเจ็บปวด และการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาด้วยวิธีการนวด นอกจากนี้ยังได้มีการฝึกปฏิบัติให้สามีมีทักษะในการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด รวมทั้งได้มีการให้สามีมีการฝึกปฏิบัติการนวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจนเกิดความชำนาญ เนื่องจากการได้ฝึกปฏิบัติจริงหรือกระทำกิจกรรมซ้ำๆ จะทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น (Thorndike cited in Bernard, 1972) จากนั้นได้มีการเตรียมสามีอีก 1 ครั้ง ซึ่งเป็นการทบทวนการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดเมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์และเข้ารับบริการที่ห้องคลอด โดยในระยะเจ็บครรภ์คลอดสามีได้ทำการนวดให้หญิงตั้งครรภ์จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที โดยการนวดในแต่ละครั้งประกอบด้วย ท่าที่ 1 การลูบหน้าท้อง ท่าที่ 2 การนวดบริเวณก้นกบ ท่าที่ 3 การนวดบริเวณขาด้านหน้า ท่าที่ 4 การนวดบริเวณขาด้านหลัง และท่าที่ 5 การนวดบริเวณหัวเหน่า ซึ่งสามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ ดังเหตุผลที่ได้อธิบายในการอภิปรายสมมติฐานข้อที่ 1 ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีมีคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นกลุ่มที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ และการเตรียมตัวคลอด โดยพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกฝากครรภ์ โดยเนื้อหาของการสอนสุขศึกษาไม่ได้ครอบคลุมเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดด้วยวิธีการนวด นอกจากนี้เมื่อหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์สามีได้เข้าไปอยู่ด้วยกับหญิงตั้งครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ครั้งละ 30 นาที แต่ไม่ได้มีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดด้วยวิธีการนวดโดยสามี เมื่อประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล



ตามปกติ จึงมีคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่ม จึงเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีมากกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตารางที่ 6) แสดงว่าโปรแกรมการนวดโดยสามีที่จัดกระทำขึ้น มีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีมีความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยวิธีการนวด ได้แก่ สุภาพ ไทยแท้ และสัจจา ทาโต (2548) ศึกษาผลของการนวดต่อการลดความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด ของหญิงครรภ์แรกที่มาคลอดที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการนวดจากพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chang และคณะ (2002) ศึกษาผลของการนวดต่อระดับความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะเจ็บครรภ์คลอดในหญิงครรภ์แรกที่คลอดในโรงพยาบาลทางภาคใต้ ประเทศไต้หวัน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการนวดโดยพยาบาลในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน โดยในระหว่างช่วงแต่ละช่วงจะได้รับการนวดจากสามี และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) การศึกษาของ Kimber และคณะ (1998) ทำการสำรวจเกี่ยวกับการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการนวดในระยะคลอด โดยทำการสำรวจหญิงตั้งครรภ์จำนวน 230 คน ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้การยอมรับว่าการนวดเป็นวิธีที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด และแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดีและการศึกษาของ Field และคณะ (1997) ที่ได้ศึกษาแบบย้อนหลังถึงผลของการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอดจากรายงาน 19 ฉบับ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการนวดในระยะคลอดจะมีความวิตกกังวลลดลง มีการแสดงออกทางด้านร่างกายและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

ผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการนวดโดยสามีซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดใน



ระยะคลอด สามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง การดำเนินการคลอด เป็นไปได้ด้วยดี

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมการนวดโดยสามีที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ สามารถช่วยบรรเทา ความเจ็บปวดในระยะคลอดให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้ ซึ่งเป็นนวัตกรรมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ขณะเจ็บครรภ์คลอด ที่พยาบาลทั้งที่มีหน้าที่ในด้านการบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และการวิจัยทางการพยาบาล ควรให้ความสำคัญ และร่วมกันในการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ขณะเจ็บครรภ์คลอด จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมในการบริการหญิงตั้งครรภ์ โดยมีการเปิดหน่วยงานที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์และสามีมีความรู้และทักษะในการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่มีผลข้างเคียงทั้งต่อมารดาและทารก อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวด้วย

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำโปรแกรมการนวดโดยสามีไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ขณะเจ็บครรภ์คลอด เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีการนำแหล่งสนับสนุนจากสามี มาประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อคุณภาพการบริการพยาบาล

3. ด้านการศึกษา ควรจัดให้มีการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด เพื่อเป็นการสนับสนุนให้มีความตระหนักในบทบาทอิสระของพยาบาล และเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงประสิทธิผลของการนวดโดยผู้นวดกลุ่มอื่น เช่น มารดาของหญิงตั้งครรภ์ หรือบุคคลอื่นที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการให้นวด โดยปรับกิจกรรมหรือเนื้อหาบางส่วนให้เหมาะสม

2. ควรศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการนวดในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น ศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์ครรภ์หลัง หรือหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีสามี โดยปรับกิจกรรมหรือเนื้อหาบางส่วนให้เหมาะสม

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กัญจน์ พัสสิยะ. 2530. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวก่อนการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษร ลักษิตานนท์. 2532. ประสิทธิผลของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกียรติกำจร กุศล. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผูกพันต่อทารกในครรภ์ของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบิตามารดาและทารก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ขวัญตา ไผ่หยกงาม. 2534. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้คู่มือการเรียนรู้ด้วยตัวเองต่ออัตมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับร่างกาย ความรู้และการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โครงการฟื้นฟูการนวดไทย มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา. 2540. เอกสารการฝึกอบรมหลักสูตรการนวดไทยขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร : อัดสำเนา.
- จรรยา หน่อแก้ว. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์คลอดและปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ ดุซิชยามี. 2543. ผลของเทคนิคการผ่อนคลายด้วยจิตคลุมกายต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกที่มีผู้ช่วยเหลือในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา บ้านแก่ง. 2533. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเจ็บปวดในระยะคลอด. กรุงเทพฯ: อักษรไทย.
- จารุวรรณ รังสิยานนท์. 2540. ผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จำเนียร ศิลปวานิช. 2538. หลักและวิธีการสอน. นนทบุรี: เจริญรุ่งเรืองการพิมพ์.
- เจียรนัย โพธิ์ไทรย์. "การคลอดอย่างมีคุณภาพ: มิติใหม่สำหรับพยาบาล" วารสารพยาบาลศาสตร์. 23 (ตุลาคม – ธันวาคม 2539).

- ฉวี เบาทรง. 2526. ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวีวรรณ อยู่สำราญ. 2533. ผลของการจัดท่านอนต่อระยะเวลาของการคลอด ความพึงพอใจของผู้คลอดต่อท่าคลอดและสภาวะของทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดรรชนี ลิ้มประเสริฐ. 2539. ผลของดนตรีต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงเยาว์ อุดมวงศ์. 2533. ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนจากสามีต่อการปฏิบัติตัวของภรรยาครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทา กาเลียง. 2540. การสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลบิดามารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิศารัตน์ ให่โก๋. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมความผูกพันระหว่างบิดาและบุตรและปัจจัยส่วนบุคคล กับการปรับบทบาทการเป็นบิดาของผู้เป็นบิดาครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจรัตน์ ยศเสถียร และคณะ. 2542. ผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ระยะของการคลอด และคะแนนแอปการซ์ของทารกแรกเกิดของสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2(3): 25 – 36.
- ทัศนีย์ นะแสง. 2542. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- เทียมศร ทองสวัสดิ์. 2532. การเตรียมตัวเพื่อคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ศูนย์ส่งเสริมตำราและเอกสารวิชาการ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทียมศร ทองสวัสดิ์. 2539. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์วิชาชีพเรื่อง การเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอด. ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประกายแก้ว กำคำ. 2534. ผลของการช่วยเหลือของสามีต่อผู้คลอดครั้งแรกในระยะเจ็บครรภ์ต่อการควบคุมตนเอง ความต้องการยาระงับปวด ระยะเวลาในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการบริหารพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประคอง กรรณสูตร. 2538. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี. 2534 Current concepts of pain. ใน สุรศักดิ์ นิลภาณุวงศ์ (บรรณาธิการ), Principle of pain : diagnosis and management, หน้า 1 – 6 กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- ประทุมพร เพียรจริง และคณะ. 2544. ผลของโปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้และพฤติกรรม  
เผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดในมารดาครรภ์แรก. วารสารสุขภาพ 2(3) : 25-36.
- ประภัสสร อินทศักดิ์สิทธิ์. 2540. การมีส่วนร่วมของสามีในการดูแลรยาระหว่างตั้งครรภ์และคลอด.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาประชากรศาสตร์ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรณิภา รักรักษ์กุล. 2537. ผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด  
ในระยะคลอด และเจตคติที่มีต่อการคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชา  
การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิณวดี พานทอง .2547. ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมตัวคลอดรวมกับการสนับสนุนการคลอดแบบ  
สอนแนะต่อความเจ็บปวดของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงครรภ์แรก.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิริยา ศุภศรี. 2540. การพยาบาลในระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- พิสมัย เพิ่มกระโทก. 2529. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของ  
หญิงตั้งครรภ์: ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท  
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิสิฐ วงศ์วัฒน์. (ผู้แปล). 2542. นวดกายคลายโรค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทไฮลิสติก  
พับลิชซิง จำกัด.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2536. สถิตินอนพาราเมตริกเพื่อการวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา:  
โรงพิมพ์อัลลายด์เพรส.
- มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. 2543. ระเบียบวิธีการสอนการพยาบาลในคลินิก. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ  
วิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
- มัทนา กัลยา. 2540. ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรกใน  
ระยะที่ 1 ของการคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มันทนา ศิลปเวชกุล. 2532. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพที่ใช้และไม่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงมีครรภ์ที่ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 นครสวรรค์.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ. 2542. ผลการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ต่อพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาคคลอดและการรับรู้ประสบการณ์ การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุวดี ภาษา และคณะ. 2540. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์การพิมพ์.
- รพีพร ประกอบทรัพย์. 2541. การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์. 2530. ผลการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาสต่อพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอด และสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ละม้าย วีรกุลและคณะ. 2534. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างมารดาที่ได้รับการฝึกเตรียมคลอดกับมารดาที่ไม่ได้รับการฝึกเตรียมคลอด  
โรงพยาบาลพะเยา. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- ลัดดาวัลย์ จิตรขาว. 2542. ผลของการได้รับยาระงับปวดของแม่ขณะเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอด ต่อพฤติกรรมและระยะเวลาที่ทารกเริ่มดูดนมแม่ได้เป็นผลสำเร็จครั้งแรกในระยะคลอด.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัฒนา ศรีพจนารถ. 2545. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์: แบบแผนสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์. 2544. ผลของการรณรงค์ไทยต่อการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วันเพ็ญ กุลนริศ. 2530. ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ ภาวะลักษณะ สัมพันธภาพของคู่สมรสกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาของหญิงวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.



- วัสสิกา เผือกโสภณ. 2539. ประสิทธิผลของการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนดเพื่อพัฒนาความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไล อุดมพิทยาธรรม. 2543. ผลการนวดไทยต่อการลดอาการปวดศีรษะจากความเครียด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วีรวรรณ ภาษาประเทศ. 2541. ผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบิดามารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศิรินาถ ศรีกาญจนเพริศ. 2542. ความเป็นห่วงเกี่ยวกับการคลอดบุตรและการปฏิบัติตนของสตรีตั้งครรภ์ในระยะใกล้คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. 2543. การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมพันธ์ หนีญธีระนันท์. 2539. Pain control and management. ในวิทยาการก้าวหน้า: 100 ปีการพยาบาลไทย, หน้า 61 – 75. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี. 2542. ผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดและการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัญญา ปรีธัญกุล. 2539. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์วิชาชีพ เรื่อง การเตรียมหญิงตั้งครรภ์เพื่อการคลอด. ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุจินดา ตรีเนตร. 2544. ผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุเทพ วงศ์แพทย์ และสมจิตต์ ศรีสุพรรณราช. 2519. การคาดคะเนกำหนดคลอดและการจับอาการหดตัวของมดลูกด้วยมือทางหน้าท้องของผู้ตั้งครรภ์. วารสารกรมการแพทย์ 1: 4 – 18.
- สุพร พลยานันท์. 2528. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แม็ค.

- สุพรรณณี เลิศผดุงชัยกุล. 2538. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพิศ รุ่งเรืองศรี และฉวี เบาทรง. 2537. ผลของการสัมผัสต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด. พยาบาลสาร 21(4): 18 – 25.
- สุภาพ ไทแท้ และสัจจา ทาโต. 2548. รายงานการวิจัยเรื่องผลการนัดต่อการลดความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.
- หัตทยา เจริญรัตน์. 2531. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรถัย สิงห์คำ. 2548. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่ออาการปวดหลังส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรถพร ทองแดง. 2534. Psychological and environmental factors in pain. ใน สุรศักดิ์ นิลกานุงศ์ (บรรณาธิการ), The principle of pain: diagnosis and management, หน้า 21-29. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- อรุณี พึ่งแพง. 2543. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครบหรือไม่ครบตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี และสุชาดา รัชชกุล. 2546. การสนับสนุนทางการพยาบาลในการคลอดของหญิงครรภ์แรก. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15(2): 11 – 19.
- อุษา เชื้อหอม. 2534. ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุไร นิโรจน์นธ์. 2539. ผลการนัดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

## ภาษาอังกฤษ

- Adachi, K., Shimada, M. & Uauy, A. 2003. The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity. Nursing Research 52(1): 47 – 41.
- Alyson L. Huntley, Coon, & Joanna Thomson. 2004. Complementary and alternative medicine for labor pain: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 191 (1), 36-44.
- Auenshine, M. A., & Enriquez, M. G. 1990. Comprehensive maternity nursing. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Jones and Bartlett.
- Barbara, S. 1984. Control of pain in labor. Nursing Mirror. 7: 31 – 33.
- Bernars, H.W. 1972. Psychology of Learning and Teaching. U.S.A.: McGraw - Hill.
- Bobak, I. M., & Jensen, M. D. 1987. Essentials of maternity nursing: the Nurse and the childbearing family. 2<sup>nd</sup> ed. Saint Louis: The C. V. Mosby.
- Bobak, I. M., & Jensen, M. D. 1995. Maternity and gynecologic care: the nurse and the family. 5<sup>th</sup> ed. St. Louise: The C.V. Mosby.
- Bond, M. R. 1984. Pain. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Churchill Livingstons.
- Bonica, J. J. 1994. Text book of pain. 3<sup>rd</sup> ed. Churchill Livingston: Longman.
- Brown, M. A. 1986. Marital support during pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynecology Nursing 16 (November-December): 475-483.
- Carkhuff, R.R. . 1977. Helping and human relations. Practice and Research 2.
- Chang, M.Y., Wang, S.Y. & Chen, C.H. 2002. Effect of massage on pain and anxiety during labour: randomized controlled trial in Taiwan. Journal of Advanced Nursing 38 (1), 68 -73.
- Chapman, C. R., & Syrjala, K. L. 2001. Measurement of pain. In loeser, J. D. (eds.), Bonica's management of pain, 3<sup>rd</sup> ed, pp. 310 – 326. Philadelphia:LWW. com.
- Charles, A. G. et al. 1978. Obstetries and psychological effects of psychoprophylactic preparation for childbirth. American Journal of Obstetric and Gynecology 131: 44–52.
- Clark, A. L., Affonso, D. D., & Harris, T. R. 1979. Childrearing: A nursing perspective. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: R. A. Davis.
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderate of life stress. Psychosomatic medicine 38: 300–301.
- Cochran & Cox. 1992. Experimental Designs. 2<sup>nd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons.
- Cunningham, F. G. et al. 1993. William obstetrics. United States of America: Appleton and lange.

- Diaz, A.G., et al. "Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome ." European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology. 1(January 1980) 1-7.
- Dick – Read, G. 1984. Childbirth without fear. New York: Haper and Rows.
- Dunnihoo, D. R. 1990. Fundamentals of gynecology and obstetrics. Philadelphia: Lippincott.
- Flynn, A.M. et al, "Ambulation in labor." British Medical Journal 26 (August 1978) : 591-593.
- Fridh, G. et al. 1988. Factors Associated with More Intense Labor Pain. Research in Nursing & Health. 11: 117 – 124.
- Genest, M. 1981. Preparation for childbirth – Evidence for efficacy. Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing 10: 82–85.
- Gorrie, T. M. et al. 1994. Foudations of maternal - newborn nursing. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Hedlin, Anna M., & Dostrovsky, J. 1978. Understanding the physiology of pain. The Canadian Nurse 75: 28–30.
- Holmes, J., & Magiera, L.1987. Maternity and nursing. New York: Macmillan publishing Company.
- Hughes, J. 1975. Lotation of an endogenous compound from the brain with pharmacological properties similar to morphine. Brain Research 88: 295–308.
- Jensen, M. D., & Bobak, I. M. 1985. Maternity and gynecologic care. 3<sup>rd</sup> ed. Saint Louis: The C. V. Moshay.
- Johnson, M. 1977. Assessment of clinical pain. In A.K. Jacox. Pain: A source book for nurses and other health professional. 5<sup>th</sup> ed. pp. 139 – 166. Boston: little Brown.
- Lewis, S. M., & Collier, I. C. 1992. Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems. 3<sup>rd</sup> ed. st. Louis: Mosby Year Book.
- Light, H. K., & Fenster, C. 1974. Maternal concerns during pregnancy. American Journal of Obstetric and Gynecology. 118: 45 – 50.
- Lowe, N.K. 1989. Explaining the pain of active labor: The Importance of maternal confidence. Research Nursing & Health. 12: 237 – 245.
- Luckmann, J., & Sorensen, K. C. 1987. Medical – surgical nursing: A psychobiologic Approach. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Sauners.
- Lynn, B. 1986. The detection of injury and tissue damage. In P. D. Wall, and Melzack,R.(eds.) Textbook of pain, pp. 29. Edinbergh: Churchill Livingstone.

- Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., & Pinol, A. 1997. Sample Size Table for Clinical Studies, 2<sup>nd</sup> ed. Malden: Blackwell Science.
- May, K. A. 1982. Three phases of father involvement in pregnancy. Nursing Research 31: 337– 342.
- McCaffery, M. 1979. Nursing Management of the Patient with Pain. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: R. A. Davis.
- Mcguire, D.B., & Sheidoer, V.R. 1993. Pain. In S.L.Ciroenwald, M.Margret Trogge, and G. Michelle (ed), Cancer Nursing principles and practice. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Melzack, R., & Wall, P. D. 1965. Pain mechanism: A new therapy. Science 89: 971–979.
- Neeson, J. D., & May, K. A. 1986. Comprehensive maternity nursing: nursing process and the childbearing family. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Nixon, M., Teschendorff, J., Finney, J., & Kamilowicz, W. 1997. Expanding the nursing repertoire: the effect of massage on post – operative pain. Australian Journal of Advanced Nursing 14 (3), 21-26.
- Oland, L. A. 1978. Pain perception. In D. A. Jones, C. F. Dumber, & M. M. Jirovee. (eds.), Medical–surgical nursing : A conceptual approach. pp. 1297–1322. New York: McGraw – Hill.
- Pert, C. B., & Synder, S. H. 1973. Opiate receptor: Demonstration in nervous tissue. Science 179: 577–579.
- Polit, D.F.,& Hungler, B.P. 1995. Nursing research: Principles and methods. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D.F.,& Beck, C.T. 2004. Nursing research principles and methods. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Price, D. D. & Harkin, S. W. 1992. Psychophysical approaches to pain measurement. In D. C. Turk, R. Melzack. Handbook of pain assessment. New York: The Guilford Press.
- Puntillo, K. A. 1993. Pain In M. R. Kinney, D. R. Packa, & S. B. Dunbar (eds.) AACN's Clinical Reference for Critical Care Nursing 3<sup>rd</sup> ed, pp. 329–346. St Louis: Mosby.
- Reeder, S. R., and Martin, L. L. 1987. Maternity nursing: Family, newborn and women's health care. 16<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.



- Reeder, S. R., Martin, L. L. & Konia, K. D. 1992. Maternity nursing: Family newborn and women's health care. 17<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Revill, S. I. et al. 1976. The reliability of a linear analogue for evaluating pain. Anesthesia 31: 1191 – 1198.
- Rush, J. et al. 1996. The Effects of whirlpool Bath in labor: A Randomized controlled trial. Birth 23 (3): 136 - 143.
- Sherwen, L., Scoloveno, M. A., & Weingarten, C. T. 1999. Nursing care of the childbearing family. 2<sup>nd</sup> ed. Norwalk: Appleton and Lange.
- Simkin, Penny P. & MaryAnn O'Hara. 2002. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. American Journal of Obstetrics and Gynecology 185 (5), 131-159.
- Simpson, K. K., & Cheehan, P. A. 1996. Perinatal Nursing. New York: Lippincott-Raven Publishing.
- Stewart, M. L. 1977. Measurement of clinical pain: In pain a source book for nurse and other health professionals. Jacox, A. K. Boston: Little Brown.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. 1989. Using Multivariate Statistics. Harper Collins. 10 East 53d Street, NY, 10022.
- Tappen, M. 1988. Healing massage techniques : Holistic, classic and emerging methods. 2<sup>nd</sup> ed. Norwalk : Appleton & Lange.
- Thomas, T. A., Fletcher, J. E., & Hill, R.G. 1982. Influence of indication, pain and progress on labor on plasma – endorphin link immunoreactivity. British Journal of Anesthesia 54: 401 – 407.
- Tompson, E. D. 1995. Introduction to maternity and pediatric nursing. Philadelphia: W. B. Saunders Company,
- Walker, L. O. 1992. Parent infant nursing science: paradigm, phenomenon, methods. Philadelphia: F. A. Davis.
- White, J.A. 1988. Touching with intent : Therapeutic massage. Holistic Nursing Practice, 2(3), 63 - 67.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร พุ่มดวง  
ภาควิชาสถิติ – นรีเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภาพ ไทยแท้  
ภาควิชาสถิติ – นรีเวช วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
3. คุณหญิงศรี อู่เกียรติ  
หัวหน้างานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
4. คุณอรพิน ลีจิตานนท์  
หัวหน้าแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
5. อาจารย์วิจรรย์ สุขนวนวัฒน์  
อาจารย์พยาบาลภาควิชาสถิติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการนัดโดยสามี ประกอบด้วย

1. คู่มือการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
2. แผนการสอนเรื่องความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
3. ภาพพลิกเรื่องความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
4. คู่มือการเตรียมสามี

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด (Visual Analogue Scale : VAS)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง ได้แก่

1. แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนัดของสามี
2. แบบประเมินการนัด

ผู้สนใจเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ทุกฉบับติดต่อที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการนวดโดยสามี ประกอบด้วย

1. คู่มือการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
2. แผนการสอนเรื่องความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
3. ภาพพลิกเรื่องความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
4. คู่มือการเตรียมสามี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

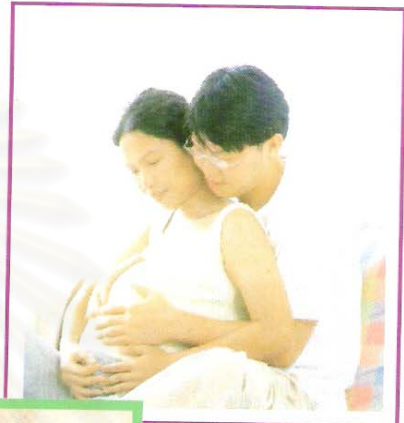


ตัวอย่าง

คู่มือการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# คู่มือ...การนวดเพื่อบรรเทา ความเจ็บปวดในระยะคลอด



จัดทำโดย

นางสุดารัตน์ ภิรมย์นุก

นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัจจา ทาโต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

การคลอดเป็นปรากฏการณ์ที่น่ายินดียิ่ง แต่กระบวนการคลอดก่อให้เกิดความเจ็บปวดเป็นอย่างมากแก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในระยะเจ็บครรภ์คลอด เพื่อให้การดำเนินการคลอดเป็นไปได้อย่างดี มีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก คู่มือเรื่องการนัดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามีมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถให้ความช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์คลอดด้วยการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดได้อย่างถูกต้อง

ผู้จัดทำหวังว่า คู่มือสำหรับสามีเรื่องการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด จะมีประโยชน์และเป็นแนวทางให้สามีสามารถนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม การดำเนินการคลอดเป็นไปได้อย่างดี ส่งผลให้มารดาและทารกมีความปลอดภัย











สุดารัตน์ ภิรมย์นง

ผู้จัดทำ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญ

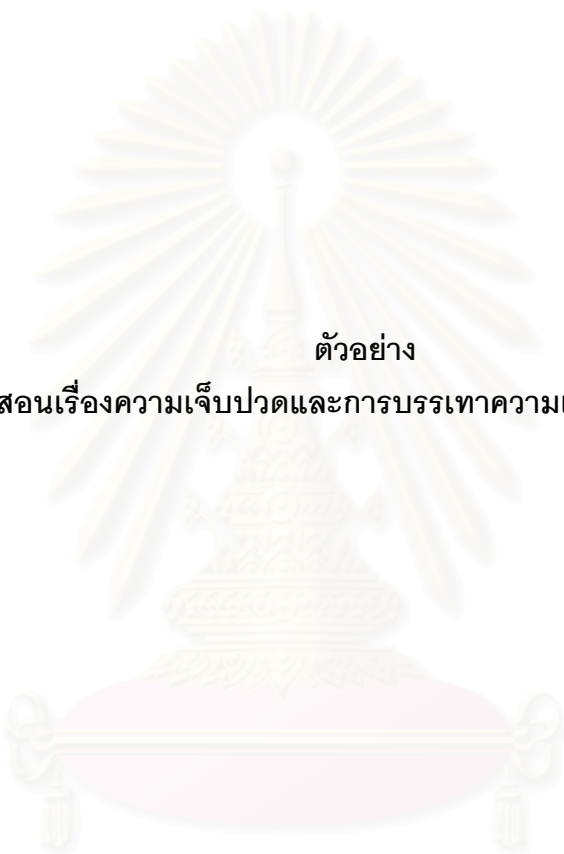
<u>เรื่อง</u>	<u>หน้า</u>
 การคลอด	1
 ความเจ็บปวดในระยะคลอด	2
 สาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด	2
 อาการเจ็บครรภ์เตือน	3
 ระยะต่างๆ ของการคลอด	4
 การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด	6
 บทบาทของสามีในการนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ในระยะคลอด	13
 การนัดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด	14
• การลูบหน้าท้อง	15
• การนวดบริเวณก้นกบ	16
• การนวดบริเวณขาด้านหน้า	17
• การนวดบริเวณขาด้านหลัง	18
• การบีบนวดบริเวณหัวเหน่า	19
 สรุป	20
 แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการนัด	21

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## การคลอດ

การคลอດเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับทารก รก เยื่อหุ้มรกและน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกสู่ภายนอก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีความไม่สุขสบายเกิดขึ้น สร้างความเครียดและหวาดกลัวให้หญิงตั้งครรภ์เป็นอันมากและเมื่อมีความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอດ ยิ่งทำให้ความกลัวและความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นเกิดเป็นวงจร เรียกว่า วงจรความกลัว-ความเครียด- ความเจ็บปวด





ตัวอย่าง  
แผนการสอนเรื่องความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แผนการสอนเรื่องความเจ็บปวดในระยะคลอดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

ผู้สอน นางสุดารัตน์ ภิรมย์นุก

ผู้เรียน หญิงครรภ์แรกและสามี จำนวน 3 – 4 คู่

วิธีสอน บรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

สถานที่ ห้องสอนสุขศึกษา แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์การเรียนรู้การสอน

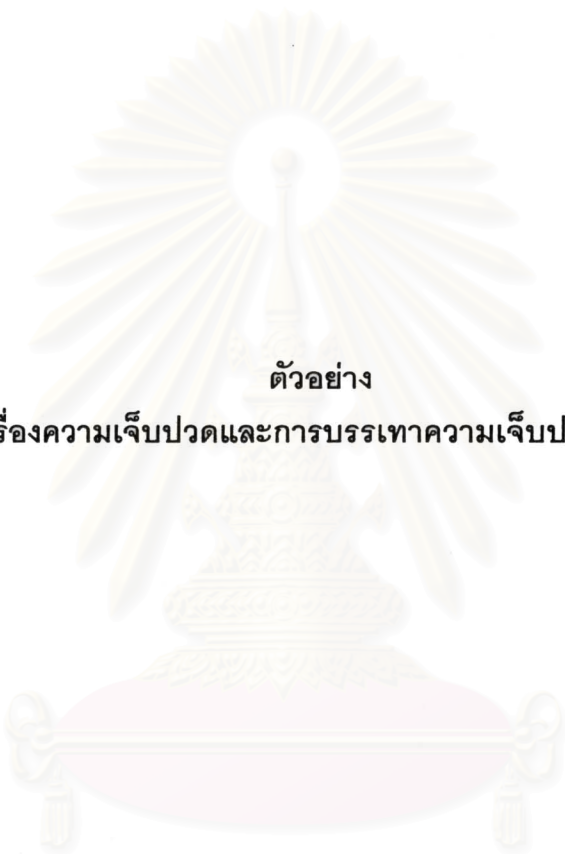
1. หญิงครรภ์แรกและสามีสามารถอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด และระยะต่างๆ ของการคลอดได้
2. หญิงตั้งครรภ์และสามีสามารถบอกถึงวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้
3. สามีสามารถนวดเพื่อลดความเจ็บปวดให้กับหญิงตั้งครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>1. หญิงตั้งครรภ์ และสามี สามารถบอกถึง กลไกการเกิด ความเจ็บปวด ในระยะคลอด ได้</p>	<p><b>บทนำ</b> การคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับทารก รก เยื่อหุ้มรก และน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกสู่ภายนอก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีความไม่สุขสบายเกิดขึ้น สร้างความเครียดและหวาดกลัวให้หญิงตั้งครรภ์เป็นอันมาก และเมื่อมีความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด ยิ่งทำให้ความกลัวและความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจร เรียกว่า วงจรความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด ดังนั้นจึงควรมีการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด เพื่อให้กระบวนการคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี และหญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม</p> <p><b>ความเจ็บปวดในระยะคลอด</b> หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานของผู้คลอดที่เกิดจากการหดรัดตัวของมดลูกในระยะเจ็บครรภ์คลอดของหญิงครรภ์แรก ซึ่งความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานนี้จะเพิ่มขึ้นตามความแรงของการหดรัดตัวของมดลูก</p> <p><b>สาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด</b> ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งแตกต่างกันออกไปตามแต่ละระยะของการคลอด โดยสาเหตุที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายได้ดังนี้</p>	<p>- ผู้สอนกล่าวคำทักทาย และแนะนำตัว</p> <p>- ผู้สอนให้หญิงตั้งครรภ์และสามีแนะนำชื่อเป็นรายบุคคลเพื่อสร้างความคุ้นเคย</p> <p>- ผู้สอนนำเข้าสู่บทเรียน</p> <p>- ผู้สอนซักถาม กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์และสามีบอกถึงความหมายของความเจ็บปวดและสาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด</p> <p>- ผู้สอนสรุปและบรรยาย</p>	<p>- ภาพพลิกแสดงวงจร ความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด</p> <p>- ภาพพลิกแสดงข้อความ ข้อความ ความหมายของความเจ็บปวดในระยะคลอด สาเหตุของการเกิดความ</p>	<p>- หญิงตั้งครรภ์และสามีตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง</p> <p>- หญิงตั้งครรภ์และสามีตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง</p>



วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>2. หญิงตั้งครรภ์และสามีสามารถบอกถึงอาการเจ็บครรภ์เดือนและเจ็บครรภ์จริงได้</p>	<p>1. การขาดออกซิเจน เนื่องจากการหดตัวของมดลูกทำให้การไหลเวียนของเลือดไปสู่มดลูกไม่สะดวก ยิ่งมดลูกมีการหดตัวมากขึ้นเท่าใด เนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อมดลูกยิ่งขาดออกซิเจนมากขึ้นทำให้ความเจ็บปวดมากขึ้น</p> <p>2. การยืดขยายของปากมดลูก กล้ามเนื้อรองรับเชิงกรานและฝีเย็บ ทำให้เกิดการดึงรั้งของเอ็นและข้อต่างๆ ทำให้เกิดความเจ็บปวด</p> <p>3. จากแรงกดดัน ขณะที่มีมดลูกหดตัวส่วนนำของทารกจะกดลงบนปลายประสาทบริเวณปากมดลูกและช่องคลอด รวมทั้งบางส่วนของท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ และทวารหนักทำให้เกิดความเจ็บปวด</p> <p><b>อาการเจ็บครรภ์เดือน</b> เป็นอาการเจ็บครรภ์ที่เกิดขึ้นในระยะก่อนการเจ็บครรภ์จริง มีอาการเจ็บครรภ์อย่างไม่สม่ำเสมอ และไม่สัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก เจ็บบริเวณท้องน้อย ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์ไม่เพิ่มขึ้นและไม่มีการเปิดขยายของปากมดลูกการพักมากๆ จะทำให้อาการเจ็บทุเลาและหายไป</p> <p><b>อาการเจ็บครรภ์จริง</b> เป็นอาการเจ็บครรภ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอด โดยอาการเจ็บครรภ์จะมีความสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก ลักษณะการเจ็บจะเจ็บบริเวณหลัง ไกล่บนั่นเอง (กระเบนเหน็บ) ราวมาถึงหน้าขา 2 ข้างและหน้าท้อง ความถี่และ</p>	<p>เพิ่มเติม</p> <p>- ผู้สอนอธิบายถึงอาการเจ็บครรภ์เดือนและเจ็บครรภ์จริง และซักถามกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์และสามีมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น</p>	<p>เจ็บปวดในระยะคลอด</p> <p>- ภาพพลิกแสดงข้อความอาการเจ็บครรภ์เดือนและเจ็บครรภ์จริง</p>	<p>ประเมินผล</p> <p>- หญิงตั้งครรภ์และสามีตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง</p>

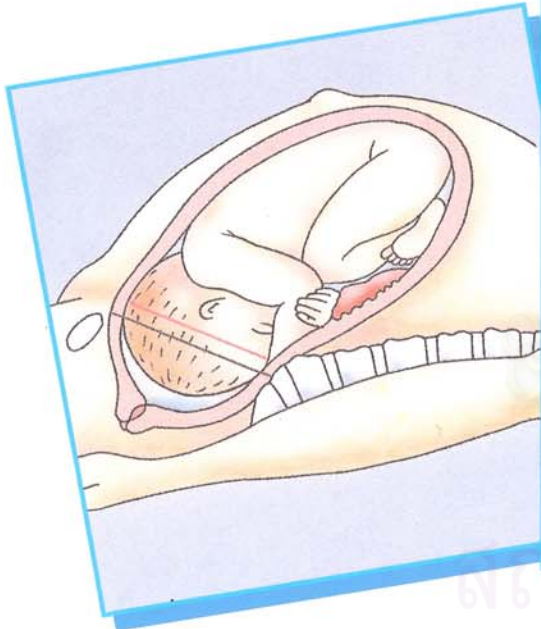


ตัวอย่าง

ภาพพลิกเรื่องความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# ความเจ็บปวดและการบรรเทา ความเจ็บปวดในระยะคลอด



จัดทำโดย

นางสุดาร์ตน์ ภิรมย์นุก

นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

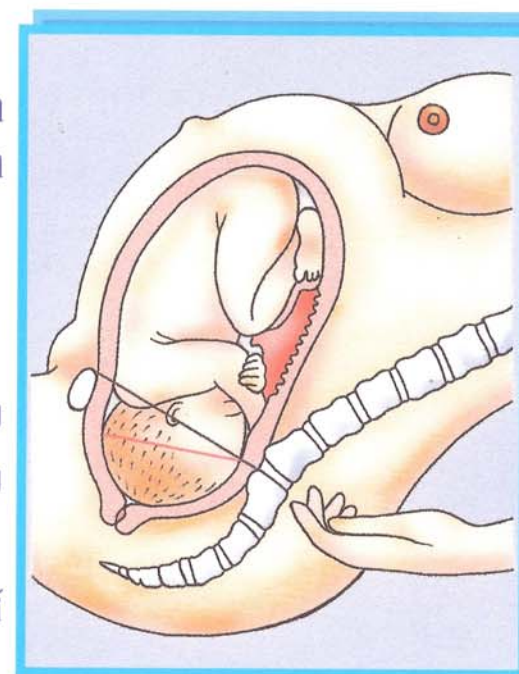
# ความเจ็บปวดในระยะคลอด

## ความเจ็บปวดในระยะคลอด

หมายถึง ความรู้สึกไม่สบาย หรือทุกข์ทรมานของผู้คลอดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งการหดตัวของมดลูกทำให้เกิดการขาดออกซิเจน ปากมดลูกเปิดขยายออกและทารกถูกบีบไล่ให้เคลื่อนต่ำลงตามช่องทางคลอด

## สาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด

1. การหดตัวของมดลูกทำให้เกิดการขาดออกซิเจน การไหลเวียนของเลือดไปสู่มดลูกไม่สะดวก ยิ่งมดลูกมีการหดตัวมากขึ้นเท่าใด เนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อมดลูกยิ่งขาดออกซิเจนมากขึ้นทำให้ความเจ็บปวดมากขึ้น
2. การยืดขยายของปากมดลูก กล้ามเนื้อรองรับเชิงกรานและฝีเย็บ ทำให้เกิดการดึงรั้งของเอ็นและข้อต่างๆ ทำให้เกิดความเจ็บปวด
3. จากแรงกดดัน ขณะที่มดลูกหดตัวส่วนนำของทารกจะกดลงบนปลายประสาทบริเวณปากมดลูกและช่องคลอด รวมทั้งบางส่วนของท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ และทวารหนักทำให้เกิดความเจ็บปวด







ตัวอย่าง  
คู่มือการเตรียมสามี

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## คู่มือการเตรียมสามี

ประกอบการจัดกิจกรรม  
เรื่อง  
การนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
โดยนางสุดารัตน์ ภิรมย์นุก  
นิสิตปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## การจัดกิจกรรมครั้งที่ 1

- เรื่อง**
- 1) ความเจ็บปวดในระยะคลอด
  - 2) การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

<b>วิธีการสอน</b>	บรรยายและฝึกปฏิบัติ
<b>ผู้สอน</b>	ผู้วิจัย
<b>ผู้เรียน</b>	หญิงตั้งครรภ์และสามี 3-4 คู่
<b>สถานที่</b>	แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
<b>เวลาที่สอน</b>	1 ชั่วโมง 30 นาที

### การจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 ประกอบด้วย

1. การให้ความรู้เรื่อง
  - 1.1 สาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด
  - 1.2 ระยะต่างๆ ของการคลอด
  - 1.3 การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
  - 1.4 การนอนเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
2. การฝึกปฏิบัติการนอนเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด

**วัตถุประสงค์ทั่วไป** เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนหญิงตั้งครรภ์และสามีสามารถ

1. อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้
2. อธิบายระยะต่างๆ ของการคลอดได้
3. บอกถึงวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้
4. สามารถนอนเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้

กิจกรรมที่ 1	กิจกรรม	ระยะเวลา	สื่อการสอน
	<p><b>การสร้างสัมพันธภาพ</b></p> <p>1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัวกับ หญิงตั้งครรภ์และสามี</p> <p>2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และ รายละเอียดในการดำเนินการทดลองแก่ หญิงตั้งครรภ์และสามี</p> <p><b>การให้ความรู้</b></p> <p>3. ผู้วิจัยซักถามหญิงตั้งครรภ์และสามีถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของ ความเจ็บปวดในระยะคลอดและสาเหตุของ การเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด</p> <p>4. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่สามีและหญิงตั้งครรภ์ โดยสอนตามแผนการสอนเรื่อง</p> <p>4.1 ความเจ็บปวดในระยะคลอด</p> <p>4.2 สาเหตุของการเกิดความเจ็บปวดใน ระยะคลอด</p> <p>4.3 อาการเจ็บครรภ์เตือนและอาการเจ็บ ครรภ์จริง</p> <p>4.4 ระยะเวลาต่างๆของการคลอด</p> <p>4.5 การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะ คลอดโดยวิธีการใช้ยา</p> <p>4.6 การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะ คลอดโดยวิธีการไม่ใช้ยา</p> <p>4.7 ผู้วิจัยให้ความรู้แก่สามีและหญิง ตั้งครรภ์เกี่ยวกับบทบาทของสามีในการนวด เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด</p> <p>5. ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์และสามีซักถามข้อ สงสัย</p>	<p>5 นาที</p> <p>5 นาที</p> <p>20 นาที</p> <p>5 นาที</p>	<p>- ภาพพลิกแสดงวงจร ความ กลัว ความเครียด ความ เจ็บปวด</p> <p>- คู่มือการนวดเพื่อบรรเทา ความเจ็บปวดในระยะคลอด</p> <p>- ภาพพลิกแสดงข้อความ ความหมายของความ เจ็บปวดในระยะคลอด สาเหตุของการเกิดความ เจ็บปวดในระยะคลอด</p> <p>อาการเจ็บครรภ์เตือนและ เจ็บครรภ์จริง และระยะต่างๆ ของการคลอด</p> <p>- ภาพพลิกแสดงข้อความ การบรรเทาความเจ็บปวดใน ระยะคลอด และประเภทของ ยาที่ใช้ในการบรรเทาความ เจ็บปวดในระยะคลอด</p> <p>- ภาพพลิกแสดงข้อความ บทบาทของสามีในการนวด เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดใน ระยะคลอด</p>



ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เลขที่แบบประเมิน.....

กลุ่มทดลอง ( ) กลุ่มควบคุม ( )

ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์

1. ชื่อ.....นามสกุล.....

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย

อนุปริญญา

ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

อื่นๆ (ระบุ).....

4. อาชีพ

งานบ้าน/ไม่ได้ทำงาน

เกษตรกร

ค้าขาย

รับจ้าง

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

อื่นๆ (ระบุ).....

5. ที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....

6. สัมพันธภาพระหว่างสามีและหญิงตั้งครรภ์

ไม่มีข้อขัดแย้ง

มีข้อขัดแย้งและทะเลาะกันนานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)

มีข้อขัดแย้งและทะเลาะกันประจำ (มากกว่า 2 ครั้ง/เดือน)



### ข้อมูลส่วนบุคคลของสามี

1. ชื่อ.....นามสกุล.....

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย

อนุปริญญา

ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

อื่นๆ (ระบุ).....

4. อาชีพ

งานบ้าน/ไม่ได้ทำงาน

เกษตรกร

ค้าขาย

รับจ้าง

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

อื่นๆ (ระบุ).....

5. ประสบการณ์ด้านการนวด

มี

ไม่มี

6. อื่นๆ .....

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด

เลขที่แบบประเมิน.....

กลุ่มทดลอง ( ) กลุ่มควบคุม ( )

**คำชี้แจง** แบบประเมินความเจ็บปวดในระยะคลอด ประกอบด้วย 2 ส่วน

**ส่วนที่ 1** เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้คลอด

**ส่วนที่ 2** เป็นแบบวัดระดับความเจ็บปวดแบบ Visual Analogue Scale

ใช้วัดระดับความเจ็บปวดขณะระอคลอด โดยผู้คลอดเป็นผู้ประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองและ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านผลแล้วลงบันทึก

**ส่วนที่ 3** เป็นแบบวัดความตึงเครียดทางกายแบบ Visual Analogue Scale ใช้วัดระดับความตึงเครียดทางกายขณะเจ็บครรภ์คลอด โดยผู้คลอดเป็นผู้ประเมินความตึงเครียดทางกายด้วยตนเองและผู้วิจัยเป็นผู้อ่านผลแล้วลงบันทึก

#### ส่วนที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้คลอด

##### ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

##### ส่วนของผู้วิจัย

##### ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

น้ำหนักตัวของผู้คลอด.....กก. ส่วนสูง..... อายุครรภ์.....สัปดาห์  
เริ่มเจ็บครรภ์จริงเวลา.....ปากมดลูกเปิดหมดเวลา.....คลอดเวลา.....น.

##### การบันทึกการนวดของสามี

เริ่มนวดครั้งที่ 1 (ปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.) เวลา.....สิ้นสุดการนวดครั้งที่ 1 เวลา.....  
เริ่มนวดครั้งที่ 2 (ปากมดลูกเปิด 5-7 ซม.) เวลา.....สิ้นสุดการนวดครั้งที่ 2 เวลา.....  
เริ่มนวดครั้งที่ 3 (ปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.) เวลา.....สิ้นสุดการนวดครั้งที่ 3 เวลา.....

น้ำหนักทารกจากการคาดคะเน.....กรัม น้ำหนักทารกหลังคลอด.....กรัม

วิธีการคลอด.....Apgar scores.....

##### การแตกของถุงน้ำคร่ำ

( ) เจาะถุงน้ำ เวลา..... ( ) แตกเอง เวลา.....

**ส่วนที่ 2      แบบวัดความเจ็บปวดแบบ Visual Analogue Scale (ส่วนของผู้คลอด)**

คำชี้แจง      มาตรวัดต่อไปนี้เป็นมาตรวัดความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกตามความรู้สึกของท่าน ตั้งแต่ไม่มีความเจ็บปวดเลย (0) จนกระทั่งเจ็บปวดมากที่สุด (10) ให้ทำเครื่องหมาย (/) ทับลงบนเส้นตรงที่ตรงกับความรู้สึกเจ็บปวดของท่านมากที่สุดโดยให้ประเมินทันทีภายหลังจากที่มดลูกมีการคลายตัวจากการหดตัวแล้ว และให้ประเมินก่อนและหลังการนวดทุกครั้ง เริ่มตั้งแต่ปากมดลูก เปิด 3 – 4 เซนติเมตร จนปากมดลูก เปิด 10 เซนติเมตร



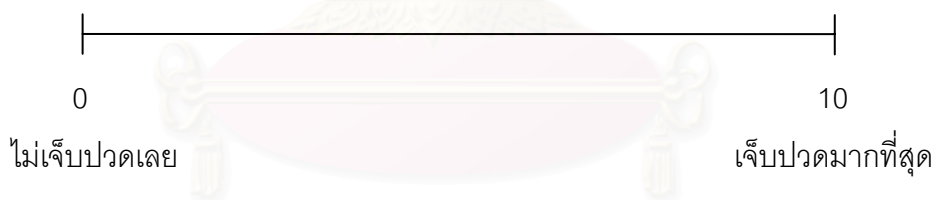
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ครั้งที่ 1

ก่อนนวด



หลังนวด



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่

### การบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวด

กรณำบันทึกการฝึกปฏิบัติการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอดตามที่ท่านได้ฝึกปฏิบัติจริง โดยบันทึกวันที่ ช่วงเวลาที่ฝึกปฏิบัติ แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องฝึกปฏิบัติ เมื่อท่านฝึกปฏิบัติ และ / ในช่องไม่ฝึกปฏิบัติ หากท่านไม่ได้ฝึกปฏิบัติ

ครั้งที่	วันที่	ไม่ได้ฝึกปฏิบัติ (พร้อมระบุสาเหตุ)	ฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาที่ฝึก (นาที)	ผู้บันทึก
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				



เลขที่แบบประเมิน.....

## แบบประเมินการนวด

**คำชี้แจง** แบบประเมินการนวดเป็นแบบประเมินทักษะในการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดของ  
 สามี โดยทำเครื่องหมาย / ในช่องถูกต้องหากสามีทำการนวดได้ถูกต้อง และ / ในช่องไม่ถูกต้องเมื่อ  
 สามีทำการนวดได้ไม่ถูกต้อง

บริเวณที่นวด	การปฏิบัติการนวด	
	ปฏิบัติถูกต้อง	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง
การนวดท่าที่ 1 (การลูบหน้าท้อง) 1. การวางมือ 2. การลงน้ำหนักมือ 3. จำนวนครั้งที่นวด 4. จังหวะในการนวด 5. ความถูกต้องของท่านวด		
การนวดท่าที่ 2 (การนวดบริเวณก้นกบ) 1. การวางมือ 2. การลงน้ำหนักมือ 3. จำนวนครั้งที่นวด 4. จังหวะในการนวด 5. ความถูกต้องของท่านวด		
การนวดท่าที่ 3 (บริเวณขาด้านหน้า) 1. การวางมือ 2. การลงน้ำหนักมือ 3. จำนวนครั้งที่นวด 4. จังหวะในการนวด ความถูกต้องของท่านวด		

บริเวณที่นวด	การปฏิบัติกรนวด	
	ปฏิบัติถูกต้อง	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง
การนวดท่าที่ 4 (บริเวณขาด้านหลัง) 1. การวางมือ 2. การลงน้ำหนักมือ 3. จำนวนครั้งที่นวด 4. จังหวะในการนวด 5. ความถูกต้องของท่านวด		
การนวดท่าที่ 5 (บริเวณกระดูกหัวหน้า) 1. การวางมือ 2. การลงน้ำหนักมือ 3. จำนวนครั้งที่นวด 4. จังหวะในการนวด 5. ความถูกต้องของท่านวด		

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ.....  
 .....  
 .....

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

### 1. ค่าร้อยละ ใช้สูตร

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่}}{\text{จำนวนรวมทั้งหมด}} \times 100$$

### 2. คำนวณค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2543)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

$$\bar{X} = \text{ค่าเฉลี่ย}$$

$$\sum X = \text{ผลรวมของคะแนนทั้งหมด}$$

$$N = \text{จำนวนตัวอย่าง}$$

### 3. คำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2543)

$$S.D = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

$$S.D = \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน}$$

$$\sum X = \text{ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$\sum X^2 = \text{ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลังสอง}$$

$$N = \text{จำนวนตัวอย่าง}$$

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการนวด โดยสามี โดยใช้สูตร Dependent t – test (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2540)

$$t = \frac{\bar{d}}{S_D / \sqrt{n}}$$

$\bar{d}$  = ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

$S_D$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

$n$  = จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่าง

$df$  = จำนวนค่าที่มีอิสระ =  $n - 1$

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามีกับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สูตร Independent t – test (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2540)

$$t = \frac{\bar{d}_1 - \bar{d}_2}{\sqrt{S_p^2 \left[ \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

$\bar{d}_1$  = ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนของกลุ่มที่ 1

$\bar{d}_2$  = ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนของกลุ่มที่ 2

$S_p^2$  = ค่าความแปรปรวนร่วม

$n_1$  = จำนวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1

$n_2$  = จำนวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2





ภาคผนวก ง  
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล มีการนำเสนอตารางการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1 จำแนกหญิงตั้งครรภ์ตาม ระดับการศึกษา และระดับสัมพันธภาพระหว่างสามีและหญิงตั้งครรภ์
- ส่วนที่ 2 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ด้วยสถิติ One – Sample Kolmogorov – Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01
- ส่วนที่ 3 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ด้วยสถิติ One – Sample Kolmogorov – Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01
- ส่วนที่ 4 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรม SPSS โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบ 90% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01
- ส่วนที่ 5 ข้อมูลคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
- ส่วนที่ 6 ข้อมูลการฝึกปฏิบัติการนวดของสามีในกลุ่มทดลอง



**ส่วนที่ 2** การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ในระยะปากมดลูกเปิดช้า (Pretest1 และ Posttest 1) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Pretest 2 และ Posttest 2) และระยะเปลี่ยนผ่าน (Pretest 3 และ Posttest 3) ด้วยสถิติ One – Sample Kolmogorov – Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

**ตารางที่ 8** การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ด้วยสถิติ One – Sample Kolmogorov – Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

One – Sample Kolmogorov – Smirnov test

	Total score of pretest 1 (exp.Gr.)	Total score of posttest 1 (exp.Gr.)	Total score of pretest 2 (exp.Gr.)	Total score of posttest2 (exp.Gr.)	Total score of pretest 3 (exp.Gr.)	Total score of posttest 3(exp.Gr.)
N	25	25	25	25	25	25
Normal Parameters <sup>a,b</sup> Mean	37.76	11.80	59.60	23.04	92.04	53.32
Std.Deviation	8.268	5.212	6.344	5.319	4.208	6.908
Most Extreme Differences						
Absolute	.094	.144	.120	.142	.119	.155
Positive	.080	.144	.120	.089	.086	.125
Negative	-.094	-.139	-.078	-.142	-.119	-.155
Kolmogorov – Smirnov Z	.470	.722	.598	.712	.597	.773
Asymp. Sig. (2-tailed)	.980	.674	.867	.690	.869	.589

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ

**ส่วนที่ 3** การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ในระยะปากมดลูกเปิดช้า (Pretest1 และ Posttest 1) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Pretest 2 และ Posttest 2) และระยะเปลี่ยนผ่าน (Pretest 3 และ Posttest 3) ด้วยสถิติ One – Sample Kolmogorov – Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

**ตารางที่ 9** การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ด้วยสถิติ One – Sample Kolmogorov – Smirnov test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

One – Sample Kolmogorov – Smirnov test

	Total score of pretest 1 (con.Gr.)	Total score of posttest 1 (con.Gr.)	Total score of pretest 2 (con.Gr.)	Total score of posttest2 (con.Gr.)	Total score of pretest 3 (con.Gr.)	Total score of posttest3 (con.Gr.)
N	25	25	25	25	25	25
Normal Parameters <sup>a,b</sup> Mean	36.36	30.36	57.80	57.80	94.36	90.28
Std.Deviation	3.463	6.614	8.067	8.067	6.217	8.359
Most Extreme Absolute	.143	.211	.164	.164	.264	.194
Differences Positive	.143	.211	.164	.164	.188	.178
Negative	-.086	-.146	-.090	-.090	-.264	-.194
Kolmogorov – Smirnov Z	.715	1.055	.820	.820	1.322	.969
Asymp. Sig. (2-tailed)	.687	.216	.511	.511	.061	.304

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ



**ส่วนที่ 4** การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรม SPSS โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบ 90% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

**ตารางที่ 10** การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรม SPSS โดยกำหนดให้มีอำนาจการทดสอบ 90% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

#### Two-Sample T-Test Power Analysis

Power	Allocation								
	N1	N2	Ratio	Alpha	Beta	Mean1	Mean2	S1	S2
0.91134	21	21	1.000	0.01000	0.08866	5.6	7.5	2.0	1.0
0.91263	15	15	1.000	0.05000	0.08737	5.6	7.5	2.0	1.0
0.80235	16	16	1.000	0.01000	0.19765	5.6	7.5	2.0	1.0
0.81074	11	11	1.000	0.05000	0.18926	5.6	7.5	2.0	1.0

จากตารางที่ 10 พบว่า เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบ 90% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 พบว่า ต้องการกรกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 21 คน

ส่วนที่ 5 ข้อมูลคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 11 คะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้าของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	คะแนนผลต่าง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	คะแนนผลต่าง
	1	36	10	16	33	25
2	51	29	22	34	28	6
3	30	7	23	36	34	2
4	19	3	16	37	35	2
5	32	7	25	36	31	5
6	30	15	15	35	30	5
7	42	19	23	33	27	6
8	24	7	17	38	31	7
9	30	8	22	37	32	5
10	45	18	27	37	34	3
11	34	9	25	34	30	4
12	39	16	23	35	30	5
13	40	7	33	33	30	3
14	35	9	26	38	30	8
15	48	17	21	31	21	10
16	46	15	31	39	21	18
17	46	14	32	35	24	11
18	56	28	28	36	29	7
19	37	13	24	31	29	2
20	41	11	30	48	57	-9
21	35	14	21	39	33	6
22	39	12	27	39	30	9
23	37	17	20	38	32	6
24	38	19	19	37	29	8
25	34	11	23	40	27	13
Mean	37.76	11.80	25.96	36.36	30.36	6.00
S.D	8.27	5.21	6.59	3.46	6.61	4.81

ตารางที่ 12 คะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คู่มือ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการ	หลังการ	คะแนน	ก่อนการ	หลังการ	คะแนน
	ทดลอง	ทดลอง		ทดลอง	ทดลอง	
			ผลต่าง			ผลต่าง
1	62	18	44	61	55	6
2	63	14	49	59	51	8
3	57	9	48	55	47	8
4	67	26	41	63	51	12
5	55	29	26	70	64	6
6	49	23	26	54	47	7
7	62	20	42	70	53	17
8	58	14	44	62	52	10
9	56	26	30	69	62	7
10	73	26	47	53	41	12
11	62	28	34	60	52	8
12	54	21	33	53	41	12
13	58	18	40	61	54	7
14	54	23	31	51	50	1
15	70	30	40	47	34	13
16	58	24	34	48	34	14
17	60	22	38	53	34	19
18	48	25	23	50	38	12
19	68	29	39	57	37	20
20	60	24	36	79	83	-4
21	57	22	35	50	47	3
22	62	31	31	53	31	22
23	55	25	30	53	50	3
24	53	26	27	50	47	3
25	69	23	46	64	47	17
Mean	59.60	23.04	36.56	57.80	48.08	9.72
S.D	6.34	5.32	7.50	8.07	11.27	6.31

ตารางที่ 13 คะแนนความเจ็บปวดในระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง  
คะแนนความเจ็บปวดในระยะเวลาเปลี่ยนผ่านของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน  
และหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อนการ	หลังการ	คะแนน	ก่อนการ	หลังการ	คะแนน
	ทดลอง	ทดลอง	ผลต่าง	ทดลอง	ทดลอง	ผลต่าง
1	91	98	40	51	92	6
2	98	99	34	64	97	2
3	95	100	43	52	98	2
4	94	98	45	49	95	3
5	95	99	31	64	97	2
6	97	98	43	54	95	3
7	97	99	47	50	91	8
8	90	98	43	47	93	5
9	88	99	38	50	98	1
10	97	99	37	60	98	1
11	90	98	36	54	97	1
12	88	97	38	50	95	2
13	83	93	41	42	87	6
14	98	99	36	62	98	1
15	94	97	40	54	94	3
16	93	80	32	61	70	10
17	95	91	35	60	78	13
18	90	78	40	50	76	2
19	96	86	37	59	80	6
20	92	96	42	50	95	1
21	85	87	44	41	88	-1
22	89	88	28	61	80	8
23	88	90	46	42	78	12
24	91	98	32	59	97	1
25	87	94	40	47	90	4
Mean	92.04	94.36	38.72	53.32	90.28	4.08
S.D	4.21	6.02	4.95	6.91	8.36	3.69

ส่วนที่ 6 ข้อมูลการฝึกปฏิบัติการนวดของสามีในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 14 ข้อมูลการฝึกปฏิบัติการนวดของสามีในกลุ่มทดลอง

ครั้งที่	วันที่	ไม่ได้ฝึกปฏิบัติ (พร้อมระบุสาเหตุ)	ฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาที่ฝึก (นาที)	ผู้บันทึก
1	5 ส.ค. 49		√ (35 นาที)	สนทยา
2	6 ส.ค. 49		√ (40 นาที)	สนทยา
3	7 ส.ค. 49		√ (30 นาที)	สนทยา
4	8 ส.ค. 49		√ (35 นาที)	สนทยา
5	9 ส.ค. 49		√ (35 นาที)	สนทยา
6	10 ส.ค. 49		√ (30 นาที)	สนทยา
7	11 ส.ค. 49		√ (30 นาที)	สนทยา
8	12 ส.ค. 49	√ (ไปต่างจังหวัด)		สนทยา
9	13 ส.ค. 49	√ (ไปต่างจังหวัด)		สนทยา
10	14 ส.ค. 49		√ (40 นาที)	สนทยา
11	15 ส.ค. 49		√ (35 นาที)	สนทยา
12	16 ส.ค. 49		√ (30 นาที)	สนทยา
13	17 ส.ค. 49		√ (40 นาที)	สนทยา
14	18 ส.ค. 49		√ (35 นาที)	สนทยา
15	19 ส.ค. 49		√ (30 นาที)	สนทยา





ภาคผนวก จ

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้โปรแกรมการนวดโดยสามีต่อระดับความเจ็บปวด  
ในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก
2. ชื่อผู้วิจัย นางสุดารัตน์ ภิรมย์นุก นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
โทรศัพท์ที่ทำงาน 077- 272231 โทรศัพท์ที่บ้าน 077- 409071  
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06 -1200010  
E-mail address : [Sudarat.ph@student.chula.ac.th](mailto:Sudarat.ph@student.chula.ac.th)
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้
  - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้สามีมีความสามารถในการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์โดยการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด
  - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการนวดโดยสามี กับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ระยะเปลี่ยนผ่าน และเพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก
  - 4.3 เป็นการศึกษาที่มีการจัดกิจกรรม ที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์จะถูกถอดออกเป็นรหัส ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของหญิงตั้งครรภ์
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยนี้จะจัดกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ออกเป็น 2 กลุ่ม
  - 5.1 กลุ่มที่ 1 จะได้รับการดูแลตามปกติ ตามที่โรงพยาบาลได้จัดให้หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดจากพยาบาลประจำห้องคลอด ประกอบด้วย การเตรียมความสะดวกเพื่อคลอด การวัดสัญญาณชีพ การฟังเสียง การเต้นของหัวใจทารก การตรวจการหดตัวของมดลูก การตรวจภายในช่องคลอด การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และการแนะนำวิธีควบคุมการหายใจ สำหรับระยะเวลาที่หญิงตั้งครรภ์จะต้องเกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยให้สามีเข้ามาอยู่ด้วยในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ในแต่ละระยะเป็นเวลา 30 นาที และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งละไม่เกิน 5 นาที จำนวน 6 ครั้ง ซึ่งจะเริ่มทำแบบสอบถามเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอาการเริ่มเจ็บครรภ์ และเจ็บครรภ์ถี่มากขึ้นจนใกล้คลอด
  - 5.2 กลุ่มที่ 2 จะได้รับกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้สามีมีความสามารถในการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์โดยการนวดเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยจัดกิจกรรมที่แผนกฝากครรภ์ ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ทั้งหมด 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ และเมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริงและเข้ารับบริการที่แผนก

ห้องคลอดจะได้รับการนัดจากสามี จำนวน 3 รอบๆ ละ 30 นาที โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งละไม่เกิน 5 นาที จำนวน 6 ครั้ง ซึ่งจะประเมินก่อนและหลังการนัดทุกครั้ง

6. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวรัตน์ ภิรมย์นุก ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 06 -1200010

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรับทราบอย่างรวดเร็ว

8. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับแต่ประการใด

9. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนในการเข้าร่วมการวิจัย

10. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประมาณ 50 คู่



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของการใช้โปรแกรมการนัดโดยสามีต่อระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดในหญิง  
ครรภ์แรก

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง.....

ข้าพเจ้า (นาง, นางสาว ) .....นามสกุล..... ได้ทราบรายละเอียดของ  
โครงการ เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการนัดโดยสามีต่อระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก”  
ได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้น  
ข้าพเจ้าได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อการสาธารณสุขของประเทศและได้ซักถามและเข้าใจ  
เกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้  
โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดย  
ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุป ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูล  
เกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ถ้ามีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง หรือโทรศัพท์ หมายเลข 06-1200010

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็น  
หลักฐานต่อหน้าพยาน

.....  
..... (.....)  
สถานที่ / วันที่ ..... ลงนามหญิงตั้งครรภ์

..... (นางสุดารัตน์ ภิรมย์นง)  
สถานที่ / วันที่ ..... ลงนามผู้วิจัยหลัก

..... (.....)  
สถานที่ / วันที่ ..... พยาน

..... (.....)  
สถานที่ / วันที่ ..... พยาน





## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสุดารัตน์ ภิรมย์นุก เกิดเมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2519 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2542 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2546 เข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาและทารก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย