

ประสิทธิผลโปรแกรมการนัดต่อการเผชิญความเครียด
และความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

ปริญญานิพนธ์
ของ
ชนรรทร พร้อมทรัพย์สิน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
มีนาคม 2549
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสิทธิผลโปรแกรมการนัดต่อการเผชิญความเครียด
และความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

บทคัดย่อ
ของ
ชนรรทร พร้อมทรัพย์สิน

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
มีนาคม 2549

ชนรรทร พร้อมทรัพย์สิน. (2549). *ประสิทธิผลโปรแกรมการนวดต่อการเผชิญความเครียดและความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด*. ปรินูณานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา).

กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม :
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วรรณเศรษฐ์สิน, รองศาสตราจารย์
ดร.ธาดา วิมลวัตรเวท

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการนวดต่อการเผชิญความเครียดและความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้คลอดครรภ์แรก ที่ห้องคลอดวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจงแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการนวด ส่วนกลุ่ม ควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสังเกตการเผชิญความเครียด และแบบวัดความเจ็บปวดเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรมการนวด และหลังได้รับโปรแกรมการนวด จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติที่

ผลการศึกษาพบว่า

1. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งในระยะแรกรับ ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร, 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร
2. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร, 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร
3. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร , 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร แต่ในระยะแรกรับมีคะแนนการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร, 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร

THE EFFECTIVENESS OF MASSAGE PROGRAM
ON STRESS COPING AND PAIN DURING
LABOUR PAIN

AN ABSTRACT
BY
CHANANTORN PROMSUPSIN

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
March 2006

CHANANTORN PROMSUPSIN. (2006). *The Effectiveness of Massage Program on Stress Coping and Pain during Labour Pain*. Master Thesis, M. Sc. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assist. Prof. Dr. Kamonmarn Virutsetazin, Assoc. Prof. Dr. Thada Wimonwatwatee.

This quasi – experimental research was designed to study the effectiveness of massage program on stress coping and pain during labour pain. The samples were primigravida who were admitted at delivery room in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. They were selected by purposive sampling and assigned into either control or experimental group by simple random sampling. There were 30 subjects in each group. The experimental group received the massage program whereas the control group received conventional care. The instruments were stress coping behavior observation and pain scale measurement. The data were analyzed through percentage, mean, standard deviation, t-test dependent and t-test independent.

The results were as follows :

1. In the post-test, the experimental group had mean of stress coping statistically significant higher than pre-test at .001 level in phase of admission, phase of 3-4 cm, 5-7 cm and 8-9 cm cervix dilatation.
2. In the post-test, the experimental group had mean of pain level statistically significant lower than pre-test at .001 level in phase of 3-4 cm, 5-7 cm and 8-9 cm cervix dilatation.
3. In the post-test, the experimental group had mean of stress coping statistically significant higher than the control group at .001 level in phase of 3-4 cm, 5-7 cm and 8-9 cm cervix dilatation, but in the phase of admission was not statistically significant higher than the control group.
4. In the post-test, the experimental group had mean of pain level statistically significant lower than the control group at .001 level in phase of 3-4 cm, 5-7 cm and 8-9 cm cervix dilatation.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ประสิทธิผลโปรแกรมการนัดต่อการเผชิญความเครียด
และความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

ของ
ชนรรทร พร้อมทรัพย์สิน

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
วันที่ เดือน มีนาคม พ.ศ. 2549

.....ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วรรธนะเศรษฐ์สิน)

.....กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภาพ ไทยแท้)

ประกาศคุณประการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ธาดา วิมลวัตรเวที กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพ ไทยแท้ กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มได้กรุณาเสียสละเวลาให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแนะนำตลอดจนช่วยตรวจแก้ไข ปรับปรุงการศึกษาวิจัยมาโดยตลอด รวมทั้งยังเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ จนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์เกษม แก้วเกียรติคุณ อาจารย์ เกศแก้ว วิมลมาลา คุณจริยา อุสังห์สวัสดิ์ คุณจิรพร กาญจนันท์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ประจำตึกทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บข้อมูล ตลอดระยะเวลาในการทำปริญญานิพนธ์จนสำเร็จลงได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัวที่ได้ให้กำลังใจ สนับสนุนช่วยเหลือทุกสิ่งทุกอย่างกับผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

ขอขอบคุณ คุณจิตตรา พลพงษ์ ที่คอยเป็นกำลังใจและช่วยเหลือผู้วิจัยจนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ชนรรทร พร้อมทรัพย์สิน

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	3
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	4
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	4
ตัวแปรที่ศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	7
 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	 9
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการคลอด.....	9
แนวคิด ทฤษฎีความเครียด และความเครียด.....	14
แนวคิด ทฤษฎีความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดใน ระยะคลอด.....	23
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการนวด.....	46
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	56
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	64
งานวิจัยในประเทศไทย.....	69
 3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	 78
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	78
แบบแผนการวิจัย.....	79
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	82
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	85

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	 90
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	 109
สังเขป ความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	109
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	109
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	109
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	110
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	110
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	111
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	111
อภิปรายผล.....	112
ข้อเสนอแนะ.....	115
ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป.....	115
 บรรณานุกรม.....	 116

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก.....	132
ภาคผนวก ก.....	133
ภาคผนวก ข.....	142
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	151

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	91
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามข้อมูลการคลอด.....	94
3	จำนวนและร้อยละภายในกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามระดับการเผชิญความเครียดก่อนการทดลองและภายหลัง การทดลองและจำแนกตามระยะการคลอด.....	96
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดก่อนการ ทดลองและภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่ม ควบคุม 30 คน จำแนกตามระยะการคลอด.....	99
5	จำนวนร้อยละภายในกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนก ตามระดับความเจ็บปวดก่อนการทดลองและหลังการทดลองและ จำแนกตามระยะการคลอด.....	101
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามระยะการคลอด.....	103
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดก่อน การทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามระยะการคลอด.....	104
8	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดหลังการ ทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามระยะการคลอด.....	105
9	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตาม ระยะการคลอด.....	107

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตาม ระยะการคลอด.....	108

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	7
2 กราฟแสดงระยะเวลาในการเปิดขายของปากมดลูกของผู้คลอดครรภ์แรก.....	12
3 แผนผังทฤษฎีควบคุมประตุ.....	25
4 ตำแหน่งของความเจ็บปวดในตอนต้นของระยะที่หนึ่งของการคลอด.....	30
5 ตำแหน่งที่มีการกระจายความเจ็บปวดจากการคลอดในตอนปลายระยะที่หนึ่ง และตอนต้นระยะที่สอง.....	31
6 ตำแหน่งความเจ็บปวดในตอนปลายระยะที่สองของการคลอด.....	32
7 การสนับสนุนทางสังคมและกลไกการยับยั้งความเครียด.....	62
8 โปรแกรมการนวดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของโคเฮนและวิลส์.....	64
9 รูปแบบการวิจัย.....	79
10 แผนการทดลอง.....	80
11 ขั้นตอนการทดลอง.....	81

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

การคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อขับไล่เอาสิ่งที่อยู่ภายในโพรงมดลูก ได้แก่ เด็ก รก เยื่อหุ้มเด็ก ผ่านช่องคลอดออกสู่ภายนอก ถึงแม้การคลอดจะเป็นเรื่องที่น่ายินดี และปลื้มปิติในการให้กำเนิด แต่กระบวนการคลอดก็ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ก่อให้เกิดความเจ็บปวดชนิดรุนแรง และเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เริ่มเกิดขึ้นเมื่อมดลูกหดรัดตัว และสิ้นสุดเมื่อทารกคลอดออกมา จากการศึกษาของบราวน์ริดจ์ (Brownridge. 1988 : 51-61) พบว่า ในบรรดาความเจ็บปวดของร่างกาย ความเจ็บปวดจากการคลอดจัดได้ว่ามีความรุนแรงมากที่สุด

ในระยะเริ่มต้นของการเจ็บครรภ์ ผู้คลอดมักกล่าวถึงความเจ็บปวดจากการคลอดด้วยรอยยิ้ม และคิดว่าเป็นเพียงความเจ็บปวดเล็กน้อย ต่อมาเมื่อมดลูกหดรัดตัวถี่และรุนแรงขึ้นจึงรู้สึกว่าเป็นความเจ็บปวดที่ทุกข์ทรมานมากจนไม่สามารถทนต่อไปได้ ผู้คลอดบุตรหลายคนมีความรู้สึกว่าความเจ็บปวดจากการคลอดบุตร เป็นความเจ็บปวดที่ไม่สามารถบรรยายถึงความเจ็บปวดด้วยคำพูด แต่จะแสดงออกทางสีหน้า การร้องไห้ เอะอะไยวาย หรือแสดงอาการดิ้นรน กระสับกระส่าย ร้องขอความช่วยเหลือ หรือขอยาบรรเทาอาการปวด (Sherwen, et al. 1991 : 642) มีผลทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นด้วย โดยหญิงตั้งครรภ์จะมีอารมณ์แปรปรวน เช่น โกรธง่ายอย่างไม่มีเหตุผล หงุดหงิดง่าย ซอบบ่น ไม่สบายโดยปราศจากพยาธิสภาพของร่างกาย

เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอด มดลูกหดรัดตัวอย่างสม่ำเสมอเป็นผลต่อการเปิดขยายของปากมดลูก แรงบีบของกล้ามเนื้อมดลูกเป็นการผลักดันให้ทารก และรกคลอดออกจากโพรงมดลูก (Pillitteri. 1992 : 468) ทำให้เกิดความเจ็บปวดเป็นเวลานานตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิดจนถึงเปิดได้ 10 ซม. ในระยะนี้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนของเซลล์กล้ามเนื้อมดลูก มีการยืดขยายมดลูกส่วนล่าง ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณปากมดลูกมีการยืดขยาย และบางลง มีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อเอ็นต่างๆ ทำให้เกิดแรงกดดันบนอวัยวะใกล้เคียง ความรู้สึกเจ็บปวดในระยะนี้จะอยู่บริเวณสะดือ หน้าท้อง ส่วนหลังตรงกระดูกกระเบนเหน็บ และบริเวณต้นขาทั้งสองข้าง (สมปอง ไข้หวทพริบ. 2543 : 26)

การคลอดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมอันเป็นสาเหตุทำให้สตรีในระยะคลอดเกิดความตึงเครียด (Clark, Affonso & Harris. 1979 : 356-367) ปัจจัยที่มีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อความตึงเครียดของสตรีในระยะคลอดสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เริ่มมีการตั้งครรภ์จนเข้าสู่ระยะของการคลอดก็คือ ความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งสตรีมีครรภ์จะมีความกลัวต่อความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ กลัวการอยู่ในโรงพยาบาล กลัวตนเองจะไม่ปลอดภัย กลัวทารกในครรภ์จะพิการ หรือได้รับอันตราย (Jensen, et al. 1980 : 216-217) กลัวสิ่งแวดล้อมในห้องคลอด เครื่องมือต่าง ๆ และกลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวขณะคลอด ความวิตกกังวล ความกลัวของสตรีมีครรภ์จะส่งผลทำให้เกิดความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์มากขึ้น จากการศึกษาของดิครีด (Dick-Read. 1984: 196-197) พบว่าความกลัวจะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงเครียด ทำให้รบกวนต่อการไหลเวียนของกระแสโลหิต และการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก การเกิดความตึงเครียดที่กล้ามเนื้อเรียบบริเวณมดลูกส่วนกลาง และปากมดลูก จะเป็นแรงต้านทำให้ปากมดลูกเปิดช้า และเกิดความเจ็บปวดในขณะมดลูกหดตัว เมื่อมีความเจ็บปวดมากขึ้น ความกลัวก็จะเพิ่มมากขึ้น ความตึงเครียดมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นความกลัว ความตึงเครียด ความเจ็บปวด (Fear – Tension – Pain Syndrom) จึงเป็นกลุ่มอาการที่เป็นวงจรต่อเนื่อง เมื่อสตรีมีครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์มากกว่าปกติก็จะแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ ผิดหวัง เกิดความทุกข์ทรมานจากการคลอดอย่างมาก ร้องเอะอะ วิงวายน ควบคุมตัวเองไม่ได้ กระสับกระส่าย ไม่ให้ความร่วมมือในการคลอด ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายหรืออาจเกิดการคลอดล่าช้า (Reeder & Martin. 1987 : 502) และอาจสิ้นสุดการคลอดด้วยการใช้สูติศาสตร์หัตถการ อาจส่งผลให้มารดาและทารกได้รับอันตรายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยคลอดนี้ได้ นอกจากนี้ความเจ็บปวดจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ทำให้สารชีวเคมีในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง มีการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้น ทำให้การหดตัวของมดลูกผิดปกติ ปริมาณเลือดไปเลี้ยงมดลูกรวมทั้งปริมาณออกซิเจนไปสู่ทารกในครรภ์ลดลง เกิดภาวะอันตรายต่อทารกคือ ภาวะเลือดเป็นกรด (Fetal acidosis) ภาวะหายใจลำบาก (Fetal distress) และภาวะขาดออกซิเจน (Fetal anoxia) ตามมาได้ (Jimenez. 1988 : 97-116)

เนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอดทำให้ผู้คลอดได้รับความทุกข์ทรมาน การบรรเทาความเจ็บปวดเพื่อให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ และยังไม่มียาใดที่ระงับได้แน่นอน แม้ว่าจะมีวิธีระงับปวดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การใช้ในตรัสออกไซด์สูดดม การฉีดยาเพรทิดีน ยานอนหลับ และการฉีดยาสกัดกั้นประสาทพิวเดนดัล (Pudendal block) ล้วนไม่มี

ประสิทธิภาพเพียงพอในการลดความเจ็บปวด นอกจากนั้นยังพบว่าวิธีลดความเจ็บปวดดังกล่าว ยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งมารดาและทารกหลายอย่าง เช่น การให้ยาระงับปวดทุกชนิด ฤทธิ์ข้างเคียงของยาทำให้มีการคลอดล่าช้า อาจเกิดการหายใจของทารก ลดความตื่นตัวของมารดาและทารกทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก ในระยะหลังคลอดขาดหายไป (Brackbill, et al. 1984 : 16-18)

การนวดเป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวด ซึ่งพยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระ ไม่มีอันตรายต่อมารดาและทารก โดยการนวดจะมีผลทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ทำให้เอนโดฟิน (Endorphin) หลั่งออกมา แล้วทำให้ความเจ็บปวดลดลง (Wood & Becker. 1981 : 24-25) ทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การพูดคุยระหว่างการนวดยังเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพในระหว่างเวลานั้นๆ ทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่าจะไม่ได้อยู่ตามลำพัง และเกิดความมั่นใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไวท์ (White. 1988 : 63) ที่กล่าวว่า การสัมผัสโดยการนวดสามารถทำให้ผู้ป่วยสงบ ระวัง ผ่อนคลาย ลดความกลัว ความวิตกกังวลใน ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยที่ถูกแยก จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานอยู่ในห้องคลอด พบว่าผู้คลอดส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความเจ็บปวดที่รุนแรง และรู้สึกทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวด ประกอบกับการศึกษาเกี่ยวกับการนวดในระยะคลอดได้มีผู้ศึกษาไว้เพียงเล็กน้อย ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการนวดและการสร้างสัมพันธ์ภาพโดยระดับประคองทางด้านจิตใจ เพื่อลดภาวะเครียด ความวิตกกังวล และลดความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะเจ็บครรภ์คลอด รวมทั้งเพื่อสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของโคเฮน และวิลส์ (Cohen & Wills ; 1985 : 310-353) ซึ่งกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถลดภาวะเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้คลอดมีความมั่นคงทางอารมณ์ เห็นคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นยอมรับความจริง ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี โดยแหล่งสนับสนุนที่สำคัญคือ กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพหรือทางพยาบาล จึงได้ศึกษาและนำเทคนิคร่วมกับการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีประสิทธิภาพ ไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถปฏิบัติได้ในระยะเวลาอันสั้น ๆ ซึ่งมีผลให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเครียดและความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการนวดที่มีต่อการเผชิญความเครียดและความเจ็บปวด

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบถึงการเผชิญความเครียด และความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการนวด
2. เป็นแนวทางด้านการดูแลผู้คลอด เพื่อให้ผู้คลอดคลายความเจ็บปวดและมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม
3. เป็นแนวทางด้านการศึกษาเกี่ยวกับการเรียน การสอนนักศึกษาให้ตระหนักถึงความสำคัญของการนวด เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเครียดและคลายความเจ็บปวดได้ในระยะเจ็บครรภ์คลอด

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เป็นผู้คลอดครรภ์แรก มาคลอดในหออคลอดวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนกุมภาพันธ์ 2549

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้คลอดครรภ์แรก มาคลอดในหออคลอดวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 60 ราย โดยทำการสุ่มอย่างง่ายกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในวันจันทร์ วันอังคารและวันพุธเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในวันพฤหัสบดี วันศุกร์ และวันเสาร์เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการนวด

ตัวแปรตาม ได้แก่

1. การเผชิญความเครียด
2. ความเจ็บปวด

ข้อจำกัดการวิจัย

โปรแกรมการนวดต่อการเผชิญความเครียดและความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด อยู่ภายใต้การดูแลของสูติแพทย์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับยาบรรเทาปวดทุกราย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการนวด

หมายถึง การเปลี่ยนแปลงการเผชิญความเครียดและระดับความเจ็บปวด ในระยะเจ็บครรภ์คลอด ในผู้คลอดครรภ์แรก ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการนวดตามรูปแบบที่กำหนด โดยประเมินจากคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียด และคะแนนเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวด

2. โปรแกรมการนวด

หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่จัดทำขึ้นโดยประยุกต์หลักการสนับสนุนทางสังคมของโคเฮนและวิลส์ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

2.1 การสร้างสัมพันธภาพ ในระยะแรกเริ่มเมื่อปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร โดยการประคับประคองทางด้านจิตใจตั้งแต่แรกเริ่ม กล่าวต้อนรับด้วยน้ำเสียงที่อบอุ่น ท่าที่เป็นมิตร พูดคุยเป็นกันเอง แสดงความห่วงใย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ดูแลและช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เพื่อให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

2.2 การนวด จะเริ่มทำการนวดภายหลังการสร้างสัมพันธภาพอย่างน้อย 30 นาที ในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร โดยจะทำการนวดในขณะมดลูกหดตัวและหยุดพักเมื่อมดลูกคลายตัว โดยใช้เวลาในการนวดทั้งหมดประมาณ 20 นาที โดยให้ผู้คลอดนอนตะแคง ผู้วิจัยใช้มือคลึง ลูบ และกดบริเวณหลัง สะโพกและก้นกบ ซึ่งทำนวดและหลักการนวดใช้ตามแบบแผนการนวดที่ผู้วิจัยได้ศึกษา จากตำราของบาตอน (Baton. 2004 : 181-182) และเจียร์นีย์ โพธิ์ไทรย์ (2544 : 64) และฝึกอบรมกับอาจารย์จากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อใช้กับผู้คลอดโดยเฉพาะ ช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเจ็บปวดได้ในระยะเจ็บครรภ์คลอด

3. การดูแลตามปกติ

หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่กระทำให้แก่ผู้คลอดทุกราย ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การฟังเสียงหัวใจทารก การตรวจการหดตัวของมดลูก การตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การแนะนำการปฏิบัติตัวในระยะคลอดและการบรรเทาความเจ็บปวดตามปกติ

4. การเผชิญความเครียด

หมายถึง ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกไม่สบายใจ ความคับข้องใจที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและการ

คลอด วัดโดยใช้แบบสังเกตการเผชิญความเครียด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสังเกตพฤติกรรม การเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของฉวี เบาทรง (2526) ซึ่งแปลและเรียบเรียงจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของสเตอร์ร็อค (Sturrock Labour Coping Scale) มาใช้ ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ผู้คลอดแสดงออกขณะมดลูกหดรัดตัวทั้งหมด 5 ด้านคือ ด้านการออกเสียง การเคลื่อนไหวร่างกาย การควบคุมการหายใจ การแสดงออกทาง ใบหน้า และด้านคำพูด โดยทำการสังเกตในขณะมดลูกหดรัดตัว

5. ความเจ็บปวด

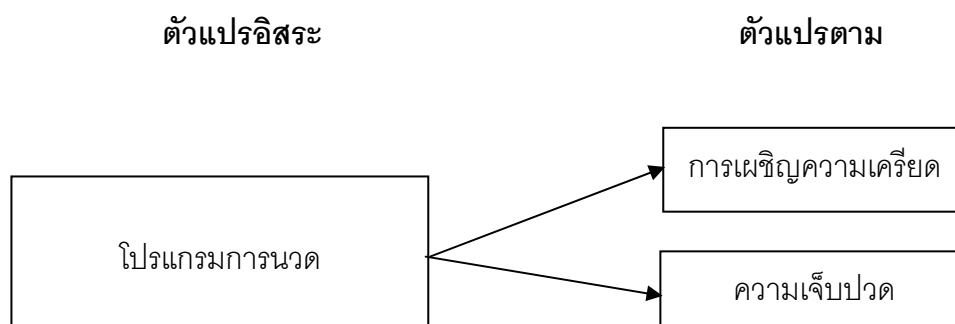
หมายถึง ความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกไม่สบายทางด้านร่างกายของผู้คลอด อันเนื่องมาจากการหดรัดตัวของมดลูก และการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการคลอด ซึ่งความเจ็บปวดนั้นผู้คลอดสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง โดยใช้แบบวัดความเจ็บปวด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดความเจ็บปวด (Visual Analog Scale) ของคิมและคณะ (Kim Marie Falk, et al : 2003) วัดโดยให้ผู้คลอดบอกระดับความรู้สึกเจ็บปวดด้วยการเลื่อนแถบบนเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่วง โดยมีตัวเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0 ซึ่งระบุว่าไม่เจ็บปวด เลข 1 2 3 ระบุว่าเจ็บปวดเล็กน้อย เลข 4 5 6 ระบุว่าเจ็บปวดปานกลาง เลข 7 8 9 ระบุว่าเจ็บปวดมาก และเลข 10 ระบุว่าเจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้เมื่อผู้คลอดเลื่อนแถบตรงกับตัวเลขตัวใด ตัวเลขนั้นจะเป็นคะแนนความเจ็บปวดของผู้คลอด

6. ผู้คลอด

หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกมาคลอดที่ห้องคลอดวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า การเจ็บครรภ์คลอดทำให้ผู้คลอดได้รับความทุกข์ทรมาน มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดภาวะเครียดและความเจ็บปวดชนิดรุนแรง มีการเผชิญความเครียด และความเจ็บปวดที่ไม่พึงประสงค์ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อการคลอด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการนวด และการสร้างสัมพันธภาพโดยการประคบประครองทางด้านจิตใจ ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ของโคเฮน และ วิลล์ มาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานการวิจัย

การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม

1. ในระยะแรกเริ่ม ภายหลังการสร้างสัมพันธภาพ กลุ่มทดลองมีการเผชิญความเครียดดีวก่อนการสร้างสัมพันธภาพ

2. ในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร ภายหลังการนวดกลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นวก่อนการนวด

2.1 การเผชิญความเครียด

2.2 ความเจ็บปวด

3. ในระยะปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร ภายหลังการนวดกลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นวก่อนการนวด

3.1 การเผชิญความเครียด

3.2 ความเจ็บปวด

4. ในระยะปากมดลูกเปิด 8-9 เซนติเมตร ภายหลังการนวดกลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นวก่อนการนวด

4.1 การเผชิญความเครียด

4.2 ความเจ็บปวด

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

5. ในระยะแรกเริ่ม ภายหลังการสร้างสัมพันธภาพ กลุ่มทดลองมีการเผชิญความเครียดดีวกกลุ่มควบคุม

6. ในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร ภายหลังการนวดกลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้จะเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

6.1 การเผชิญความเครียด

6.2 ความเจ็บปวด

7. ในระยะปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร ภายหลังการนวดกลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้จะเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

7.1 การเผชิญความเครียด

7.2 ความเจ็บปวด

8. ในระยะปากมดลูกเปิด 8-9 เซนติเมตร ภายหลังการนวดกลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้จะเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

8.1 การเผชิญความเครียด

8.2 ความเจ็บปวด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการนัดต่อความเครียด และการเผชิญความเจ็บปวดในการคลอด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย มีรายละเอียดดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการคลอด
2. แนวคิด ทฤษฎีความเครียด และความเครียด
3. แนวคิด ทฤษฎีความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด
4. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการนัด
5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
6. งานวิจัยในต่างประเทศ
7. งานวิจัยในประเทศไทย

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการคลอด

ความหมาย

การคลอด หมายถึง ปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับทารก รก เยื่อหุ้มรกและน้ำคร่ำ ออกจากโพรงมดลูกมาสู่ภายนอก (จิราพร วรวงศ์. 2544 : 1)

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้เช่นไรนั้น ยังไม่มีคำอธิบายได้แน่นอนชัดเจนแต่เชื่อกันว่ามีสาเหตุหลายประการประกอบกัน ในการกระตุ้นให้เซลล์ของกล้ามเนื้อมดลูกหดตัวทำให้เกิดอาการเจ็บครรภ์คลอด ได้มีผู้ศึกษาและคิดค้นทฤษฎีต่าง ๆ ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดการคลอดมากมาย เช่น ทฤษฎีเกี่ยวกับออกซิโทซิน (Oxytocin theory) ทฤษฎีการลดน้อยลงของโปรเจสเตอโรน (Progesterone withdrawal theory) ทฤษฎีของโปรสตาแกลนดิน (Prostaglandin theory) และทฤษฎีการยืดขยาย (Distention theory)

ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด

การเจ็บครรภ์และการคลอดจะดำเนินไปอย่างปกติได้ จำเป็นต้องมีปัจจัยที่เหมาะสมทำงานประสานกัน 5 ประการ (ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์. 2540 : 2-3) ได้แก่

1. กำลังการคลอด (Power) หรือแรงดัน หมายถึง แรงที่ใช้ขับทารกและรกออกจากโพรงมดลูกมี 2 ระดับได้แก่

1.1 แรงดันแรงดันระดับที่ 1 (Primary or involuntary power) คือ แรงที่เกิดจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งการหดตัวของกล้ามเนื้อจะแตกต่างจาก กล้ามเนื้ออื่น คือกล้ามเนื้ออื่นเมื่อมีการหดตัวแล้วคลายตัว ขนาดของใยกล้ามเนื้อยังคงเท่า เดิมเรียกว่า Relaxation แต่กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวแล้วคลายตัว ขนาดของใยกล้ามเนื้อจะ สั้นกว่าเดิมเรียกว่า Retraction โดยปกติมดลูกจะเริ่มหดตัวที่บริเวณยอดมดลูก เพราะเป็น ตำแหน่งที่มีเซลล์กล้ามเนื้อมากที่สุดแล้วแผ่เป็นคลื่นลงมายังมดลูกส่วนล่างคล้ายตาข่าย เมื่อ กล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนหดตัวเช่นนี้ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างถูกดึงให้ยืดขยายออก ระยะเวลาการคลอดยังนานเท่าใด มดลูกส่วนบนก็หดสั้นลงและมดลูกส่วนล่างก็ถูกยืดขยาย เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เกิดเป็นรอยคอดรอบมดลูกเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้น แต่ถ้ายอยคอดถูก ดึงสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงระดับสะดือ จนสังเกตเห็นผนังหน้าท้องบวมลงไปและปวดบริเวณหัวเหน่า อย่างรุนแรง จะเรียกว่ารอยคอดพยาธิสภาพ (Pathological retraction ring or Bandle's ring) เกิดจากการที่ส่วนนำไม่สามารถเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานได้หรือเชิงกรานแคบ หากปล่อยทิ้ง ไว้มีความเสี่ยงต่อการเกิดมดลูกแตก

1.2 แรงดันระดับที่ 2 (Secondary or voluntary power) คือแรงที่ เกิดจากการเบ่งของสตรีคลอด เมื่อส่วนนำของทารกเคลื่อนถึงพื้นเชิงกราน ทำให้สตรีคลอด รู้สึกอยากเบ่งเป็นแรงที่อยู่นอกอำนาจจิตใจ จึงเป็นการยากที่จะห้ามไม่ให้เบ่งเป็นแรงเบ่งที่ไม่มี ผลต่อการเปิดขยายของปากมดลูก เพียงแต่ช่วยดันทารกออกสู่ภายนอกเมื่อปากมดลูกเปิด หมดแล้ว เท่านั้น ถ้าสตรีคลอดเบ่งไม่ดี เบ่งไม่ถูกวิธีและไม่เหมาะสมกับเวลาจะทำให้ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนานกว่าปกติได้

2. ช่องทางคลอด (Passage) ช่องทางคลอดที่ทารกต้องเคลื่อนผ่านออกมา ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

2.1 ช่องทางคลอดที่เป็นกระดูก โดยขนาดรูปร่างของกระดูกเชิง กรานความมากน้อยของปุ่มกระดูก Ischium ที่ยื่นเข้ามาในช่องเชิงกราน และความผิดปกติของ กระดูกเชิงกรานจากอุบัติเหตุทำให้กระดูกหักร้าว ความผิดปกติเหล่านี้ทำให้รูปร่าง ขนาดและ เส้นผ่าศูนย์กลางของกระดูกเชิงกรานเปลี่ยนไป ทำให้ทารกผ่านไม่ได้หรือลำบาก

2.2 ช่องทางคลอดที่เป็นเนื้อเยื่อ ได้แก่ ปากมดลูก ช่องคลอดและฝี เย็บ โดยสิ่งที่มีอิทธิพลต่อระยะที่ 1 ของการคลอดคือ ปากมดลูก เช่นปากมดลูกมีแผลเป็น จากการคลอดครั้งก่อนบาดเจ็บจากการทำแท้ง เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณคอมดลูกหรือปาก มดลูก ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกขาดความยืดหยุ่น ถ้าขยายได้ยาก ปากมดลูกจึงเปิด ช้า ทำให้ระยะ ที่ 1 ของการคลอดยาวนานกว่าปกติได้ หรือนอกจากนี้การมีถุงน้ำหรือเนื้อ อกบริเวณใกล้เคียง มีผลต่อการขัดขวางการเคลื่อนต่ำของส่วนนำได้เช่นกัน ส่วนพื้นเชิง กรานมีอิทธิพลต่อระยะที่ 2 ของการคลอด เช่น ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี หรือ

มีแผลเป็นบริเวณฝีเย็บ สตรี ตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักมากพื้นเชิงกรานจะหนา และฝีเย็บยืดขยายได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนานกว่าปกติได้

3. สิ่งที่ผ่านมาออกมา (Passenger) ได้แก่ ทารกและรก

3.1 ทารก ประกอบด้วย

- ขนาดหรือน้ำหนักทารก ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักน้อยจะคลอดง่ายกว่าทารกที่คลอดครบกำหนด หรือน้ำหนักมาก

- ขนาดศีรษะ ตามปกติศีรษะทารกเป็นส่วนที่โตที่สุดเมื่อเทียบกับส่วนอื่นของร่างกาย ศีรษะสามารถปรับขนาดให้เล็กลงได้ โดยการเกยกันของกระดูก Parietal เพื่อให้ผ่านช่องคลอดได้ง่ายขึ้น

- ส่วนหน้า คือส่วนของทารกที่อยู่ต่ำสุดในช่องเชิงกราน ส่วนหน้าที่เป็นศีรษะจะคลอดง่ายกว่าส่วนหน้าที่เป็นก้นหรือไหล่ เพราะศีรษะเป็นเสมือนลิ่มที่ถ่วงขยายปากมดลูก หากส่วนหน้าเป็นยอดศีรษะ หรือลักษณะก้นหน้าคางชิดอกจะคลอดง่ายกว่าส่วนหน้าเป็นหน้าผากหรือหน้า

- แนว ปกติลำตัวทารกในครรภ์จะอยู่ในแนวยาว หรือขนานกับลำตัวมารดา ทำให้คลอดทางช่องคลอดได้ แต่ถ้าลำตัวทารกอยู่ในแนวขวางกับลำตัวมารดา จะไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ต้องช่วยคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

- จำนวนทารกในครรภ์ ปกติจะมีเพียง 1 คน ถ้ามีจำนวนมากกว่านี้จะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดอันตรายต่อทารกได้

3.2 รก ตำแหน่งที่รกเกาะ ปกติรกจะเกาะที่ส่วนบนของมดลูก แต่ถ้ารกเกาะที่ส่วนล่างของมดลูก (รกเกาะต่ำ) อาจขัดขวางต่อการคลอด ทารกคลอดทางช่องคลอดไม่ได้

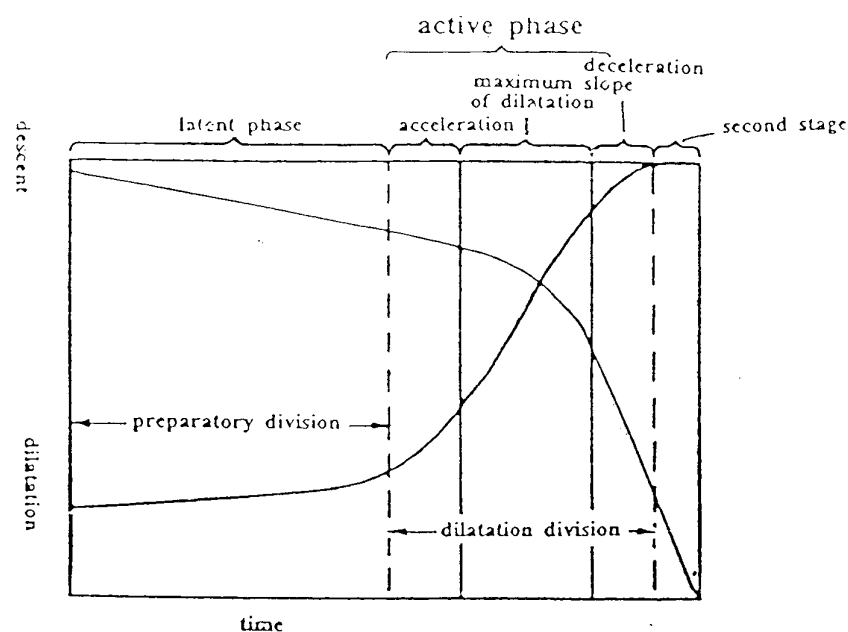
4. ท่าของสตรีตั้งครรภ์ (Position) มีอิทธิพลต่อความถี่และคุณภาพของการหดตัวของมดลูกท่าที่อยู่แนวตรงหรือแนวตั้ง (Upright) ไม่ว่าจะเป็นท่ายืน นั่ง เดิน ระยะเวลาการคลอดจะลดลง เพราะแรงโน้มถ่วงของโลกช่วยเสริมการเคลื่อนต่ำของส่วนหน้า

5. สภาวะจิตใจของผู้คลอด (Psychological response) มีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด หากสตรีคลอดมีความวิตกกังวลสูงจะมีผลทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง ระยะคลอดยาวนานออกไป ลีเดอร์แมน (วินัส ฉัตรชลลักษณ์. 2543 : 14 ; อ้างอิงจาก Leaderman. 1979. *Nursing Research*. p.94-97.)

ระยะต่าง ๆ ของการคลอด

ระยะของการคลอด (Stage of labor) สามารถแบ่งออกเป็นระยะต่าง ๆ ได้ 4 ระยะ (จิราพร วรวงศ์. 2544 : 3-4) ดังนี้

1. ระยะที่หนึ่งของการคลอด (First stage of labor) เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง หรือปากมดลูกเริ่มบางและเปิดขยายจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมดหรือเปิด 10 เซนติเมตร ระยะที่หนึ่งของการคลอดแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2 (Pilliteri. 1999 : unpage) ดังต่อไปนี้



ปากมดลูกของผู้คลอดครรภ์แรก

1.1 ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง จนกระทั่งปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร เป็นระยะที่ปากมดลูกมีการเปิดขยายช้า โดยครรภ์แรกปากมดลูกเปิดขยาย 0.3 เซนติเมตรต่อชั่วโมง และครรภ์หลังปากมดลูกเปิดขยาย 0.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง

1.2 ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดขยายเร็ว โดยครรภ์แรกปากมดลูกเปิดขยาย 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมง และครรภ์หลังปากมดลูกเปิดขยาย 1-5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ระยะนี้ยังแบ่งได้อีก 3 ระยะคือ

1.2.1 ระยะเริ่มเร่ง (Acceleration phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดขยาย 3 เซนติเมตรจนถึง 4 เซนติเมตร เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดขยายเร็วขึ้นและใช้เวลานานมาก แต่มีความสำคัญเพราะถ้าล่าช้าอาจมีผลทำให้การคลอดในระยะต่อไปล่าช้าตามไปด้วย

1.2.2 ระยะรวดเร็ว (Phase of maximum slope) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดขยาย 4 เซนติเมตรจนถึง 9 เซนติเมตร เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดขยายเร็วมาก ที่สุด

1.2.3 ระยะลดลง (Deceleration phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดขยาย 9 เซนติเมตรถึง 10 เซนติเมตร เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดขยายช้าลงระยะนี้ใช้เวลาค่อนข้างสั้นจนบางครั้งอาจตรวจไม่พบ และเป็นระยะที่ส่วนนำทารกมีการเคลื่อนต่ำลงมาอย่างรวดเร็ว

2. ระยะที่สองของการคลอด (Second stage of labor) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมด จนกระทั่งทารกคลอดออกมาทั้งตัว ระยะนี้ทารกมีการเคลื่อนต่ำลงมาอย่างรวดเร็ว และพบว่ากลไกการคลอดส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระยะนี้

3. ระยะที่สามของการคลอด (Third stage of labor) เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่ทารกคลอดออกมาหมดทั้งตัว จนถึงรกและเยื่อหุ้มทารกคลอดออกมาครบ

4. ระยะที่สี่ของการคลอด (Fourth stage of labor) เป็นระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังจาก รกคลอด ซึ่งมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดมากที่สุด

แนวคิด ทฤษฎีความเครียด และความเครียด

ความหมาย

ความเครียด (Stress) มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “Strictus” หรือ “Strict” ซึ่งหมายถึงแรงกดดันที่มีต่อร่างกาย และมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติของร่างกาย (Webster. 1986 : 1861)

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman. 1984 : 21) กล่าวว่าความเครียดว่าเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินว่าความสัมพันธ์นั้นจะเป็นโทษหรือเป็นผลต่อสุขภาพของบุคคลหรือไม่ ซึ่งการตัดสินความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอาศัยการประเมินด้วยสติปัญญา

เซลเย (Selye. 1976 : 74) ให้ความหมายของความเครียดได้ว่า เป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจ มีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างไม่เฉพาะเจาะจงต่อข้อเรียกร้อง (Demand) หรือสิ่งคุกคามทั้งหมดที่มากระทำต่อบุคคล โดยข้อเรียกร้องดังกล่าวมีทั้งในด้านที่พึงปรารถนา และด้านที่ไม่พึงปรารถนา

จอห์นสัน (Johnson. 1993 : 31-38) ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นการตอบสนองของร่างกายโดยทั่วไป หรือไม่เฉพาะเจาะจงเป็นสัญญาณเตือนให้รู้ถึงความจำเป็นที่ จะต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เกิดความเหมาะสม เพื่อจะได้กลับคืนสู่สภาวะปกติ อารมณ์ที่มีส่วน เกี่ยวข้องกับความเครียด ได้แก่ ความโกรธ ความวิตกกังวล ความกลัว

ความคับข้องใจ และความเครียดในระดับสูงอาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ แผลพุพอง ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต (2540 : 9) ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดความตื่นตัว เตรียมรับสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งไม่น่าพึงพอใจและเป็นเรื่องที่คิดว่า นักหนาสาหัส เกินกำลังความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายขึ้นด้วย

จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย (2533 : 18) กล่าวว่า ความเครียดเป็นความกดดันที่ทำให้บุคคลมีความไม่สบายใจ วุ่นวายใจ และทำให้เสียความสมดุลของตนเอง อันเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้มีความรู้สึกเครียดน้อยลง และรักษาสมดุลของตนเองไว้

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง สิ่งที่มาจากภายในหรือภายนอก ร่างกายของบุคคลที่มากกระทบ คุกคาม หรือกดดันต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คือเกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาทางร่างกาย และเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ วุ่นวายใจ เป็นทุกข์ ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง มีผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้มีความรู้สึกเครียดน้อยลง และรักษาสมดุลของตนเองไว้

ทฤษฎีความเครียดของเซลเย่ (Selye's Stress Theory)

เซลเย่ (Selye. 1965 : 97-99) กล่าวว่า เมื่อร่างกายได้รับสิ่งเร้า (Stressor) อาจจะเป็นทั้งสิ่งดีและสิ่งไม่ดีมากกระตุ้นทำให้สมดุลของร่างกายเปลี่ยนไป ทำให้มีการตอบสนอง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาชีวเคมีของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ เรียกว่า การปรับตัว (General adaptation syndrom) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

1. ระยะเตือน (Alarm reaction stage) คือ ระยะที่เริ่มมีสิ่งมาคุกคาม ปฏิกิริยาอาการจะเกิดขึ้นเพียงระยะเวลาสั้น ๆ ไม่กี่วินาที จนถึง 48 ชั่วโมง ระยะเตือนแบ่งเป็น 2 ระยะคือ

1.1 ระยะตกใจ (Shock phase) เป็นระยะของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคามเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของร่างกาย ร่างกายจะผลิตฮอร์โมนบางอย่างออกมา ซึ่งมีผลต่อหัวใจและหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตต่ำลง หัวใจอาจหยุดเต้นได้ การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ร่างกายยังไม่พร้อมที่จะปรับตัว และถ้ายังดำเนินต่อไปร่างกายจะใช้พลังงานหมดภายใน 24-48 ชั่วโมง นอกจากจะมีกลไกการป้องกันตัวเองซึ่งจะเข้าสู่ระยะต้านการตกใจ หรือระยะต้านช็อค

1.2 ระยะต้านช็อค (Counter shock phase) ร่างกายเริ่มปรับตัวสู่สภาวะสมดุล โดยดึงเอากลไกการต่อสู้ของร่างกายออกมาช่วยเหลือระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

เริ่มประสานกันอย่างมีระบบระเบียบ อาการที่ตรวจพบ คือ อัตราการเต้นของหัวใจแรงและเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว คลื่นไส้อาเจียน ม่านตาขยาย เหงื่อออกมากผิดปกติ

2. ระยะต่อต้าน (Stage of resistance) คือระยะการปรับตัวอย่างเต็มที่ต่อสิ่งที่มาคุกคาม โดยใช้กลวิธีต่าง ๆ ผลที่ตามมาคือ อาการดีขึ้นหรือหายไปแต่ถ้ายังได้รับสิ่งเร้ามากระตุ้นให้เกิดความเครียดอยู่ ร่างกายก็จะสูญเสียการปรับตัวอีกและเข้าสู่ระยะที่ 3 ต่อไป

3. ระยะหมดกำลัง (Stage of exhaustion) คือระยะที่ไม่สามารถปรับตัวได้ เนื่องจากมีความเครียดระดับสูงรุนแรงและนานเกินไป ร่างกายหมดกำลังอาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเดือนก็จะกลับมาอีก หากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือประคับประคองอย่างเพียงพอ กลไกการปรับตัวจะล้มเหลว เกิดโรคและเสียชีวิตได้ในที่สุด

สาเหตุของความเครียด

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดสามารถจำแนกเป็นปัจจัยที่มาจากสิ่งแวดล้อมภายใน และภายนอกบุคคล (ซอลดา พันธุเสนา. 2536 : 27-28) ดังนี้

1. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ เช่น สภาพอากาศร้อน หรือเย็นเกินไป แสงสว่างที่จ้าหรือมืดเกินไป สภาพอากาศที่ไม่บริสุทธิ์ มีกลิ่น หรือมีควันพิษ นอกจากนี้การขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อากาศ น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค เป็นสิ่งก่อให้เกิดความเครียดได้

1.2 สังคมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สภาพสังคมและการมีความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง อาจเป็นสิ่งที่ช่วยลดหรือก่อให้เกิดความเครียดได้ ในขณะเดียวกัน เช่น ความไม่ปรองดองกันของบุคคลในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้ง การโต้เถียง นอกจากนี้สภาพความเป็นอยู่ที่ไม่ดีก็ยังสามารถก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ อันเป็นต้นเหตุของความเครียดได้

1.3 สภาวะการณ์และเหตุการณ์อื่น ๆ เหตุการณ์ที่เลวร้ายและเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้

1.3.1 สภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เป็นสภาวะการณ์ที่ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว และเกิดการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์เหล่านี้ ได้แก่ การแต่งงาน การคลอดบุตร การเข้าทำงานใหม่ การเลื่อนตำแหน่ง เป็นต้น

1.3.2 สภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความรังเกียจ เศร้า และสะท้อนใจ เช่น การหย่าร้าง การเจ็บป่วย การเสียชีวิต ไม่ประสบผลสำเร็จในการทำงาน เกษียณอายุ เป็นต้น

2. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มาจากภายในตัวบุคคล มีหลายปัจจัย ได้แก่

2.1 โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีรวิทยา เป็นส่วนที่ได้รับ การถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ บางคนได้รับในส่วนของบิดา มารดา ทำให้มีโครงสร้างของ ร่างกายสมบูรณ์และสุขภาพดีบางคนได้รับในส่วนของบิดา มารดา ทำให้ร่างกายเติบโต อย่างไม่สมบูรณ์เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ความสามารถที่ซ่อนแฝงอยู่มีน้อยทำให้มีความสามารถ ในการแก้ปัญหาไม่ดี ทนต่อความเครียดได้น้อยทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

2.2 ระดับพัฒนาการ สภาพร่างกายที่มีการเจริญเติบโตและ พัฒนาการไม่ปกติทำให้เกิดโรคได้ง่าย เช่นเดียวกับสภาพจิตใจที่มีพัฒนาการไม่ดี มีแนวโน้มที่ จะเกิดความเครียดได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากความไม่สมดุลกันระหว่างความคาดหวังของบุคคลอื่น กับความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความคาดหวังนั้น ๆ ระดับพัฒนาการของจิตใจ อารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ และการแปลเหตุการณ์โดยระดับพัฒนาการที่ไม่ดี ทำให้มีการรับรู้ แปล เหตุการณ์และแก้ปัญหาไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งมีผลทำให้ปัญหาไม่ได้รับการ แก้ไขและก่อให้เกิดความเครียดตามมาได้อีก

2.3 การรับรู้และการแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ กลัว โกรธ เกลียด หรือกังวล ถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ร่างกายถูก กระตุ้น และมีการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยา การที่บุคคลมีอารมณ์กลัว โกรธ เกลียด หรือ กังวลได้นั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ และการแปลความหมายโดยที่เหตุการณ์ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ เพราะบุคคล สองคนมีความต้องการพื้นฐานที่แตกต่างกัน มีประสบการณ์ชีวิตไม่เหมือนกัน มีความคาดหวัง ทศนคติ และการมองโลกที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้นการรับรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำ ให้บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ไปในทางที่ดี หรือเลวร้าย

ระดับความเครียด

เฟรนและเวลิก้า (Frain & Valiga. 1981 : 61-68) ได้แบ่งความเครียด ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดที่พบในชีวิตประจำวัน (Day to day stress) เป็น ความเครียดที่ไม่รบกวนต่อการดำเนินชีวิต บุคคลสามารถปรับตัวได้ด้วย ความเคยชิน

2. ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดจาก เหตุการณ์ที่พบได้ไม่บ่อยนัก ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัว และมีปฏิกิริยาต่อกัน แต่เป็นใน ช่วงเวลาไม่นาน

3. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) เป็นความเครียดที่ บุคคลได้รับเป็นเวลานานคงที่ ซึ่งอาจแก้ไขหรือปรับตัวในเวลาอันรวดเร็วเป็นผลให้บุคคลมีการ

แสดงออกของความเครียดทั้งทางปฏิกิริยาและคำพูด เนื่องจากไม่อาจควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ และมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต

4. ความเครียดระดับรุนแรง (Severe stress) เป็นผลจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่คุกคามอย่างต่อเนื่อง และไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญเหตุการณ์นั้นคือ บุคคลอาจเข้าสู่ระยะหมดกำลังหรือเหนื่อยหน่ายในที่สุด

ความเครียดและความวิตกกังวลในระยะคลอด

ความเครียดและความวิตกกังวลของผู้คลอด เป็นการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม โดยอาจทำให้การดำเนินการคลอดไม่ก้าวหน้า เกิดการคลอดล่าช้า ซึ่ง ปฐมพร เดี่ยวทิพย์สุนทร์ (2544 : 40) ได้กล่าวถึงสาเหตุสำคัญของความวิตกกังวล หรือความเครียดดังนี้

1. ถูกแยกจากสังคม เพราะการมาอยู่โรงพยาบาลต้องละทิ้งครอบครัวและเพื่อนมาอยู่คนเดียว ท่ามกลางคนแปลกหน้า
2. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในการคลอด เช่น การเจ็บครรภ์คลอด การมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด หรือความไม่สุขสบายต่าง ๆ
3. การขาดความรู้ ไม่เข้าใจในกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ เช่น การตรวจทางช่องคลอดบ่อย ๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การสวนอุจจาระและการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อเตรียมการคลอด
4. เหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ เช่น การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทำให้ไม่ได้เตรียมตัวที่จะคลอด ครรภ์เกินกำหนด ถุงน้ำท่อนหัวแตกก่อนกำหนด ทำให้คิดว่าเป็นสิ่งที่ผิดปกติ
5. สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่แตกต่างจากชีวิตประจำวันทั้งในด้านสถานที่ กลิ่นที่ไม่คุ้นเคย เครื่องมือแปลก ๆ หรือการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

ผลของความเครียด

ความเครียดมักก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และสังคมกับหญิงมีครรภ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดภาวะไม่สมดุลของร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่มีผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งกรกฎ เห็นแสงวิไล (2544 : 50-51) ได้กล่าวถึงผลของความเครียดดังต่อไปนี้

1. ทำให้จิตใจว้าวุ่น วิตกกังวล กระวนกระวาย จิตใจไม่มั่นคง ขาดเสถียรภาพทางอารมณ์ ความรู้สึกแปรปรวน ไม่มีความสุขในจิตใจ สูญเสียความสัมพันธ์ได้ง่าย

2. ขาดสติปัญญาความรอบคอบ หลงลืม การตัดสินใจผิดพลาดได้ง่าย คิด
แง่ลบ ความคิดไม่สร้างสรรค์

3. กล้ามเนื้อเกร็ง หดตัว (Muscle tension, Muscle spasm) เมื่อยล้า
สูญเสียการทำงานประสานสัมพันธ์ที่ดี

4. การหายใจถี่สั้น ซึ่พจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ
นอกจากการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความเครียดดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ในหญิง
ตั้งครรภ์ที่มีความเครียดสูง นอกจากจะมีผลต่อหญิงตั้งครรภ์แล้วยังมีผลต่อทารกในครรภ์ด้วย
ซึ่งกรณีการ กันชะรักษา (2531 : 7) ได้สรุปไว้ดังนี้

1. ผลต่อหญิงตั้งครรภ์

1.1 มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรงในขณะตั้งครรภ์ เป็นการ
ปฏิเสธทารกในครรภ์หรือไม่ต้องการทารกในครรภ์

1.2 มีการแท้ง เช่น มีการแท้งติดต่อกันหลายครั้ง

1.3 มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

1.4 นอนไม่หลับ ตื่นเต้น กระวนกระวาย

2. ผลต่อทารกในครรภ์

2.1 ทารกจะมีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ มีการ
เปลี่ยนแปลงของระบบหายใจและมีอารมณ์หงุดหงิด เนื่องจากได้รับฮอร์โมนคอร์ติโซน
(Cortisone) ที่มากขึ้นของมารดาจากภาวะเครียด และฮอร์โมนตัวนี้สามารถผ่านรกเข้าสู่
กระแสโลหิตของทารกได้

2.2 ทารกมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น

2.3 ทารกคลอดก่อนกำหนด

2.4 ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย ตัวเล็ก

2.5 ทารกภายหลังคลอด มีการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะมากกว่า
ปกติ บางรายมีอาการท้องเดินโดยที่ตรวจไม่พบเชื้อ

พฤติกรรมการเผชิญความเครียด

เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด จะต้องใช้ความพยายาม
ความคิด และการกระทำ เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น ซึ่งลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus
& Folkman. 1984 : 150-152.) ได้อธิบายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดได้ 2 แบบคือ

1. พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focus coping)
เป็นพฤติกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดี
โดยเปลี่ยนการกระทำที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของตนเอง หรือโดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อม
ที่กำลังคุกคามอยู่นั้น

2. พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ (Emotion focus coping) ซึ่งเป็นผลจากความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจไม่ให้มีมากเกินไปจนอาจทำลายความสามารถในการทำหน้าที่ หรือคงไว้ซึ่งขวัญและกำลังใจ

การเผชิญความเครียดไม่มีการตัดสินใจก่อนว่า วิธีใดมีประสิทธิภาพมากกว่ากันเพราะขึ้นอยู่กับบริบท (Context) บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดี คือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ (Lazarus & Folkman, 1984 : 159-164.) ซึ่งขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อม (Environment resources) ที่มีในสถานการณ์นั้น ๆ ได้แก่

1. ภาวะสุขภาพและพลังงานของบุคคล (Health and energy) คนที่มีสุขภาพดีหรือ สุขภาพแข็งแรงจะมีพลังเต็มเปี่ยมในการจัดการกับปัญหาได้มากกว่าคนที่เจ็บป่วย ซึ่งจะถูกจำกัดความสามารถทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

2. ความเชื่อในสิ่งที่ดี (Positive belief) จะทำให้บุคคลมองโลกในแง่ดี และเกิดความหวังในการคิดหาหนทางเพื่อจัดการกับปัญหา

3. มีทักษะในการแก้ปัญหา (Problem – solving skill) คนที่มีทักษะดี มีความคิดอย่างมีเหตุผลจะสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ และแสวงหาข้อมูลเพื่อจัดการกับปัญหาได้ตรงตามความเป็นจริง และสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสม

4. มีทักษะด้านสังคม (Social skill) ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ดี จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ดีจะรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ขาดทักษะด้านนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 111)

5. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) บุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองทั้งด้านอารมณ์และข้อมูลต่าง ๆ เช่น ข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคลากรที่มสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยเผชิญและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องจากการ เจ็บป่วยด้วยโรคนั้น ๆ

6. แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ (Material resources) หมายถึง การมีทรัพย์สิน เงินทองและการได้รับการบริการ และวัตถุที่มีนั้นช่วยให้บุคคลมีการเลือกในการเผชิญปัญหาได้ หลายวิธี

พฤติกรรมการเผชิญความเครียดในระยะคลอด

การคลอดถือว่าเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากพัฒนาการของชีวิต และเกิดขึ้น กระทั่งหัน หมิงมีครรภ์ต้องใช้กลไกการป้องกันและปรับตัวเพื่อเผชิญกับสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานนี้เป็นอย่างมาก จากการศึกษาของอัฟฟองโซ (Affonso. 1979 : 368-371)

ได้อธิบายถึงพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอตามลำดับ ของกระบวนการคลอ ดังนี้

1. ระยะแฝง (Latent phase) เป็นระยะตั้งแต่หญิงมีครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ระยะนี้สิ่งกระตุ้นที่ถือว่าเป็นการคุกคามยังมีน้อย ความรุนแรงและความถี่ของการหดตัวของมดลูกยังไม่มาก สิ่งกระตุ้นในระยะนี้มักมาจากสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนใหญ่

พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดที่แสดงถึงการปรับตัวที่ดีในระยะนี้ ได้แก่ การแสดงออกทางคำพูดโดยการซักถาม พูดคุยกับพยาบาลหรือการแสดงออกโดยไม่ใช้คำพูด ได้แก่ การยิ้ม การหัวเราะ หรือร้องไห้เงียบ ๆ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง เช่น ไปห้องน้ำเองแทนที่จะให้หม่อนอน มีการตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง แทนการร้องขอความช่วยเหลือ สามารถเรียนรู้และฝึกวิธีผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ดี โดยไม่ต้องรับการกระตุ้นจากพยาบาล ระยะนี้ผู้คลอดบางคนอาจมีพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดที่แสดงถึงการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การแสดงความก้าวร้าว โกรธ ไม่พอใจ หรือซึมเศร้า

2. ระยะตื่นตัว (Active phase) เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดขยาย 4 ถึง 7 เซนติเมตร ระยะนี้จะมีสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น มดลูกมีการหดตัวแรงขึ้นและถี่ขึ้น ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น มีอาการอ่อนเพลีย ความสามารถในการเผชิญภาวะเครียดลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะนี้ ผู้คลอดจะพูดน้อยลง กิจกรรมต่าง ๆ จะลดลงกว่าในช่วงแรก มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น กระสับกระส่าย และเรียกร้องขอความช่วยเหลือมากขึ้น ในระยะนี้อาจมีพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดที่ผิดปกติออกไป เช่น แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ร้องครวญคราง แสดงความกลัว ซึมเศร้า แยกตัว พฤติกรรมถดถอย หรือปฏิเสธ

3. ระยะเปลี่ยนแปลง (Transitional phase) และระยะที่สองของการคลอ ระยะนี้เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร จนกระทั่งทารกคลอดหมดตัว ระยะนี้เป็นระยะที่มีความวิตกกังวลสูง เนื่องมาจากกระบวนการคลอเป็นระยะที่มีความเจ็บปวดสูงสุด และมีความตึงเครียดสูงสุด ผู้คลอดจะพยายามเบ่งเอาทารกออกมา มีความรู้สึกทรมานทรมานและเหนื่อยอ่อน

พฤติกรรมที่แสดงออกมาในระยะนี้ ผู้คลอดจะแยกตัวจากสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมจะลดลง ความรู้สึกต่อสิ่งกระตุ้นลดลงอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อมดลูกหดตัวและเกิดความเจ็บปวด แสดงพฤติกรรมไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ความสามารถในการรับรู้ลดลง ความตั้งใจลดลง ผู้คลอดบางคนอาจจะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ อาจแสดงอาการแยกตัว ไม่

ตอบสนองใด ๆ ทั้งสิ้น เรียกร้องที่จะยุติการคลอดเพราะทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว อาจจะแสดงอาการอะอะโวยวายมาก

4. ระยะที่สามและระยะที่สี่ของการคลอด เป็นระยะที่เริ่มจากการทารกคลอดหมด รกคลอดจนถึงระยะหลังรกคลอด 2 ชั่วโมง ระยะนี้จะมีความตึงเครียดลดลง ถ้าการคลอดดำเนินไปตามปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระยะนี้จะเป็นระยะผ่อนคลาย ผู้คลอดจะเริ่มพูดคุย มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นเหมือนในระยะแรก ถ้าหากในระยะนี้ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นก็จะเป็นสิ่งกระตุ้นใหม่ที่กระทบต่อผู้คลอด พฤติกรรมที่แสดงออกในระยะนี้ผู้คลอดมีความต้องการที่จะสัมผัสมองดูทารก ต้องการทราบลักษณะของทารกโดยมีการซักถามจากเจ้าหน้าที่

พฤติกรรมการเผชิญต่อภาวะเครียดของหญิงมีครรภ์ในระยะคลอด เป็นระยะที่สำคัญมากเพราะการปรับตัวที่ดีจะทำให้ผู้คลอดปรับตัวกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล ซึ่งอากิลเลอรา และเมสสิก (Aguilera & Messick. 1982 : 63-64) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่ส่งเสริมให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะสมดุล คือสามารถปรับตัวและแก้ไขภาวะเครียดได้อย่างถูกต้องจนสามารถทำให้ผ่านภาวะวิกฤติได้ ประกอบด้วย

1. การรับรู้ต่อเหตุการณ์อย่างถูกต้องตรงตามความเป็นจริง จะสามารถลดความเครียดได้ แต่ถ้าหากรับรู้ผิดพลาดก็还会有ความเครียดอยู่ต่อไป

2. การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ญาติหรือเพื่อนจะช่วยลดความเครียดให้ลดลง

3. การใช้กลไกในการปรับตัว เป็นวิธีการกำจัดหรือลดภาวะเครียดของแต่ละบุคคลซึ่งได้พัฒนามาแล้ว และถ้าหากบุคคลใดใช้วิธีการตอบสนองต่อสภาวะเครียด โดยการระบายอารมณ์ที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะปรับตัวได้ดีขึ้น

สรุปได้ว่าการคลอดบุตรเป็นภาวะเครียดที่ทำให้ร่างกายเสียสมดุลย์ ผู้คลอดต้องหาทางแก้ไขหรือต่อสู้กับภาวะเครียดที่กำลังเผชิญในแต่ละระยะของการคลอด ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกมามีแตกต่างกันตามความสามารถในการปรับตัวของผู้คลอดแต่ละคน หากผู้คลอดสามารถปรับตัวได้ดีจะมีพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดที่เหมาะสม แต่หากผู้คลอดไม่สามารถปรับตัวหรือควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ จะมีพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคลอด ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดและการช่วยเหลือจากบุคคลากรทีมสุขภาพในการประคับประคองทั้งด้านจิตใจและข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งการดูแล ช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดในระยะคลอดด้วยการนวด ซึ่งเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายในระยะคลอด เป็นการลดความเครียดและส่งเสริมการใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม

แนวคิด ทฤษฎีความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ในระยะคลอด

ความหมาย

ความเจ็บปวด เป็นภาวะหรือความรู้สึกอย่างหนึ่งที่พบได้กับบุคคลทั่วไป เป็นกลไกที่ซับซ้อนเกิดจากการรับรู้ทางจิต (Psychic perception) เมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บ ซึ่งการบาดเจ็บนี้อาจเกิดจากการคุกคาม (Threaten injury) หรือเกิดจากจินตนาการ (Phantastical injury) ทำให้ร่างกายเกิดความรู้สึกกดดัน หรือทุกข์ทรมาน ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายอาการ เจ็บปวดในรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

พรจันทร์ สุวรรณชาติ (2543 : 7) กล่าวว่า ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ อันมีผลต่อบุคคลทั้งคน ทั้งชีวิต นอกจากนี้ยังพบได้ว่าความเจ็บปวดจะยังคงมีอยู่ตลอดเวลาที่เขายังบ่นว่าปวด

จินตนา บ้านแก่ง (2533 : 4) ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่า เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกาย ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย หรือจากจิตใจได้รับการคุกคามและมีปฏิกิริยาตอบสนอง เพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัว ซึ่งมีเฉพาะบุคคลที่กำลังประสบความเจ็บปวดเท่านั้น บุคคลอื่นไม่อาจหยั่งรู้ นอกจากบุคคลนั้นจะเป็นผู้กล่าวหาและแต่ละบุคคลมีความเจ็บปวดแตกต่างกัน แม้แต่ในคนเดียวกัน หากต่างเวลากันก็มีความเจ็บปวดไม่เท่ากัน

บอสส์ (Boss. 1992 : 1497) ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่า เป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่สลับซับซ้อนในด้านชีววิทยา จิตสังคม ยากที่จะให้ความหมายที่ชัดเจน ลงไป หรือเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายเกี่ยวข้องกับสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ

คาร์เพนนิโต (Carpenito. 1993 : 208) ได้ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่า เป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่รู้สึกไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน ตราบเท่าที่ยังมีความเจ็บปวดอยู่

สถาพร ลีลานั้นทกิจ และคณะ (2535 : 85) กล่าวว่า ความเจ็บปวดคือการรับรู้ของความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่สนองต่ออะไรก็ได้ที่ก่อให้เกิดอันตราย หรือความไม่สุขสบาย และยังเป็นสิ่งคอยบอกให้บุคคลนั้นหาทางหลีกเลี่ยง หรือหาทางบรรเทาต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น และการกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกจะต้องเกินกว่าจุดสูงสุดที่บุคคลนั้นจะทนได้

จากแนวคิดเรื่องความเจ็บปวดข้างต้น สรุปได้ว่าความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกเฉพาะบุคคล เป็นประสบการณ์ทางกายหรือทางจิตที่บุคคลได้รับความไม่สุขสบาย อันเป็นสัญญาณเตือนหรือแสดงถึงภาวะอันตรายที่เกิดขึ้น และปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย

เพื่อ ป้องกันอันตราย ทั้งนี้ระดับความเจ็บปวดจะแตกต่างกันไปในแต่ละเวลาหรือสถานการณ์

ทฤษฎีความเจ็บปวด

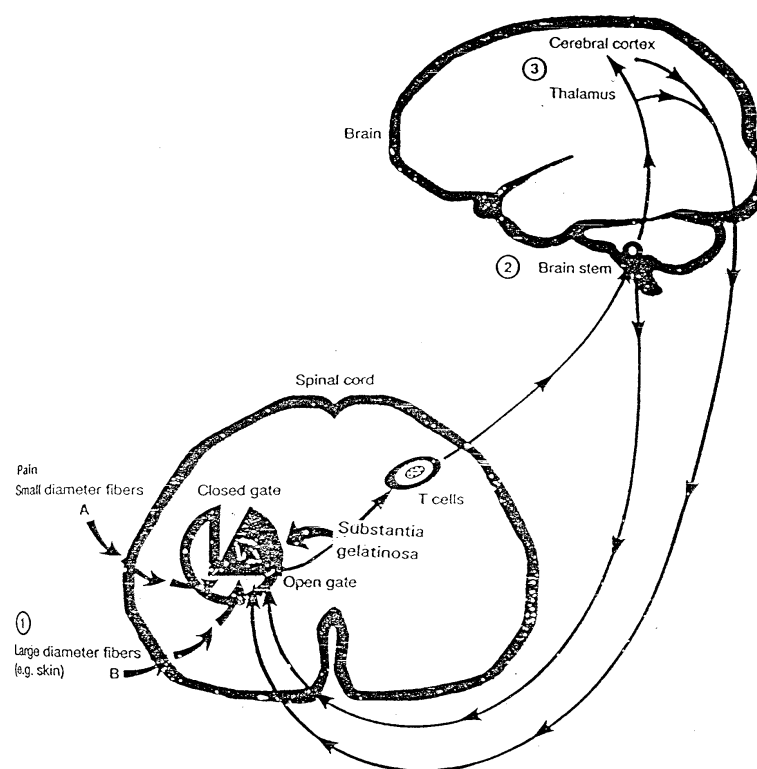
มีผู้ศึกษาค้นคว้าเพื่ออธิบายกลไกของความเจ็บปวด จนเกิดเป็นทฤษฎีหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีจำเพาะ (Specificity theory) ทฤษฎีแบบแผน (Pattern theory) ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogenous pain control theory) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายกลไกความเจ็บปวดได้ด้วยทฤษฎีควบคุมประตู่ร่วมกับทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน

ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory)

เมลเซคและวอลล์ (วิจิตรา กุสมภ์. 2532 : 12 ; อ้างอิงจาก Melzack & Wall. 1965. **Science**. p.971-978.) ได้นำเสนอทฤษฎีนี้ครั้งแรกโดยอธิบายถึงกลไกการเกิดความเจ็บปวดว่า พลังประสาทนำเข้าจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะถูกปรับสัญญาณที่ไขสันหลังก่อนจึงส่งไปที่สมอง เนื่องจากทฤษฎีนี้สามารถอธิบายขบวนการที่ซับซ้อนของความเจ็บปวดได้ ไม่ว่าความเจ็บปวดนั้นจะเป็นผลมาจากร่างกาย จิตใจ หรือสิ่งแวดล้อม โดยการส่งผ่านกระแสประสาทของความเจ็บปวด หากมีการปิดประตูก็จะไม่เกิดความเจ็บปวด ในทางตรงข้ามถ้ามีการเปิดประตูก็จะทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น ซึ่งรีดเดอร์และมาร์ติน (พรณิภา รักษ์กุล. 2537 : 11-12 ; อ้างอิงจาก Reeder & Martin. 1987. **Maternity Nursing : Family Newborn and Women's Health Care**. p.498-500.) กล่าวว่า ในการส่งผ่านกระแสความเจ็บปวดไปยังระดับสมองเพื่อการรับรู้มีอยู่ด้วยกัน 3 ทาง ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3 (Reeder & Martin. 1987 : 499) ดังต่อไปนี้

1. การทำงานของใยประสาทการรับรู้ความรู้สึกขนาดใหญ่และขนาดเล็ก (The activity in large and small sensory nerve) ซึ่งเป็นการทำงานเกี่ยวกับกลไกของประตูที่ไขสันหลัง (Spinal gating mechanic) โดยการทำงานในกลไกนี้ประกอบด้วยใยประสาทขนาดใหญ่ ใยประสาทขนาดเล็ก สับสแตนเทีย จีลาโนซา (Substantia gelatinosa or SG) และที-เซลล์ (T-cell or Transmission cell) ในดอร์ซอลฮอร์น (Dorsal horn) การทำงานจะมีการนำเข้าของกระแสประสาทจากส่วนปลายเข้าไปตามเส้นใยประสาทใหญ่ หรือใยประสาทขนาดเล็กโดยมีสับสแตนเทีย จีลาโนซา ทำหน้าที่ส่งเสริมหรือยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังที-เซลล์ (T-cell) ซึ่งมีลักษณะคือ กระแสประสาทผ่านไปตามใยประสาทใหญ่ ขณะผ่านสับสแตนเทีย จีลาโนซาจะกระตุ้นการทำงานของสับสแตนเทีย จีลาโนซา ทำให้เกิดการปิดของประตู (Closed gate) ดังนั้นการส่งผ่านของกระแสประสาทไปสู่ ที-เซลล์ (T-cell) ก็จะลดน้อยลงหรือถูกยับยั้งจึงไม่เกิดการรับรู้ความเจ็บปวด ในทางตรงกันข้ามถ้ากระแสประสาท

ไปตามใยประสาทขนาดเล็กขณะผ่านสับสแตนเทีย จีลาโนซา จะยับยั้งสับสแตนเทีย จีลาโนซา จึงเกิดการเปิดของประตู (Open gate) ทำให้มีการส่งผ่านของกระแสประสาทไปยัง ที-เซลล์ (T-cell) ในที่สุดก็จะเกิดการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น



ภาพประกอบ 3 แผนผังทฤษฎีควบคุมประตู

ดังนั้นในการปฏิบัติเพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดก็สามารถกระทำได้โดยการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากบริเวณใต้ผิวหนังก็จะลดความเจ็บปวดได้ เช่น การกระตุ้นผิวหนังด้วยการลูบ การนวด เป็นต้น

2. การส่งสัญญาณจากเรติคูลาร์ฟอร์เมชันในก้านสมอง (Projections from the brain stem reticular formation) ซึ่งการทำงานของเรติคูลาร์ฟอร์เมชัน (Reticular formation) ในก้านสมอง (Brain stem) นั้น เป็นระบบการทำงานที่สม่ำเสมอโดยจะทำหน้าที่ในการปรับสัญญาณที่เข้าสู่สมอง หรือสัญญาณที่ออกสู่ภายนอกให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม มีการนำเข้าของพลังประสาทการรับรู้ที่เหมาะสมไปสู่ส่วนที่เหลืออื่น ๆ ของสมองมีกระแสประสาทไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทจากส่วนปลาย เพื่อปรับสัดส่วนของการรับกระแสประสาทนำเข้าให้เหมาะสม ถ้ามีการนำเข้าของกระแสประสาทการรับรู้ (Sensory input) เพิ่มขึ้น ส่วนที่ยับยั้งการนำเข้าก็จะเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งการทำงานของเรติคูลาร์ฟอร์เมชัน (Reticular formation) จะมีอิทธิพลและได้รับอิทธิพลจากเปลือกสมอง (Cerebral Cortex)

และทาลามัส (Thalamus) ในการส่งกระแสประสาทไปปรับการเปิดและปิดของประตูความเจ็บปวด ดังนั้นพลังประสาทไม่ว่าจะเป็นทางหูหรือทางตาเมื่อมีจำนวนมากขึ้น การทำงานของเรติคูลาร์ ฟอร์เมชัน ก็จะเพิ่มขึ้นด้วยและเรติคูลาร์ ฟอร์เมชัน ก็จะส่งกระแสประสาทไปยังยับยั้งที่ประตูทำให้ประตูปิด (Closed gate) ดังนั้นกระแสประสาทของความเจ็บปวดจึงไม่ถึงระดับการรับรู้ที่คอร์ติคอล (Cortical) ก็จะไม่เกิดความเจ็บปวด หรือถ้ามีสัญญาณประสาทความเจ็บปวดถึงคอร์ติคอล (Cortical) เพียงเล็กน้อยก็จะเกิดความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย

ดังนั้นในทางปฏิบัติซึ่งได้แก่การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) ก็อาจยับยั้งความเจ็บปวดได้ ในทางตรงกันข้าม ความเบื่อหน่ายจำเจ ก็จะทำให้มีความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นได้

3. การส่งสัญญาณจากเปลือกสมองและทาลามัส (Projections from the cerebral cortex and thalamus) ซึ่งในส่วนของเปลือกสมองและทาลามัสจะทำหน้าที่โดยจะรับกระแสประสาทนำเข้าจาก ดอร์ซอล ฮอน (Dorsal horn) ที่ส่งข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายไปสู่ทาลามัส (Thalamus) จากทาลามัสจะส่งข้อมูลไปที่คอร์ติคอล (Cortical) และลิมบิก (Lymbic system) ซึ่งเปลือกสมองและทาลามัสมีการแบ่งการทำงานเป็นระบบที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกันอยู่ 3 ระบบ ดังต่อไปนี้

3.1 ระบบเร้าทางอารมณ์ (Motivational affective system) ประกอบด้วยทาลามิก คอร์ติคอล (Thalamic cortical) และลิมบิก (Lymbic structure) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่สบายและความไม่พึงพอใจ

3.2 ระบบทางสติปัญญา (Cognitive system) โดยเริ่มแรกที่สมองส่วนนอก (Cerebral cortex) ทำหน้าที่วิเคราะห์ความรุนแรงหรือความสำคัญของสิ่งกระตุ้น ผสมผสานข้อมูลจากระบบประสาทส่วนกลางกับระบบประสาทส่วนปลาย และระบบสติปัญญานี้จะทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลตลอดทั้งกลไกการตอบสนองต่อความเจ็บปวด ทั้งระดับความรู้สึกตัว (Conscious) และระดับภายใต้ความรู้สึก (Subconscious) ซึ่งระบบทางสติปัญญาจะวิเคราะห์ประสบการณ์ในอดีตผลออกมาที่มีความเป็นไปได้ตามความหมายของความเจ็บปวด

3.3 ระบบจำแนกการรับรู้ (Sensory discrimination system) ซึ่งระบบนี้จะทำหน้าที่จำแนกถึงลักษณะ ตำแหน่ง และความรุนแรง (Intensity) ของความเจ็บปวด โดยการรับสัญญาณนี้โอสไปโนทาลามิก แทรค (Neospinothalamic tract) ไปยังทาลามัส (Thalamus) และการรับรู้ที่คอร์เทกซ์ (Sensory cortex)

ในการทำงานทั้งสามระบบจะมีการทำงานประสานงานกันมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้รับรู้ได้ถึงความเจ็บปวด สามารถบอกได้ถึงลักษณะ ตำแหน่ง ความรุนแรงของความเจ็บปวด รวมทั้งลักษณะของสิ่งกระตุ้นทำให้ส่งผลเกิดการเร้าทางอารมณ์และเตรียมพร้อมที่จะต่อสู้หรือถอยหนี ซึ่งจะสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกมา

ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogenous pain control theory)

เมื่อไม่นานมานี้ได้มีการค้นพบสารชนิดหนึ่งที่มีอยู่ในร่างกาย และสารชนิดนี้มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (Morphine) มีชื่อเรียกว่า เอนดอร์ฟิน (Endorphins) ซึ่งมาจากสองคำคือ เอนโดจีนัส (Endogenous) กับมอร์ฟีน (Morphine) ซึ่งเอนดอร์ฟิน (Endorphins) นี้เป็นสารที่มีอิทธิพลต่อการส่งผ่านกระแสประสาทความเจ็บปวด โดยการทำหน้าที่เป็นทั้งสารสื่อส่งผ่านกระแสประสาท (Neurotransmitters) และสารควบคุมประสาท (Neuromodulators) ไปยับยั้งการส่งผ่านสัญญาณประสาทของความเจ็บปวด ดังนั้นเมื่อพบเอนดอร์ฟิน (Endorphins) ที่รอยประสาทของเซลล์ประสาท (Synapse of nerve cell) จะมีผลทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดลดลง การที่ไม่สามารถหลั่งเอนดอร์ฟินออกมาได้ก็จะเกิดความเจ็บปวด (Reeder & Martin. 1987 : 501) สารเอนดอร์ฟิน (Endorphins) พบได้ในร่างกายบริเวณต่าง ๆ ได้แก่ ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) ทางเดินอาหาร (Gastrointestinal tract) ซีรัม (Serum) ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) โดยเฉพาะบริเวณที่เป็นสื่อในการส่งผ่านความเจ็บปวด

ฮับแมน (พรณิกา รัชกุลกุล. 2537 : 14-15 ; อ้างอิงจาก Hubman. 1982. *Advances Nursing Science*. p.66.) กล่าวว่า สารคล้ายมอร์ฟีนภายในร่างกายที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมความเจ็บปวดในปัจจุบันมี 2 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. เอนเคเพฟาลิน (Enkephalins) ประกอบด้วย เพนตา เปปไทด์ (Penta peptides) คือ เมทไทโอเนีย – เอนเคเพฟาลิน (Methionine – enkephalin) และลิวซีน – เอนเคเพฟาลิน (Leucine – enkephalin) ซึ่งเอนเคเพฟาลิน (Enkephalin) นี้มีกระจายอย่างกว้างขวางในสมองพบเข้มข้นมากในระบบลิมบิก (Lymbic system) และบริเวณที่เกี่ยวข้องกับทางเดินประสาทรับความเจ็บปวด เช่น ไตรเจมินอล สไปนอล นิวเคลียส (Trigeminal spinal nucleus) เพอริแอคไควดักตอล เกรแมทเทอร์ (Periacquiductal graymatter) นอกจากนี้ยังพบในระบบทางเดินอาหารและเส้นประสาทส่วนปลาย มีความเชื่อว่า เอนเคเพฟาลิน (Enkephalins) ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดกระแสประสาท (Neurotransmitter) ทั้งในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย

2. เอนดอร์ฟิน (Endorphines) ประกอบด้วย โพลีเปปไทด์ (Polypeptides) 3 ชนิด ได้แก่ แอลฟา – เอนดอร์ฟิน (Alpha – endorphin) เบต้า – เอนดอร์ฟิน (Beta – endorphin) และแกมมา – เอนดอร์ฟิน (Gamma – endorphin) กลุ่มนี้พบในสมองและต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) สำหรับเบต้า เอนดอร์ฟิน (Beta – endorphin) เป็นพวกที่มีการทำงานมากที่สุด และมีการศึกษาวิจัยอย่างมากมายพบในไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) มิดเบรน (Midbrain) พอนส์ (Pons) เมดูลาร์ ออบลองกาต้า (Medula oblongata) และต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า (Anterior pituitary) ซึ่งเบต้าเอนดอร์ฟินที่พบในต่อมพิทูอิทารีนี้จะมี

ความเข้มข้นมากและออกฤทธิ์ได้เป็นเวลานาน อาจบรรเทาอาการเจ็บปวดได้เป็นชั่วโมง มีความเชื่อว่า เบต้า เอนดอร์ฟิน (Beta – endorphin) ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาททั้งในระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทส่วนปลาย

ระดับเอนดอร์ฟิน (Endorphins) ในร่างกายของแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงทำให้อธิบายได้ว่าทำไมคนหนึ่งมีความเจ็บปวดมากกว่าอีกคนหนึ่ง บุคคลที่มีระดับเอนดอร์ฟิน (Endorphins) สูงจะมีความรู้สึกเจ็บปวดน้อย ซึ่งมีตัวอย่างว่าบุคคลที่มีระดับเอนดอร์ฟิน (Endorphins) ต่ำก่อนการผ่าตัดจะมีความต้องการยาบรรเทาปวด ภายหลังได้รับการผ่าตัดมากกว่าบุคคลที่มีระดับเอนดอร์ฟินสูง สำหรับความแตกต่างของระดับเอนดอร์ฟิน (Endorphins) อาจเกิดจากพันธุกรรมและอาจเกิดจากสังคมวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกันทำให้การแสดงความรู้สึกเจ็บปวดในสถานการณ์ที่แน่ชัดแตกต่างกัน เช่น ความเครียด การตั้งครรภ์ การคลอด ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้จะเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการเพิ่มของระดับเอนดอร์ฟิน (Endorphins) ดังนั้นระดับเอนดอร์ฟิน (Endorphins) จะมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ ในระหว่างมีการตั้งครรภ์ และมีการคลอด สตรีมีครรภ์อาจมีความรู้สึกเจ็บปวดลดลงทั้งนี้ก็เนื่องจากการเพิ่มระดับ เอนดอร์ฟินในระยะนี้ (Reeder & Martin. 1987 : 501) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคาฮิลล์ (Cahill. 1989 : 200) พบว่าสตรีที่มีครรภ์จะมีระดับของเบต้า เอนดอร์ฟิน (Beta – endorphin) ในพลาสมา (Plasma) มากกว่าสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการเพิ่มของระดับเบต้า เอนดอร์ฟิน (Beta – endorphin) นี้ทำให้สตรีมีครรภ์สามารถอดทนต่อความ เจ็บปวดชนิดเฉียบพลันได้

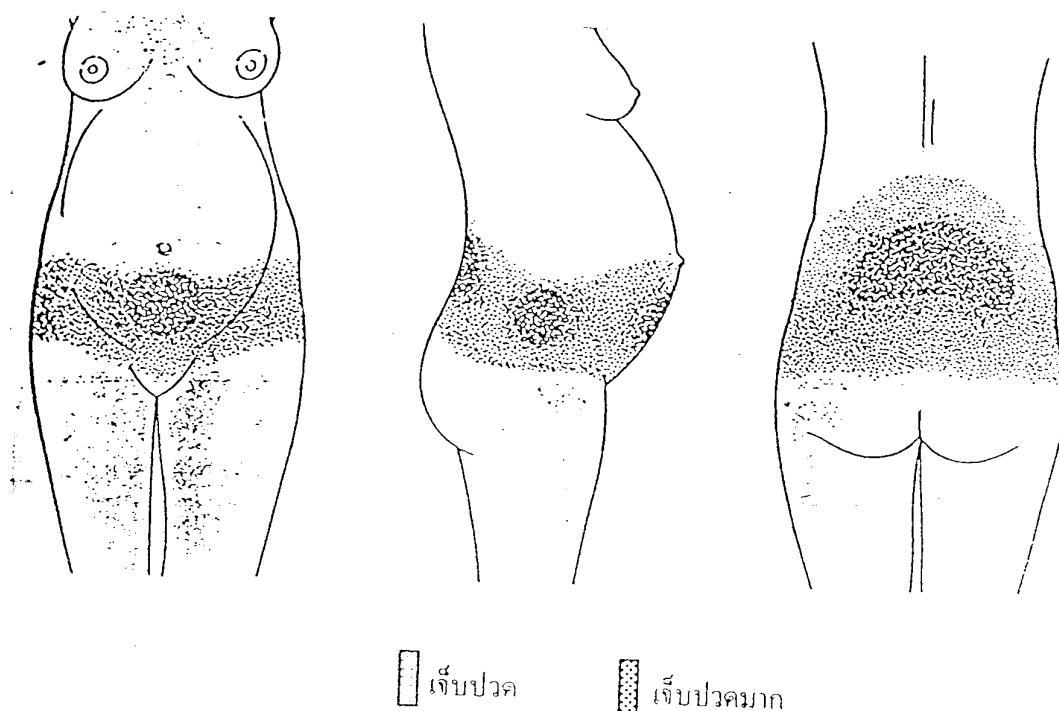
จากทฤษฎีควบคุมประตุ และทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน จะเห็นว่า ถ้าสามารถควบคุมประตุความเจ็บปวดให้ปิดได้ หรือทำให้ร่างกายหลั่งสารเอนดอร์ฟินเพิ่มขึ้น ก็จะทำให้ไม่เกิดความเจ็บปวด หรือสามารถลดระดับความเจ็บปวดได้ มีผลให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม จากทฤษฎีทั้งสองนี้ผู้วิจัยจึงใช้การนวดเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ ทำให้กล้ามเนื้อหดตัวกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารเอนดอร์ฟินเพิ่มขึ้น และเป็นการกระตุ้นใยประสาทเส้นใหญ่ ยับยั้งการทำงานของเซลล์สื่อประสาท ทำให้ระบบควบคุมประตุปิด

วิถีประสาท สรีรวิทยา และความเจ็บปวดจากการคลอด

โอลด์และคณะ (วินัส ฉัตรชวลักษณ์. 2543 : 22-23 ; อ้างอิงจาก Old, et al. 1988. *Maternal – Newborn Nursing : Family Centers Approach*. p.558.) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวในระยะต่าง ๆ ของการคลอดไว้ดังนี้

1. ความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดเกิดจากการที่เซลล์กล้ามเนื้อมดลูกได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากการหดตัวของมดลูก มีการยืดขยายของมดลูกส่วนล่าง ปากมดลูกบางและเปิดขยาย และมีแรงกดดันบนอวัยวะใกล้เคียง ได้แก่ ช่องคลอด ท่อ

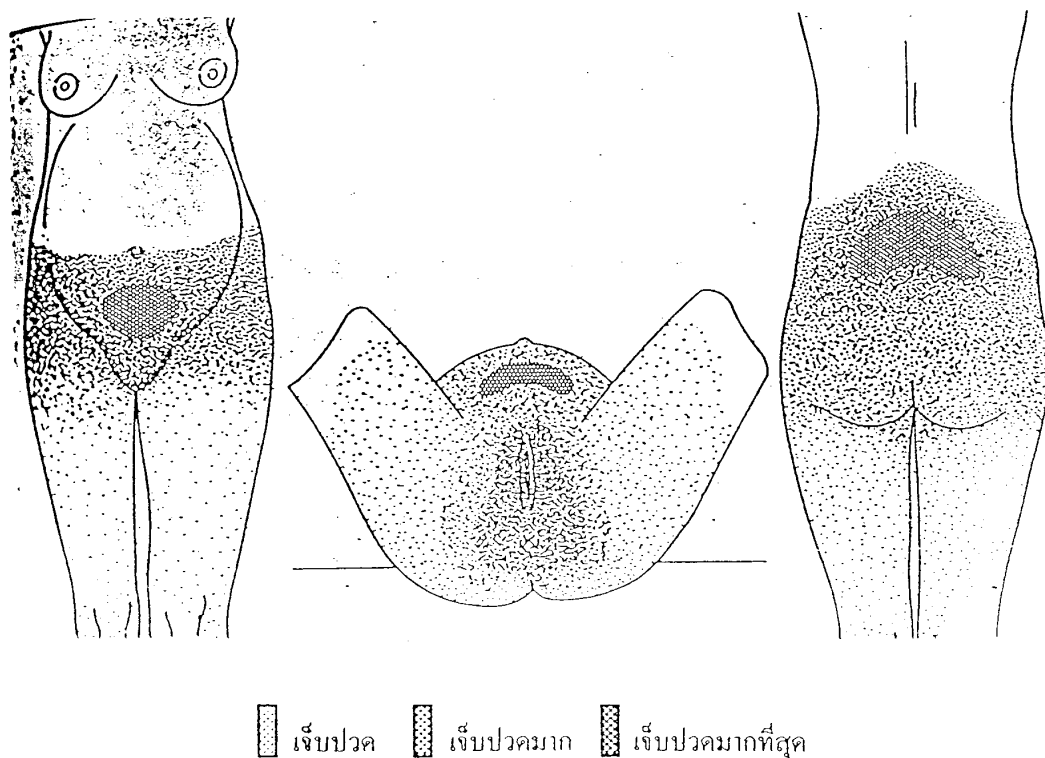
ปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งเอ็นต่าง ๆ ถูกดึงรั้ง สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นที่ประสาทรับความเจ็บปวดซึ่งเป็นปลายประสาทอิสระ ในระยะนี้พลังกระแสนประสาทความเจ็บปวด จะถูกส่งผ่านใยประสาทของมดลูก (Uterine plexus) ไปยังประสาทที่เชิงกราน ใยประสาทเข้าสู่ไขสันหลังผ่านเส้นประสาทส่วนนอกที่ 12, 11 และ 10 ส่งผ่านก้านสมองไปยังทาลามัสนำกระแสประสาทเข้าสู่เปลือกสมอง (Cerebral cortex) ซึ่งเป็นบริเวณที่การรับและการแปลความรู้สึกเจ็บปวดได้มีการแสดงออกทางพฤติกรรม ในระยะนี้สตรีคลอดจะเจ็บปวดมาก บริเวณต่ำกว่าสะดือด้านข้างของช่องเชิงกราน และด้านขาทั้ง 2 ข้าง ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4 และ 5 (Bonica. 1990 : 1313-1343)



ที่หนึ่งของการคลอด

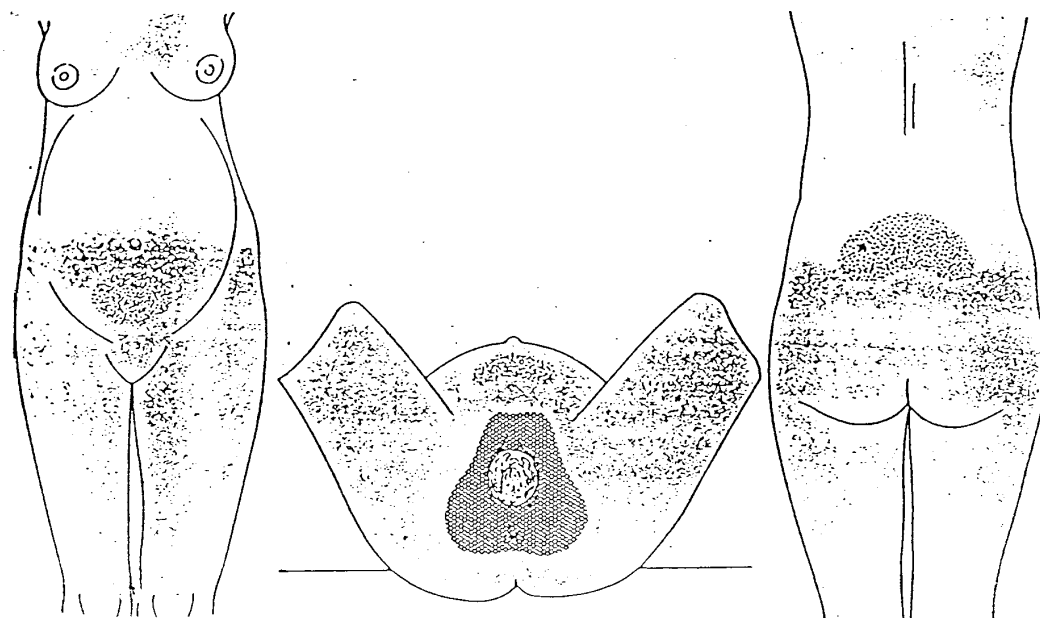
2. ความเจ็บปวดในระยะที่ 2 ของการคลอดเกิดจากการที่เซลล์กล้ามเนื้อมดลูกได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากการหดตัวของมดลูกที่รุนแรงขึ้น มีการยืดขยายของช่องคลอดส่วนกลาง ฝีเย็บและมีแรงกดดันบนอวัยวะใกล้เคียง จากการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารก ความเจ็บปวดระยะนี้เริ่มจากกระแสนประสาทความเจ็บปวดจะถูกส่งผ่านโดยตรงทางเส้นประสาท พูเดิลตัล (Pudendal nerve) เข้าสู่ประสาทไขสันหลังที่บริเวณเส้นประสาทก้นกบ (Sacral nerve) ที่ 2 3 และ 4 แล้วส่งต่อไปยังสมอง ระยะนี้ตำแหน่งของความเจ็บปวดจะอยู่

บริเวณปากช่องคลอดและฝีเย็บ เนื่องจากแรงกดของส่วนน้ำหนักที่เคลื่อนต่ำลงมา ดังปรากฏตาม ภาพประกอบ 6 (Bonica. 1990 : 1313-1343)



ภาพประกอบ 5 ตำแหน่งที่มีการกระจายความเจ็บปวดจากการคลอดในตอนปลายระยะที่หนึ่งและตอนต้นระยะที่สอง

3. ความเจ็บปวดในระยะที่ 3 ของการคลอด เกิดจากการยืดขยายของปากมดลูกเพื่อให้รกคลอดผ่านออกมา และจากการหดรัดตัวของมดลูกวิธีประสาทความเจ็บปวดของระยะนี้ กระแสประสาทจะถูกส่งผ่านไปเหมือนกับระยะที่ 1 ของการคลอด แต่ความรุนแรงจะน้อยกว่า



■ เจ็บปวดมาก ■ เจ็บปวดมากที่สุด

ภาพประกอบ 6 ตำแหน่งความเจ็บปวดในตอนปลายระยะที่สองของ
การคลอด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บครรภ์คลอด

ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอด จะแตกต่างกันในหญิงมีครรภ์แต่ละคน หรือแม้แต่หญิงมีครรภ์คนเดิมที่ต่างลำดับครรภ์ หรือต่างระยะของการคลอดในครรภ์เดียวกันมีระดับความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเจ็บปวดของการคลอดสามารถแบ่งได้เป็น 4 ประการคือ (Bonica & McDonald. 1990 : 1313-1343)

1. ปัจจัยทางสรีระ
2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ
3. ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม
4. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

1. ปัจจัยทางด้านสรีระ ประกอบด้วย

- 1.1 การดำเนินการคลอด ได้แก่

- 1.1.1 ความรุนแรงและระยะเวลาการหดตัวของมดลูก

1.1.2 ระดับการเปิดขยายของปากมดลูกและอัตราความเร็วของการเปิดขยายของปากมดลูก

1.1.3 อัตราการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ

1.1.4 ความตึงของเนื้อเยื่อบริเวณฝีเย็บ

1.1.5 การคลอดยากหรือคลอดผิดปกติเนื่องจากเชิงกรานแคบ ทารกในครรภ์มีขนาดใหญ่ผิดปกติ หรือแรงการคลอดผิดปกติ เป็นต้น

1.1.6 ภาวะของหญิงมีครรภ์แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการดำเนินการคลอด เช่น อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ สภาพของปากมดลูกเมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะคลอด ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของทารกกับช่องทางคลอด และสภาวะทั่วไปของหญิงมีครรภ์ ได้แก่ การมีภาวะแทรกซ้อนร่วมกับการตั้งครรภ์สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการเพิ่มการรับรู้ความเจ็บปวดได้ทั้งสิ้น

1.2 ความเหนื่อยล้าและการอดนอน

ความเหนื่อยล้าอาจเกิดจากการตอบโต้ต่อสิ่งเร้ามากเกินไป หรือมีการเจ็บครรภ์คลอดอยู่นาน ได้รับสารน้ำและสารอาหารเข้าสู่ร่างกายน้อย มีการพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดพลังงานสำรองที่ใช้ในกลไกการปรับตัวเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด จึงทำให้หญิงมีครรภ์มีความ อดทนต่อความเจ็บปวดลดลง นั่นคือมีการรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นนั่นเอง

1.3 สภาพร่างกาย

ขึ้นอยู่กับรูปร่าง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนที่ใช้ในการคลอด หากได้รับการเตรียมเพื่อการคลอด โดยมีการบริหารกล้ามเนื้อส่วนที่ใช้ในการคลอดก็จะช่วยให้ผ่านกระบวนการคลอดไปด้วยดีไม่เกิดภาวะการคลอดเนิ่นนาน ซึ่งทำให้เพิ่มการรับรู้ความเจ็บปวด

1.4 อายุ

หญิงมีครรภ์ที่มีอายุน้อยย่อมขาดการเรียนรู้ต่อประสบการณ์ และการปรับตัวความอดทนต่อความเจ็บปวดก็จะน้อยลงด้วย

2. ปัจจัยด้านจิตใจ ประกอบด้วย

2.1 ความกลัวความวิตกกังวลและความเครียด

รีด (วัสสิกา เฟือกโสมณ. 2539 : 53-55 ; อ้างอิงจาก Read. 1984. **Childbirth Without Fear**. p.196-208.) ได้เสนอรายงานไว้ว่า สตรีที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์จะเต็มไปด้วยความวิตกกังวล ซึ่งจะไปกระตุ้นประสาทอัตโนมัติให้มีความเครียดเพิ่มมากขึ้นมีผลต่อระบบการไหลเวียนของโลหิตที่ไปเลี้ยงมดลูก ทำให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงซึ่งส่งผลให้กล้ามเนื้อหดตัวผิดปกติทำให้เกิดความเจ็บปวดตามมา ขณะเดียวกันความเจ็บปวดก็ทำให้ความกลัวเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ความเครียดสูงขึ้น และเกิดความเจ็บปวดเป็น

จริงไม่มีที่สิ้นสุด เขาจึงสรุปไว้ว่าการสร้างความมั่นใจ ความเข้าใจ และความไม่กลัวให้เกิดขึ้นกับหญิงมีครรภ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การคลอดง่ายขึ้น และช่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอดได้

2.2 ประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต

หญิงมีครรภ์ที่เคยประสบความเจ็บปวดรุนแรงจากการคลอดครั้งก่อน และไม่ได้รับการบรรเทาที่ดีพอย่อมฝังใจและหวาดกลัวต่อความเจ็บปวดนั้น โดยคาดการณ์ว่าระดับความเจ็บปวดจะรุนแรงพอ ๆ กับการคลอดครั้งที่ผ่านมา ฉะนั้นเมื่อประสบความเจ็บปวดครั้งใหม่ หญิงมีครรภ์จะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดน้อยลง และรับรู้ต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น

2.3 การเตรียมทางด้านจิตใจ

หญิงมีครรภ์ที่ได้รับการเตรียมทางด้านจิตใจก่อนคลอด โดยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ไม่คาดการณ์ล่วงหน้าอย่างผิด ๆ เกี่ยวกับความเจ็บปวดระยะคลอด มีการยอมรับในเรื่องความเจ็บปวดว่าเป็นส่วนหนึ่งของการคลอด ซึ่งสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การผ่อนคลาย การควบคุมการหายใจ การนวด (Hassid. 1984 : 1-38) หญิงมีครรภ์กลุ่มนี้จะสามารถอดทนต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดเพิ่มขึ้น

2.4 บุคลิกภาพ

ความเจ็บปวดขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพส่วนบุคคล พบว่าหญิงมีครรภ์ที่มีลักษณะเปิดเผย (extrovert) มักจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีลักษณะเก็บตัว (introvert) หญิงมีครรภ์ที่มีความวิตกกังวลได้ง่ายมักทนกับความเจ็บปวดได้น้อย

2.5 การปรับตัว

เนื่องจากความสามารถในการปรับตัวต่อความเจ็บปวดของบุคคลไม่เท่ากัน จึงทำให้หญิงมีครรภ์แต่ละคนมีการรับรู้และแสดงออกต่อความเจ็บปวดแตกต่างกัน

3. ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม

พื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรม เชื้อชาติและเผ่าพันธุ์ ถือเป็นปัจจัยหลักในการกำหนดการแสดงออกของความเจ็บปวด การตอบสนองของแต่ละบุคคลมีเงื่อนไขจากการที่สังคม และวัฒนธรรมมีเจตคติต่อความเจ็บปวดแตกต่างกัน เช่น สังคมหนึ่งอาจมองความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่ต้องอดทนไม่ควรแสดงออกอย่างชัดเจน แต่อีกสังคมหนึ่งอาจมองว่าการตอบสนองความเจ็บปวดอย่างเปิดเผยเป็นที่ยอมรับ และได้รับการเอาใจใส่บุคคลที่อยู่ในสังคมหรือวัฒนธรรมนั้นจะพัฒนาไปในรูปแบบดังกล่าวทั้งอย่างรู้ตัวและไม่รู้ตัว ดังนั้นในหญิงมี

กรรมที่ต่างสังคมและวัฒนธรรมจึงมีขีดเริ่มของความเจ็บปวด ความอดทนต่อความเจ็บปวดและการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดแตกต่างกัน

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดอย่างมาก สิ่งแวดล้อมที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี และมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้ดีขึ้น สภาพแวดล้อมที่ดีประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความสะอาด ความเงียบสงบ แสงและอุณหภูมิที่พอเหมาะ การระบายอากาศที่ดี ส่วนสภาพแวดล้อมทางจิตและสังคม ได้แก่ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล การให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องตรงตามความจริง การดูแลอย่างสม่ำเสมอ การมีคนอยู่เป็นเพื่อนขณะเจ็บปวด สิ่งเหล่านี้จะทำให้หญิงมีครรภ์รู้สึกปลอดภัยและเป็นสุข สำหรับสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น สภาพห้องที่วุ่นวายเสียงดัง การระบายอากาศ ไม่ดี การถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวขณะเจ็บปวด ขาดการดูแลเอาใจใส่ จะก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมาก พลังงานสำรองลดลง ความอดทนต่อความเจ็บปวดจึงลดลง และมีการรับรู้ต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น

ผลของการเจ็บครรภ์คลอด

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นภาวะวิกฤติที่หญิงมีครรภ์ได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ไม่สบายและยังก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัว ทำให้เกิดความตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผลต่อภาวะคงที่ภายในของหญิงมีครรภ์ โดยมีการเปลี่ยนแปลงของการหายใจ การไหลเวียนโลหิต เมตาบอลิซึม และการทำงานของต่อมไร้ท่อ และส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ดังนี้คือ (Bonica & McDonald. 1990 : 1313-1343)

1. ผลต่อมารดา

1.1 การหายใจ ในขณะที่เจ็บครรภ์การหายใจจะเพิ่มขึ้นประมาณ 5 ถึง 20 เท่าของปกติ ทำให้ค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PaCO_2) ลดลงจากค่าปกติ 32 มิลลิเมตรปรอทเหลือ 15 ถึง 20 มิลลิเมตรปรอท ระดับความเป็นกรดต่าง (pH) เพิ่มขึ้นเป็น 7.55 ถึง 7.60 จึงเกิดภาวะต่างจากการหายใจ (Respiratory alkalosis) มีผลทำให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนน้อยลง และผลของการลดลงของคาร์บอนไดออกไซด์ในหลอดเลือดแดง จะทำให้หญิงมีครรภ์หายใจช้าลงกว่าปกติในระยะพัก ทำให้ค่าความดันออกซิเจนในหลอดเลือดแดงลดลงร้อยละ 10 ถึง 15 ถ้าระดับออกซิเจนในหลอดเลือดแดงลดลงต่ำกว่า 70 มิลลิเมตรปรอท จะมีผลทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้

1.2 การไหลเวียนโลหิต ในขณะที่เจ็บครรภ์ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ภายใน 1 วินาที (Cardiac output) จะเพิ่มขึ้น คือในระยะแรกของระยะที่หนึ่งของการคลอด การไหลเวียนโลหิตจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 ถึง 20 ในระยะท้ายของระยะที่หนึ่งจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 35 ถึง 40 เมื่อเข้าสู่ระยะที่สองของอาการคลอด จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 45 ถึง 50 เมื่อ

ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 ถึง 50 ขณะมดลูกหดตัวจะมีเลือดกลับเข้าสู่ระบบการไหลเวียนประมาณ 250 ถึง 300 มิลลิเมตร แต่เมื่อมดลูกคลายตัวปริมาณเลือดในระบบการไหลเวียนจะลดลง จึงกระตุ้นการทำงานของระบบซิมพาเทติก (Sympathetic) เกิดการหดตัวของเส้นเลือด ทำให้ความดันซิสโตลิก เพิ่มขึ้น 20-30 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 15 ถึง 20 มิลลิเมตรปรอท การเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจภายใน 1 นาที และการเพิ่มของความดันโลหิต มีผลทำให้หัวใจห้องล่างต้องทำงานมากขึ้น

1.3 เมตาบอลิซึม เนื่องจากการเจ็บครรภ์มีผลกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เมตาบอลิซึมในร่างกายเพิ่มขึ้น การใช้ออกซิเจนมากขึ้น และหญิงมีครรภ์มักจะไม่ได้รับสารอาหารในระยะคลอดรวมกับการที่ไตขับไบคาร์บอเนต (HCO_3) ออกทางปัสสาวะ เพื่อลดภาวะการเป็นด่างจากการหายใจ (Respiratory alkalosis) จึงทำให้ร่างกายเกิดภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม (Metabolic acidosis) จึงมีผลเสียโดยตรงต่อหญิงมีครรภ์และทารก นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง จึงมีเศษอาหารและน้ำย่อยค้างในกระเพาะอาหาร ในกรณีนี้หญิงมีครรภ์อาจอาเจียนและสูดสำลักลงปอดทำให้เกิดอันตรายได้

1.4 การทำงานของต่อมไร้ท่อ การเจ็บครรภ์ที่รุนแรงและความวิตกกังวล จะมีผลเพิ่มการหลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) และคอร์ติซอล (Cortisol) ทำให้กระแสโลหิตที่ไหลเวียนมายังมดลูกลดลง จึงทำให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานผิดปกติไป

1.5 จิตใจ การเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรงเป็นเวลานานจะมีผลกระทบต่อจิตอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงมีครรภ์เกิดความวิตกกังวลและความกลัว ร่างกายจึงเกิดความตึงเครียด และแสดงปฏิกิริยาออกมาทางระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น จึงเกิดเป็นกลุ่มอาการของความกลัว – ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear – Tension – Pain – Syndrome) (Read. 1984 : 196-208) นอกจากนี้ยังทำให้หญิงมีครรภ์เกิดประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสได้อีกด้วย

2. ผลต่อการคลอด

ความเจ็บปวดจากการคลอด และความตึงเครียดทางอารมณ์ของหญิงมีครรภ์ มีผลกระตุ้นการหลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) และคอร์ติซอล (Cortisol) ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานผิดปกติจากการศึกษาของ โบนิกา (Bonica. 1990 : 1313-1343) พบว่า นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และคอร์ติซอล (Cortisol) มีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานลดลงบางครั้งอาจพบว่าหญิงมีครรภ์เจ็บครรภ์บ่อยครั้งแต่ไม่รุนแรง เนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ประสานกัน จึงไม่มีแรงผลักดันทารกในครรภ์ออกจากโพรงมดลูก

มากพอที่จะทำให้เกิดการคลอดจึงเกิดความล่าช้าในการคลอด และหญิงมีครรภ์ต้องสูญเสียพลังงานมาก ทำให้ต้องช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ

3. ผลต่อทารก

ในขณะที่มดลูกหดตัวต้องการแลกเปลี่ยนก๊าซที่บริเวณอินเตอร์วิลลัส สเปซ (Intervillous space) ซึ่งจะลดลง ทำให้ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะขาดก๊าซออกซิเจน ซึ่งภาวะปกติร่างกายของทารกในครรภ์จะมีความอดทนต่อระดับการเปลี่ยนแปลงของความดันก๊าซออกซิเจนในหลอดเลือดได้ แต่ในกรณีที่หญิงมีครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน เช่น กล้ามเนื้อมดลูก หดรั้งตัวรุนแรงผิดปกติ มีความล่าช้าในการคลอด มีภาวะต่างจากการหายใจ (Respiratory alkalosis) มีภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม (Metabolic acidosis) จะมีผลทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนมากขึ้น และเกิดภาวะการเป็นกรด (Acidosis) ซึ่งเป็นสาเหตุของการตายคลอดได้ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในขณะเจ็บครรภ์และคลอด ทำให้เกิดภาวะกดดันแก่หญิงมีครรภ์และทารกในครรภ์ การหดรั้งตัวของมดลูกทำให้เกิดความดันต่อศีรษะทารกสมองของทารกอาจได้รับความกระทบกระเทือน อาจทำให้หลอดเลือดในสมองฉีกขาด มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดิวรา (Dura) หรือใต้ชั้นอะแรคโนอย (Arachnoid) ได้

การลดความเจ็บปวดจากการคลอด

การช่วยลดความเจ็บปวดจากการคลอดสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี (สมปอง ใช้ไหวพริบ. 2000 : 26-31)

1. วิธีลดความเจ็บปวดโดยใช้ยา เช่น การใช้ยาเฉพาะที่ การใช้ยาฉีดเข้าทางไขสันหลัง และการให้ยาทางหลอดเลือดดำ
2. วิธีลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งจะใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัวและความเครียด

ในการเลือกจะใช้วิธีลดความเจ็บปวดวิธีใดก็ตาม ควรมีการพิจารณาถึงผลดีและผลเสีย ที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ ถึงแม้ประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดจะดีเพียงใด ก็ควรยึดหลักวิธีดำเนินการที่ต้องไม่มีอันตรายต่อแม่และเด็ก ไม่มีผลต่อการหดรั้งตัวของมดลูกสามารถลดหรือระงับความเจ็บปวดได้ และที่ต้องคำนึงถึงทุกครั้งก่อนดำเนินการคือ ความยินยอมและพร้อมจะให้ความร่วมมือของผู้คลอด ซึ่งจะทำให้การดำเนินการคลอดได้ผลดี ไม่มี ผลกระทบต่อความรู้สึกถึงสายสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูกได้

การลดความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา

หลักและวิธีดำเนินการ พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้คลอด โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดสอนและฝึกเทคนิคต่าง ๆ เพื่อขจัดความกลัวและความวิตกกังวล ทำ

ให้ผู้คลอดมีความมั่นใจ การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดจากการคลอด มีดังนี้ (สมปอง ไช้ไหวพริบ. 2000 : 26-31)

1. การประคับประคองทางด้านจิตใจ

พยาบาลสร้างความไว้วางใจ และความปลอดภัยได้โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด ตั้งแต่แรกเริ่มมีการแนะนำตนเอง ปฏิบัติต่อผู้คลอดในฐานะบุคคลที่มีความสนใจให้ความมั่นใจต่อผู้คลอด และทารกในครรภ์จะปลอดภัย

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการคลอด

เพื่อเป็นการตัดวงจรความกลัว ความตึงเครียด ความเจ็บปวด พยาบาลควรให้ความรู้แก่ผู้คลอด เพื่อให้ทราบสาเหตุการฉีกอะไรกำลังจะเกิดขึ้น เกิดขึ้นอย่างไร และควรปฏิบัติตนอย่างไร เพื่อให้ความรู้แก่ผู้คลอดจึงต้องให้เนื้อหาที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้คลอด และเหมาะสมกับเวลาการคลอดดังนี้

2.1 ระยะปากมดลูกเปิดช้า ตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิดจนถึง 3 เซนติเมตร เป็นระยะที่ดีที่สุดสำหรับการให้ความรู้เพราะระยะนี้ผู้คลอดยังมีการรับรู้ตัวดี เนื่องจากระดับความวิตกกังวลยังน้อย ยังไม่ไปขัดขวางต่อการเรียนรู้ ดังนั้นระยะนี้พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะคลอด ระยะเวลาของการคลอด ความรู้สึกของ ร่างกายที่เกิดขึ้น และควรเตรียมร่างกายของผู้คลอดให้พร้อมสำหรับการคลอด โดยมีการสอนวิธีฝึกการผ่อนคลายและเทคนิคต่าง ๆ ที่ช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายในระยะคลอด เพื่อส่งเสริมการใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม และเป็นการหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดพฤติกรรมและการระบายนรกที่ไม่เหมาะสมด้วย

2.2 ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว คือระยะที่ปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 3 เซนติเมตรจนถึง 10 เซนติเมตร ระยะนี้มีอาการเจ็บปวดมากขึ้น แต่การรับรู้ตัวยังดีอยู่ ควรสอนการปฏิบัติในระยะต่อไป ได้แก่ การนอนพักบนเตียง การดื่มน้ำและอาหารทางปาก การเบ่งที่ถูกวิธี กระตุ้นให้ใช้เทคนิคการหายใจและผ่อนคลาย รวมทั้งอธิบายเกี่ยวกับการดำเนินการคลอดในระยะนี้

2.3 ระยะเปลี่ยนแปลงและระยะที่สองของการคลอด คือระยะตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตรจนถึงทารกคลอด ระยะนี้ผู้คลอดจะมีความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดสูงซึ่งเป็นระยะที่ผู้คลอดต้องการผู้ช่วยเหลือประคับประคองมากที่สุด ระยะนี้ไม่ควรให้ข้อมูล เพิ่มเติมอีก เพราะการรับรู้ตัวของผู้คลอดจะลดลงอย่างมาก ควรย้ำถึงสิ่งที่ได้ แนะนำไปแล้วโดยใช้คำพูดสั้น ๆ ได้ใจความและเน้นเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น

2.4 ระยะที่สามและระยะที่สี่ของการคลอด คือระยะรกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอดระยะนี้ผู้คลอดจะรู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียดลง พยาบาลควรอธิบาย พร้อมทั้งกระตุ้นเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก นอกจากนี้ควรอธิบายเกี่ยวกับ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการพักผ่อน การรับประทานอาหาร และสังเกตอาการผิดปกติ

3. การดูแลทางด้านร่างกาย

3.1 การดูแลเพื่อให้เกิดความสบายทั่วไป การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล เช็ดหน้าเช็ดตัว ทำความสะอาดปากและฟัน ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ตลอดจนความสะอาดของเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอนควรแห้งสะอาดจะช่วยให้ผู้คลอดนอนสบาย ระยะนี้ผู้คลอดอาจรู้สึกปากคอแห้ง โดยเฉพาะในรายที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด ควรดูแลให้อมก้นน้ำแข็งเล็ก ๆ ริมฝีปากแห้งควรทาไกลีเซอรีนให้เพื่อลดความไม่สบายลง การลดความไม่สบาย เล็ก ๆ น้อย ๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้คลอดมีความรู้สึกที่ดี ทำให้นอนหลับพักผ่อนได้ นอกจากนี้กระเพาะปัสสาวะควรได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษ โดยดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างตลอดการคลอด

3.2 จัดทำนอนให้ผ่อนคลาย ควรมีหมอนรองรับตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะตรงข้อต่อต่าง ๆ ทำที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้คลอดโดยทั่ว ๆ ไป คือ ทำนอนตะแคง หากผู้คลอดจะเปลี่ยนเป็นท่านอนหงาย ควรยกหัวเตียงให้สูงประมาณ 30 องศา เพื่อลดความดันของมดลูกที่กดหลอดเลือดอินฟีเรียเวนาคาวา และเวลามดลูกคลายตัวก็คลายอย่างสมบูรณ์ การยกหลังและการเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ จะช่วยให้ผู้คลอดสบายขึ้น

3.3 จัดสิ่งแวดล้อมระหว่างคลอด โดยการลดสิ่งกระตุ้นที่ไม่จำเป็น แสงสว่างควรพอเหมาะ ไม่มีเสียงดังรบกวน ลดความพลุกพล่านจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ จัดเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้พอเหมาะ ไม่รบกวนผู้คลอดมากเกินไป

4. การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอด จากความเจ็บปวดไปสู่สิ่งอื่น ๆ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถลดความเจ็บปวดได้ผลดี เนื่องจากการยับยั้ง พลังงานประสาทจากก้านสมอง มีผลให้ระบบควบคุมประตูดับไขสันหลังปิด ไม่สามารถส่งพลังงานประสาทความเจ็บปวดไปที่สมองให้รับรู้ความเจ็บปวดได้ และยังเป็นการกระตุ้นให้มีการหลั่งสารคล้ายมอร์ฟินมาควบคุมความเจ็บปวดในร่างกายเพิ่มขึ้น การเบี่ยงเบนความสนใจทำได้หลายวิธี เช่น การสร้างจินตนาการถึงสถานที่ประทับใจหรือภาพของทารกในครรภ์ การฟังดนตรีที่ผู้คลอดชอบ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ พูดคุยกับญาติหรือเจ้าหน้าที่วิธีการต่าง ๆ เหล่านี้ที่ใช้ในการเตรียมตัวเพื่อการคลอดพยาบาลสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้คลอดที่ไม่ได้รับการฝึกฝนมาก่อนได้ โดยพยาบาลต้องให้คำแนะนำตั้งแต่ในระยะแรกของการเจ็บครรภ์และคอยดูแลอย่างใกล้ชิด

5. การกระตุ้นผิวหนัง สามารถช่วยลดความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดได้ตามทฤษฎีการควบคุมประตูดับไขสันหลัง เนื่องจากเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ซึ่งมีจำนวนมากได้ผิวหนัง มีผลให้พลังงานประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าใยประสาทขนาดเล็กส่งผลให้ระบบควบคุมประตูดับไขสันหลังปิด ช่วยลดสัญญาณของพลังงานประสาท

ความ เจ็บปวดไปยังระดับสมอง ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลงซึ่งสามารถทำได้โดยการลูบหน้าท้อง หรือการนวด

5.1 การลูบหน้าท้อง เป็นการลดความเจ็บปวดโดยการรับรู้ต่อการเจ็บครรภ์ตามทฤษฎีควบคุมประตู เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ขณะเดียวกันยังสามารถเบี่ยงเบนความสนใจของผู้คลอดมาจดจ่ออยู่ที่การลูบหน้าท้อง แทนการสนใจกับการหดตัวของมดลูกปฏิบัติโดยแนะนำให้ผู้คลอดใช้อุ้งมือทั้งสองข้างลูบหน้าท้องเบา ๆ เริ่มจากบริเวณหัวเหน่ขึ้นไป ยอดมดลูกในขณะหายใจเข้าและลูบจากยอดมดลูกผ่านตรงลงมาถึงจุดเริ่มต้นใหม่ในขณะหายใจออก หรืออาจให้พยาบาล /สามี เป็นผู้ลูบหน้าท้องได้

5.2 การนวด เป็นการนวดบริเวณที่เจ็บปวด สามารถลดความเจ็บปวดได้ตามทฤษฎีควบคุมประตู นอกจากนั้นการนวดยังเป็นการกระตุ้นต่อมใต้สมอง ให้หลังสารคลัยมอร์ฟินเพิ่มขึ้นในร่างกาย ปกติความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดจะเกิดขึ้นบริเวณส่วนกลาง คือบริเวณกระดูกก้นกบ (Sacrum) และอาจแผ่ไปถึงก้นและหน้าขา โดยเฉพาะในรายที่ทารกอยู่ในท่าท้ายทอยหันหลังผู้คลอดจะมีการปวดหลังมาก เนื่องจากจะมีการกดประสาทของคอมดลูกทั้งสองข้างปฏิบัติโดยให้ผู้คลอดนอนตะแคง พยายามนวดลึก ๆ เป็นวงกลมที่กระดูกก้นขณะที่มีมดลูกหดตัว ลงน้ำหนักมือที่กดให้คงที่และสม่ำเสมอ หรืออาจนวดเป็นเลขแปดกดน้ำหนักมือค่อนข้างแรงขณะวนมือเป็นรูปเลขแปดวงเล็ก แล้วค่อย ๆ เบาแรงกดเมื่อวนมือเป็นรูปเลขแปดวงใหญ่ขึ้น อาจแนะนำให้ผู้คลอดนวดด้วยตนเองโดยนอนตะแคง แล้วนวดโดยกำมือและหงายหลังมือข้างหนึ่งกดน้ำหนักลงที่นิ้วทั้งสี่บริเวณส่วนล่างของหลังแล้วถูไปตามขวาง

6. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความตึงตัวของกล้ามเนื้อต้องมีความสัมพันธ์กันทำให้เกิดเป็นวงจรต่อเนื่อง เป็นที่ทราบกันดีว่าการผ่อนคลายจะช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นการตัดวงจรต่อเนื่องนี้ทำให้ความเจ็บปวดลดลง นอกจากนี้ยังสามารถช่วยให้ผู้คลอดพักผ่อนได้เต็มที่ ลดความเหนื่อยล้า ช่วยเพิ่มความอดทนต่อความเจ็บปวดให้สูงขึ้น การผ่อนคลายจะมีประสิทธิภาพต่อเมื่อผู้คลอดจะต้องสามารถผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ในระยะที่มีมดลูกคลายตัว พยาบาลต้องช่วยส่งเสริมการผ่อนคลายให้แก่ผู้คลอด โดยจัดท่านอนที่ทำให้ผู้คลอดสบายใช้หมอนรองรับส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ

7. การควบคุมการหายใจ การเตรียมตัวเพื่อการคลอดในแต่ละวิธี จะมีการสอนเทคนิคการหายใจแตกต่างกันไป ช่วยให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองได้ตลอดระยะเวลาของการคลอด ควรเริ่มใช้เมื่อผู้คลอดมีความเจ็บปวดในระดับที่ไม่สามารถเดินหรือพูดในขณะที่มีมดลูกมีการหดตัวได้

8. การใช้ความร้อนและความเย็น การใช้ความร้อนสามารถลดความเจ็บปวดจากการที่กล้ามเนื้อขาดเลือดมาเลี้ยงได้ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดมายัง

บริเวณที่มีความเจ็บปวด ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้หลายรูปแบบ เช่น ผ้าชุบน้ำอุ่น กระเป๋าน้ำร้อน ประคบบริเวณที่เจ็บปวด เช่น ในรายที่มีอาการปวดหลัง เนื่องจากเด็กอยู่ในท่าทำยทอยหันหลัง ก็พบว่ามีประสิทธิภาพอย่างมาก นอกจากนี้การแช่น้ำอุ่น หรือการอาบน้ำอุ่นก็สามารถลดความเจ็บปวดจากการคลอดได้ และยังเป็นการส่งเสริมการผ่อนคลายและช่วยลดความวิตกกังวลแก่ผู้คลอดด้วย ซึ่งจะทำให้ระดับของ Adrenaline ลดลง ระดับ Oxytocin และ Endorphin ส่งผลให้มดลูกหดตัวดี และลดความเจ็บปวดลง

ส่วนการใช้ความเย็น เช่น ผ้าเย็นประคบบริเวณหน้าผาก จะช่วยให้ผู้คลอดที่รู้สึกร้อนมีความสุขสบายขึ้น การประคบผ้าเย็นบริเวณที่เจ็บปวดจะช่วยลดความเจ็บปวดลงได้ เนื่องจากความเย็นส่งผลให้การเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง

9. การกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านทางผิวหนัง เป็นวิธีระงับความเจ็บปวดด้วยการกระตุ้นปลายประสาทผ่านทางผิวหนังด้วยกระแสไฟฟ้า ทำให้ใยประสาทขนาดใหญ่ทำงานมากขึ้นและยับยั้งการทำงานของใยประสาทขนาดเล็ก วิธีการนี้ในทางสรีรวิทยายังไม่นิยมใช้เนื่องจากยังไม่มีใครทราบถึงอันตรายที่เกิดขึ้น

10. การฝังเข็ม คล้ายกับการสะกดจิต มีความปลอดภัยสูงกับมารดาและทารกในครรภ์ แต่มีข้อจำกัดคือยังไม่มีจุดเฉพาะสำหรับการฝังเข็มเพื่อระงับความปวดในระยะคลอด อีกทั้งผู้ที่ทำการฝังเข็มมีน้อยจึงไม่เป็นที่นิยม

ปัจจุบันการลดความเจ็บปวดโดยไม่ต้องใช้ยา แต่ใช้เทคนิคต่าง ๆ ร่วมกับการดูแลด้านจิตใจของผู้คลอดมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากมีผลข้างเคียงที่เกิดกับมารดาและทารกน้อย และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล หน่วยงานต่าง ๆ จึงมักมีการส่งเสริมให้มีการเตรียมมารดาให้พร้อมต่อการเผชิญความเจ็บปวด

พฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอด

ความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่คุกคามที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในการเผชิญความเจ็บปวดมีการโต้ตอบโดยตรง เพื่อจัดหรือบรรเทาสภาวะการณ์ที่ตึงเครียดที่เกิดจากความเจ็บปวดนั้น โดยพฤติกรรมที่แสดงออกจะสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิดจิตใจของผู้คลอด ซึ่งการตอบสนองต่อความเจ็บปวด สังเกตได้จากพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่แสดงออกดังนี้ (สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี. 2542 : 25-26)

1. การแสดงออกของเสียง เสียงร้องจะเป็นสัญลักษณ์ของความเจ็บปวด แทนภาษาพูด เช่น ร้องไห้ ครวญคราง กรีดร้อง ซึ่งมักจะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ
2. การแสดงออกของการเคลื่อนไหว เช่น การนอนบิดไปมา กระสับกระส่ายเอามือลูบบริเวณที่เจ็บปวด กำมือแน่น กล้ามเนื้อเกร็ง นอนเฉยไม่ยอมเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวช้า ๆ

3. การแสดงออกของการหายใจ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองด้านสรีระของร่างกาย พบว่าหายใจหอบเร็วกว่าปกติ ไม่สม่ำเสมอ จมูกบาน หลอดลมขยายเพื่อให้ได้รับออกซิเจน เพิ่มขึ้น

4. การแสดงออกของใบหน้า สังเกตจากดวงตาเบิกโพลง หลับตาแน่น หน้าตาบิดเบี้ยว กัดปาก ใบหน้าเกร็ง เม้มปาก หน้าเขียวคล้ำ หน้าผากย่น

5. การตอบสนองทางคำพูดที่บ่งบอกว่ามีอาการเจ็บปวดบริเวณใด อย่างไร มากน้อยเพียงใด ผู้คลอดจะตอบคำถามได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับ ความอดทน ภาษาที่ใช้ ความต้องการความช่วยเหลือ ตลอดจนอารมณ์ที่เกิดขึ้นขณะเจ็บปวด เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลขณะมีความเจ็บปวด อาจไม่สนใจสิ่งแวดล้อมเพราะมัวคิดถึงแต่ความเจ็บปวด และบริเวณที่ เจ็บปวดมากกว่าจึงอาจไม่พูดเลย

6. อารมณ์และพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ของความเจ็บปวด อาจสังเกตจาก ปฏิกิริยาความเจ็บปวดรวมกับการแสดงออกทางอารมณ์อื่นด้วย เช่น ความโกรธ ความกลัว เศร้าซึม มีความพึงพอใจเป็นสุข หรือหมดความสามารถในการควบคุมตนเอง เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย เพิ่มความต้องการความช่วยเหลือมากกว่าปกติ แสดงอำนาจเหนือคนอื่น ใช้ กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธ หรือกล่าวโทษผู้อื่น โดยว่ากล่าวหรือดูผู้ที่ทำให้เจ็บปวด เป็นต้น หญิงตั้งครรภ์จะแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยมี ลำดับตามระยะของการคลอดดังต่อไปนี้ (Clark, et al. 1979 : 368-371)

1. ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) เป็นระยะตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิด ถึงปากมดลูกเปิดประมาณ 3 เซนติเมตร ระยะนี้ความรุนแรงและความถี่ของการหดตัวของมดลูกยังไม่มาก ระดับความวิตกกังวลต่ำ การรับรู้รวมทั้งการเรียนรู้ต่าง ๆ ยังดี ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นจะมาจากได้รับการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนใหญ่ ตลอดจนการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดที่ผิด ๆ และไม่เป็นไปตามคาดหวังของผู้คลอด

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมในระยะนี้ ได้แก่

1.1 มีการใช้กลไกการป้องกันที่เหมาะสม เช่น ยึด หัวเราะ การทำกิจกรรมที่ผิดปกติ เช่น ช่างพูด การแสดงออกทางคำพูดเป็นไปตามปกติตามปัญหาต่าง ๆ และสนใจ สิ่งแวดล้อมรอบตัว

1.2 มีความพยายามทำบทบาทอิสระของตนเอง เช่น ไปห้องน้ำแทน การใช้หมอนหนุน ต้องการตัดสินใจด้วยตนเองแทนการถูกสั่งหรือถูกบังคับ และต้องการคำบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

1.3 สามารถเรียนรู้การใช้เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลาย ความเจ็บปวดได้โดยไม่ต้องได้รับการกระตุ้นจากพยาบาล

2. ระยะปากลมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิดประมาณ 3 เซนติเมตรถึง 10 เซนติเมตร มดลูกหดตัวแรงและถี่ขึ้น ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ร่างกายมีอาการอ่อนเพลียทำให้ความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวดลดลง

พฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมในระยะนี้ ได้แก่

2.1 การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ผู้คลอดจะพูดน้อยลง ทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น หมกมุ่นอยู่กับความก้าวหน้าในการคลอด

2.2 มีความต้องการพึ่งพาคนอื่นเพิ่มขึ้น กระสับกระส่าย ร้องขอความช่วยเหลือบ่อย ๆ และมากขึ้นกว่าเดิม ความสามารถที่กระทำสิ่งที่ตนเองต้องการลดลง

2.3 มีพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นถึงความตึงเครียด และความต้องการที่จะลดความตึงเครียดเหล่านั้น โดยเฉพาะความวิตกกังวลและความเจ็บปวด พบว่ามีปฏิกิริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ คืออัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจเพิ่มขึ้น มานตาขยาย เป็นต้น มีปฏิกิริยาของกล้ามเนื้อและกระดูก คือไบหน้าบิดเบี้ยว มีการแสดงออกของไบหน้า มือเกร็ง หรือตึงขอบเตียงไวแน่น ไม่เปลี่ยนท่าทาง นอกจากนี้ผู้คลอดจะนอนพักไม่ได้ ตื่นเต้น คำพูดจะแสดงให้รู้ว่าผู้คลอดมีความกลัว ไม่สุขสบายและต้องการความช่วยเหลือ

2.4 ความสามารถเผชิญความเจ็บปวดลดลง หรือถูกขัดขวางจากสิ่งรบกวนมากมาย เช่น การควบคุมการหายใจอาจกระทำไม่ได้เป็นครั้งคราว หรือกระทำไม่ได้ จะเริ่มแสดงอาการโกรธแค้นและก้าวร้าว เช่น พุดจาหยาบคาย ทำร้ายผู้อื่น

พฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดไม่เหมาะสมในระยะนี้ เกิดจากการที่ผู้คลอดมีการรับรู้ หรือความเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ผิดไป เช่น รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง เกิดความคิดฟุ้งซ่านมีความรู้สึกถดถอย ปฏิเสธ เก็บกด และซึมเศร้า

3. ระยะเบ่งคลอดหรือระยะที่สองของการคลอด (Second stage)

ระยะนี้เป็นระยะที่มีการเจ็บปวดมากที่สุด ผู้คลอดจะพยายามเบ่งทารกออกมา มีความทรมานทรมาน และเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย

พฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมในระยะนี้ พบว่าผู้คลอดแยกตัวและไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกต่อสิ่งกระตุ้นลดลง อาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อมดลูกหดตัวและเกิดความเจ็บปวด แสดงพฤติกรรมไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ความสามารถในการรับรู้ลดลง

พฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมในระยะนี้ ได้แก่ ผู้คลอดไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ แสดงอาการแยกตัวไม่ตอบสนองต่อสิ่งใด ๆ ทั้งสิ้น เรียกร้องที่จะยุติการคลอดเพราะทนต่อความเจ็บปวดในการคลอดต่อไปไม่ได้อีกแล้ว แสดงอาการเอะอะโวยวายมาก

4. ระยะที่สามและระยะที่สี่ของการคลอต เป็นระยะที่คลอตจนถึงสองชั่วโมง หลังคลอตระยะนี้ ความเจ็บปวดลดลง ความรู้สึกตึงเครียดต่าง ๆ ลดน้อยลงเป็นระยะที่ผ่อนคลาย หากไม่มีสถานการณ์วิกฤติ (Crisis situation) ในการคลอต

พฤติกรรมของผู้คลอตในระยะนี้ คือ แสดงออกถึงความต้องการที่จะได้เห็น สัมผัส ฟังเสียงบุตรของตน ถามคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร ต้องการความมั่นใจจากบุคคลอื่นว่าบุตรของตนเองปกติสุขภาพแข็งแรง ในการรวบรวมประสบการณ์การคลอตที่มีความหมายต่อตนเอง ผู้คลอตจะถามคำถามบ่อย ๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะที่คลอตหมกมุ่นอยู่กับเหตุการณ์ที่ผ่านมา ทบทวนความสนใจบางครั้งอาจแสดงความรู้สึกต่อ เหตุการณ์นั้น ๆ ด้วย

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม จะทำให้การคลอตสามารถดำเนินไปได้ด้วยดี แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความกลัว วิตกกังวลสูง แล้วแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม ก็จะมีผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดการคลอตล่าช้าอันอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกได้รับอันตรายได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การนวดเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือและส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอตได้อย่างเหมาะสม

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการนวด

ความหมาย

การนวด หมายถึง การกด บีบ และถูตามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย บริเวณที่มีความเจ็บปวด หรือทำให้เกิดอาการสงบจากการสัมผัสโดยตรง เพื่อให้เกิดความสบาย (White. 1988 : 64)

ประวัติการนวดแบบสวีเดน

การนวดถูกนำมาใช้เพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยมากกว่า 3000 ปี ในสหรัฐอเมริกาได้มีการฟื้นฟูการนวดขึ้นในยุคต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 โดยนักสรีรวิทยาชื่อ เฮนริก ลิง (Henrik Ling) และวิธีการนวดนี้ เรียกว่า การนวดแบบสวีเดน (Swedish massage) ซึ่งได้รับความนิยมมาจนถึงปัจจุบัน ไวท์ (อุไร นิโรธนันท์. 2539 : 33 ; อ้างอิงจาก white 1988. *Holistic Nur Pract.* p. 63-64.) และเป็นพื้นฐานของการนวดรักษาแผนปัจจุบัน (Therapeutic massage) โดยได้รับการพัฒนาศึกษา ค้นคว้า และทำการทดลองทั้งในคนและสัตว์ ทำให้การเรียนรู้ผลที่เกิดจากการนวดได้อย่างแท้จริง

ประวัติการนวดแบบจีน

ในด้านการแพทย์จีนโบราณเชื่อว่า ร่างกายประกอบด้วยพลังแห่งชีวิต (Vital energy) และเลือด พลังแห่งชีวิตจะถูกควบคุมโดย หยิน-หยาง (Yin-Yang) ซึ่ง สายสมร เตชคงเขียน (2540 : 20-21) กล่าวไว้ว่า พื้นฐานการแพทย์ของจีน คุณสมบัติหยินกับหยาง เป็นหัวใจหลักในการตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ที่มีอาการผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โรคที่มีการดำเนินไปอย่างช้าๆทำให้อ่อนแอลง สมรรถภาพลดลง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นไปในทางเสื่อมลง บ่งบอกว่าเป็นอาการหยิน ส่วนอาการหยางนั้นตรงกันข้าม การดำเนินโรคเป็นไปอย่างเฉียบพลัน สมรรถภาพเพิ่ม มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปสู่การเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการสังเกตวินิจฉัยลักษณะของผู้รับการนวดนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งก่อนจะลงมือนวดจะช่วยให้สามารถทำการแก้ไข บำบัด และส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนวดเพื่อการบำบัดในผู้ที่มีอาการแบบหยินหรืออาการพร่อง จะต้องนวดกระตุ้นการเสริมให้แกร่งขึ้น วิธีการจะไม่ใช้แรงมาก ช้า เบา โดยจะต้องนวดจากด้านนอกของร่างกายเข้าหาทางด้านใน เช่น นวดจากมือไปแขนและสุดที่หัวไหล่ เป็นต้น หรือนวดจากบริเวณรอบนอกเข้าหาเป้าหมาย เน้นนวดบริเวณใบหน้า หน้าอก ขา และท้อง ในนักกีฬาควรนวดแบบนี้ก่อนลงแข่งขัน สำหรับอาการแบบหยางหรืออาการแกร่งจะต้องนวดเพื่อยับยั้งหรือหยุดอาการปวด ใช้แรงมาก เร็ว เป็นการระบายหรือกระจายเลือดลมออก และนวดจากด้านในร่างกายออกไปด้านนอก เช่น เริ่มจากหัวไหล่ลงไปแขนสิ้นสุดที่มือ เป็นต้น เน้นนวดบริเวณศีรษะ คอ หลัง วิธีนี้เหมาะสำหรับหลังเล่นกีฬา

ประวัติความเป็นมาของการนวดแผนไทย

การนวดเป็นทั้งศาสตร์และศิลปะที่มีมาช้านาน โดยไม่ทราบแน่ชัดว่าเริ่มมีมาตั้งแต่เมื่อใด แต่ได้เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายในแผ่นดินสมัยอยุธยา ไปจนถึงสมัยรัชกาลที่ 5 และรัชกาลที่ 6 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ หมอนวดที่มีชื่อเสียงมากในยุคนั้น ได้แก่ “หมออินทเวดา” ซึ่งเป็นหมอนวดในราชสำนัก และยังมีหมอนวดร่วมสมัยอีกหลายท่าน หมออินทเวดา ได้ถ่ายทอดวิชาการนวด ทั้งหมดให้แก่บุตรชาย คือ หมอชิต เตชพันธ์ ซึ่งต่อมาได้ถ่ายทอดวิชาการนวด ทั้งหมดให้แก่ศิษย์เอก คือ อาจารย์ณรงค์ศักดิ์ บุญรัตน์หรือญ ซึ่งต่อมาเป็นอาจารย์อยู่ที่อายุรเวทวิทยาลัย (ชีวก- โกมารภักจ)

การนวดหรือหัตถเวช เป็นการรักษาโรควิธีหนึ่ง ซึ่งมีผลทางการรักษาโรคบางโรคได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะโรคที่ไม่สามารถบำบัดได้ด้วยการใช้ยาฉีด หรือยากิน การนวดจึงมี บทบาทสำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาโรค

ชนิดของการนวดไทย

การนวดไทยแบ่งเป็น 2 สาย (กัญจน ดิวิเศษ. 2538 : 112)

1. การนวดสายเชลยศักดิ์หรือการนวดแบบทั่วไป เป็นการนวดที่เน้นการช่วยเหลือกันเองในครอบครัวหรือในชุมชน เช่น สามีนวดให้ภรรยา ลูกนวดให้พ่อแม่ ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สร้างความใกล้ชิดเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน นับเป็นการพึ่งตนเองของประชาชนได้เป็นอย่างดี การนวดส่วนนี้ไม่เพียงแต่ใช้มือเท่านั้น ยังใช้อวัยวะส่วนอื่นอีก เช่น ศอก ท่อนแขน สันเท้า หรือการนั่งตักตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นการผ่อนแรงของผู้นวด และมักใช้เวลาในการนวดมาก ทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกสบาย การนวดแบบนี้พบได้ทั่วไปในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท และได้รับความสนใจอย่างมากในสังคมไทยปัจจุบันนี้

2. การนวดสายราชสำนัก เป็นการนวดไทยที่ใช้ในพระราชวัง ดังนั้นท่าต่าง ๆ ในการนวดจึงได้รับการพัฒนาให้สวยงาม และมักนวดด้วยนิ้วมือเท่านั้น เพื่อให้สามารถควบคุมน้ำหนักในการนวดให้ไม่มากเกินไปและไม่ให้เป็นที่ย่ำยีต่อพระมหากษัตริย์และพระราชวงศ์

ลักษณะการนวดแบบไทย

การนวดแบบไทยหรือการนวดแผนไทยนั้น สามารถแยกรายละเอียดลักษณะการนวดได้ดังต่อไปนี้ (โครงการฟื้นฟูการนวดไทย. 2535 : 29-31)

1. การกด การกดมักจะใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงที่ส่วนของร่างกาย เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ให้เลือดถูกขับออกจากหลอดเลือดที่บริเวณนั้น และเมื่อลดแรงกดลงเลือดก็จะพุ่งมาเลี้ยงบริเวณนั้นมากขึ้น ทำให้ระบบไหลเวียนของเลือดทำหน้าที่ได้ดี ช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้รวดเร็วขึ้น ข้อเสียของการกด คือ ถ้ากดนานเกินไปหรือหนักเกินไปจะทำให้หลอดเลือดเป็นอันตรายได้ เช่น ทำให้เส้นเลือดฉีกขาด เกิดรอยเขียวช้ำบริเวณที่กดนั้น

2. การคลึง คือการใช้นิ้วหัวแม่มือ นิ้วมือ หรือสันมือออกแรงกดให้ลึกถึงกล้ามเนื้อให้เคลื่อนไปมาหรือคลึงเป็นลักษณะวงกลม ข้อเสียของการคลึง คือ การคลึงที่รุนแรงมากอาจทำให้เส้นเลือดฉีกขาด หรือถ้าไปคลึงที่เส้นประสาทบางแห่ง ทำให้เกิดความรู้สึกเสียวแปลบทำให้เส้นประสาทอักเสบได้

3. การบีบ เป็นการจับกล้ามเนื้อให้เต็มฝ่ามือ แล้วออกแรงบีบที่กล้ามเนื้อ เป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดมายังกล้ามเนื้อ ช่วยให้หายจากการเมื่อยล้า การบีบยังช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อได้ด้วย ข้อเสียของการบีบ คือ ถ้าบีบนานเกินไปอาจทำให้กล้ามเนื้อช้ำ เพราะการฉีกขาดของเส้นเลือดภายในกล้ามเนื้อนั้น

4. การดึง เป็นการออกแรงเพื่อที่จะยืดเส้นเอ็นของกล้ามเนื้อ หรือพังผืดของข้อต่อที่หดสั้นเข้าไปเพื่อให้ส่วนนั้นทำหน้าที่ได้ตามปกติ ข้อเสียของการดึงคือ อาจทำให้เส้นเอ็นหรือพังผืดที่ฉีกขาดอยู่แล้วขาดมากขึ้น

5. การบิด การบิดเป็นการออกแรงเพื่อหมุนข้อต่อหรือกล้ามเนื้อเส้นเอ็น ให้ยืดออกทางด้านขวาง ข้อเสียของการบิด คือคล้ายกับข้อเสียของการดึง

6. การตัด เป็นการออกแรงเพื่อให้ข้อต่อที่ติดขัด เคลื่อนไหวได้ตามปกติ การตัดต้องออกแรงมากและค่อนข้างรุนแรง ข้อเสียของการตัด คืออาจทำให้กล้ามเนื้อฉีกขาดได้

7. การตบตี หรือการทุบ การสับ เป็นการออกแรงกระตุ้นกล้ามเนื้ออย่างเป็นจังหวะเร้ามักใช้วิธีการเหล่านี้กับบริเวณหลัง เพื่อช่วยลดอาการปวดหลัง ปวดคอ ข้อเสียคือ ทำให้กล้ามเนื้อชอกช้ำและบาดเจ็บได้

8. การเหยียบ เป็นวิธีที่นิยมทำกันโดยให้เด็กหรือผู้อื่นขึ้นไปเหยียบ หรือเดินบนหลัง ข้อเสียคือเป็นท่าปวดที่อันตรายมาก เพราะอาจทำให้กระดูกสันหลังหักแท่งถูกไขสันหลัง ทำให้เป็นอัมพาตได้หรือทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะภายใน เช่น ตับ ไต หรือการบาดเจ็บได้

หลักสำคัญในการนวด

นักวิจัยระดับปฏิบัติการ รุ่น 8 (2545 : 8-9) ได้กล่าวถึงหลักสำคัญในการนวดดังนี้

1. ผู้นวดต้องมีความรู้เกี่ยวกับร่างกายของมนุษย์พอสมควร เนื่องจากกระทำโดยตรงต่อร่างกายนั้น อาจก่อให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ ได้
2. ผู้นวดต้องมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ
3. ผู้นวดต้องมีความชำนาญในด้านการนวดพอสมควร โดยจะต้องหมั่นฝึกหัด ค้นคว้าและหัดสังเกต แล้วนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดความเชี่ยวชาญ
4. ผู้นวดจะต้องทำการนวดอย่างมีสติ มีความระมัดระวังอยู่เสมอ โดยไม่กดนวดบริเวณที่อาจเป็นอันตราย

ข้อห้ามของการนวด

1. บริเวณบาดแผลเพราะอาจเกิดการติดเชื้อ หรือแผลแยกทำให้หายช้า
2. บริเวณที่เป็นมะเร็ง เพราะการนวดอาจทำให้มะเร็งกระจายไปที่อื่น
3. บริเวณเส้นเลือดอุดตัน หรือเลือดไปเลี้ยงน้อยเพราะอาจทำให้ก้อนเลือดในหลอดเลือดดำ เคลื่อนไปอุดตันในช่องปอดหรือในสมองได้
4. หลอดเลือดอักเสบ

5. ในผู้ป่วยเบาหวาน ห้ามใช้การนวดที่รุนแรง เพราะอาจทำให้เกิดการซ้ำ ซึ่งจะทำให้แผลหายยาก

6. ในผู้ป่วยโรคหัวใจต้องระมัดระวังเพราะการนวด จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือด

7. อื่น ๆ ได้แก่ หลอดเลือดอักเสบ ภาวะเลือดออก กระดูกหัก ข้อเคลื่อน น้ำร้อนลวก ไฟไหม้ พอง เป็นฝี มีไข้ ครั่นเนื้อครั่นตัว บริเวณที่มีการอักเสบอย่างเฉียบพลัน และโรคติดต่อทุกชนิด

ผลของการนวด

ผลของการนวดแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ

1. ด้านร่างกาย (Physiological effect) ซึ่งจะมีผลทางด้านกลไกของร่างกาย และปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Mechanical reflex effect) (Geiringer & De Lateur. 1990 : S - 226) ดังต่อไปนี้

1.1 ผลทางด้านกลไกของร่างกาย (Mechanical effect) ได้แก่ ปฏิกิริยา 2 ประการคือ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดดำและน้ำเหลือง ซึ่งจะช่วยในการลดอาการบวมของแขนและขา และเพิ่มการไหลเวียนโลหิตบริเวณผิว และป้องกันการเกิดการยึดติด (Adhesion) และเพิ่มการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ (Intramuscular motion) (Knapp. 1982 : 387)

1.2 ผลจากปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Reflex effect) ซึ่งเป็นผลทางอ้อมของการนวด ได้แก่ การนอนหลับได้ การผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ และการหดหรือการขยายตัวของหลอดเลือดแดงเล็ก (Arteriolar Constriction or Dilatiation)

2. ด้านจิตใจ (Psychological effect) เนื่องจากการนวดเป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัส ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นสุข (Well being) ผ่อนคลายจากความตึงเครียด และเป็นการ สื่อสารที่อบอุ่น (White. 1988 : 65) ในกระบวนการของการนวดเอง ทำให้ผู้รักษาพยาบาลเกิดความสนใจ เอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดผลดี 3 ประการ คือ

2.1 ผู้ให้การรักษาพยาบาลมีการสัมผัสผู้ป่วยแต่ละคนมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยอุ่นใจ

2.2 ผู้รักษาพยาบาลได้เข้าไปใกล้ชิด รับรู้ และเข้าใจผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจมากยิ่งขึ้น เป็นการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

2.3 การสัมผัสของผู้ให้การรักษาพยาบาล ก่อให้เกิดความไว้วางใจ และความสนิทสนม และเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสามารถระบายความทุกข์ ความคับข้องใจ และความวิตกกังวลอันเกิดจากความเจ็บป่วยให้ผู้รักษาพยาบาลได้ทราบ

การนวดนอกจากจะมีผลโดยตรงต่อเนื้อเยื่อแล้ว ยังมีผลต่อระบบต่าง ๆ ดังนี้ (Chasnov and Clark. 1988 : 49-52)

1. ระบบประสาท การนวดจะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ และช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายโดยเมื่อเริ่มนวดจะทำให้ผู้ถูกนวดสงบ และช่วยลดความเจ็บปวดลง เมื่อผู้ป่วยสงบและผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะลดการหดเกร็งลง

2. ระบบไหลเวียนโลหิต การนวดจะมีผลต่อการไหลเวียนของโลหิตโดยตรง โดยการนวดจะบีบไล่เลือดออกจากเส้นโลหิต ทำให้เลือดใหม่ไหลเวียนเข้ามา ซึ่งจะมีอาหารและออกซิเจนเข้ามาด้วยขณะเดียวกันของเสียจะถูกขจัดออกไปยังบริเวณนั้น

3. ระบบไหลเวียนน้ำเหลือง การนวดทำให้หลอดน้ำเหลืองเปิดออก และน้ำเหลืองไหลถ่ายเทออกไปได้ ช่วยให้ออกซิเจนถูกขจัดออกจากบริเวณที่มีอาการปวด

4. ระบบกล้ามเนื้อ การนวดจะช่วยลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย

5. ผิวหนัง การนวดจะทำให้ผิวหนังมีอุณหภูมิสูงขึ้น มีเหงื่อออกมากขึ้น

วากิน (Wakin. 1980 : 45) ได้กล่าวไว้ว่า การนวดจะมีผลต่อสรีระของร่างกาย 7 ประการคือ เพิ่มการไหลเวียนของโลหิต เพิ่มอุณหภูมิให้ผิวหนัง เพิ่มการกำจัดของเสียต่าง ๆ ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ลดอาการบวมของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำให้เอ็นและพังผืดคลายตัวยืดออก และทำให้เกิดความสงบของระบบประสาทส่วนกลาง และส่วนปลาย

ไวท์ (White. 1988 : 64) ได้สรุปผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการนวดโดยรวมไว้ดังนี้คือ

1. ทำให้ผ่อนคลาย
2. ทำให้หายใจลึกขึ้น
3. ช่วยให้ผู้ป่วยได้ใกล้ชิดกับพยาบาลมากขึ้น
4. ลดอาการบวม
5. ลดความตึงเครียดทางอารมณ์
6. ลดความเมื่อยล้า
7. ส่งเสริมการไหลเวียนเลือด และน้ำเหลือง
8. ลดความเจ็บปวด
9. นอนหลับได้ดีขึ้น
10. สุขภาพของผิวหนังดีขึ้น
11. ทำให้ปริมาณออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้น
12. เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
13. สงบต่อระบบประสาท
14. ส่งเสริมการเคลื่อนไหว และการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

15. เปียงเบนความสนใจไปจากความเจ็บปวด

เมอร์เรย์ (Murray & Zentner. 1993 : 683) ได้ให้ข้อเสนอว่า การนวดมีผลต่อร่างกาย จิตใจ ปฏิกริยาสะท้อนกลับและกลไกการนวดเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ การจับต้องด้วยมือที่มีจิตเมตตากรุณาจะมีผลต่อระบบประสาทกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนโลหิต ผิวหนัง อวัยวะภายใน และขบวนการเผาผลาญในระหว่างการนวด จะกระตุ้นระบบประสาทของผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนัง ทำให้เกิดปฏิกริยาสะท้อนกลับ รวมทั้งเกิดหลอดเลือดหดตัวหรือขยาย มีการผ่อนคลาย หรือกระตุ้นกล้ามเนื้อหดรัดตัวและอาจทำให้วังวนนอน หรือทำให้เกิดความเจ็บปวดหายไปด้วยการสัมผัสซึ่งขึ้นอยู่กับกรนวดชนิดนั้น ๆ

โจอะคิม (Joachim. 1982 : 32) ได้กล่าวถึงเรื่องการนวดไว้ว่า การนวดช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยดีขึ้น การนวดทำให้มีความรู้สึกเปิดเผยและเป็นมิตรต่อกัน ทำให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจออกมาเพราะรู้สึกว่ามีคนให้เวลาและสนใจจะรับฟังปัญหาของเขา ตั้งแต่ต้นจนจบ

วู้ด (เจือจันท์ วัณกีเจริญ. 2534 : 31 ; อ้างอิงจาก Wood. 1981. **Beard's Massage**. p.25-36.) ได้กล่าวถึงผลการนวดต่อระบบต่าง ๆ ดังนี้

1. การหมุนเวียนโลหิต การนวดมีผลโดยตรงต่อการหมุนเวียนโลหิต เป็นการบีบไล่เลือดออกจากเส้นเลือด และเปิดโอกาสให้เส้นเลือดใหม่ไหลเวียนเข้ามาทำให้เส้นเลือดฝอยเปิด
2. การหมุนเวียนของน้ำเหลือง การนวดทำให้ท่อน้ำเหลือง (Lymphatic Capillaries) เปิดออกและน้ำเหลืองไหลถ่ายเทออกไปได้ ทำให้สามารถลดบวมได้
3. ระบบประสาท พบว่าการนวดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของตัวเซลล์ประสาทในเซลล์ประสาทที่ถูกตัดขาดแล้วทำการนวดและช่วยออกกำลังให้ (Passive exercise) พบว่ามีการสร้างใหม่ (Regeneration) ของประสาทส่วนปลาย ผิวหนังมีอุณหภูมิสูงขึ้น ม่านตาขยาย
4. กล้ามเนื้อ การนวดทำให้เพิ่มการนำอาหารและขับถ่ายของเสียให้กล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อเติบโตและแข็งแรงมากขึ้น การนวดทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และช่วยการสันดาปของสารเคมีต่าง ๆ ในกล้ามเนื้อ
5. โลหิต หลังการนวด 1 ชั่วโมง ทำให้ร่างกายมีจำนวนเม็ดโลหิตแดงเพิ่มมากขึ้น
6. ผิวหนัง พบว่าการนวดทำให้ผิวหนังมีอุณหภูมิสูงขึ้น เหงื่อออกมากขึ้น
7. กระดูก พบว่าทำให้มีแคลเซียมมาเกาะตรงกระดูกที่หักมากขึ้น
8. อวัยวะภายในต่าง ๆ ช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้ขับลมท้องไม่ผูก

การนวดกับลักษณะทางกายภาพขณะตั้งครรภ์

กรกฎ แสงวิไล (2544 : 19) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดปัญหาทางกายภาพในขณะตั้งครรภ์ อธิบายได้คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรงและไม่ได้ใช้งาน เนื้อเยื่ออ่อนตัว ผ่อนคลายจากฮอร์โมน ร่วมกับน้ำหนักต้องเพิ่มขึ้นมีการเก็บกักน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น และลักษณะท่าทางที่เปลี่ยนแปลงไปมีผลต่อการยึดติดต่ออวัยวะบางส่วน เช่น กระดูกสันหลัง การอ่อนแรงของ กล้ามเนื้อขาช่วงการเคลื่อนไหวที่มากเกินไปกว่าปกติของข้อต่อ รวมทั้งการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้องบางอย่าง

ลักษณะการปวดทางกายภาพที่พบบ่อยในขณะตั้งครรภ์ คือ

1. กลุ่มอาการปวดหลัง ซึ่งพบบ่อยมากที่สุด
 - 1.1 บริเวณซาโครอิลีแอค (Sacro-iliac region)
 - 1.2 บริเวณหลังส่วนล่าง (Lumbar region)
 - 1.3 บริเวณหลังส่วนบน (Thoracic region)
2. ปวดเส้นประสาทไซอาติค (Sciatica)
3. ปวดกระดูกก้นกบ (Coccydynia)
4. ปวดกระดูกหัวเหน่า (Pubic symphysis pain)
5. ปวดเส้นเอ็นพุงมดลูก (Round ligament pain)
6. ปวดกระดูกชายโครง (Costal margin pain or Rib ache) และปวดเส้นประสาทซี่โครง (Intercostal neuralgia)

อาการดังกล่าว ทำให้ผู้คลอดไม่สุขสบาย เกิดความกลัว ความเครียดตามมา โดยเฉพาะความเจ็บปวดนั้นจะยิ่งมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด การนวดบริเวณอวัยวะที่เหมาะสม เช่น ไหล่ หลัง ก้นกบ สะโพก โคนขา น่อง และเท้า จะช่วยผ่อนคลายความเจ็บปวด ทำให้ ผู้คลอดสามารถเผชิญการคลอดได้อย่างเหมาะสมดังคำกล่าวของพญดาจารย์ วิบุรียะ รัตนรังษี (2545 : 79) ว่าการนวดไหล่ และการนวดหลังจากทำนั้งและทำนอนตะแคง รวมทั้งการนวดขาและเท้าจะมีประโยชน์สำหรับผู้มีครรภ์มาก เพราะน้ำหนักของลูกในท้องจะถ่วงให้ปวดหลัง ปวดไหล่ เมื่อยขา และเท้าอยู่เสมอ ทั้งการนวดบริเวณหลังส่วนล่าง สะโพกและโคนขาด้านในอยู่เสมอ จนถึงเวลาใกล้คลอดก็จะช่วยให้กล้ามเนื้อนั้นผ่อนคลายช่วยให้คลอดง่ายขึ้น

ผลของการนวดต่อภาวะเครียด และความเจ็บปวดในระยะคลอด

การคลอดก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรกที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน จากการศึกษาของดิครีด (Dick-Read. 1984 : 196-197) พบว่า ความวิตกกังวล ความกลัวของสตรีในระยะคลอดจะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงเครียดและความเครียดก็เป็นสิ่งส่งเสริมให้

เกิดความเจ็บปวดทวีความรุนแรงขึ้น และในทางกลับกันความเจ็บปวดก็ก่อให้เกิดความเครียดได้ ทำให้ กระทบต่อการไหลเวียนของกระแสโลหิต การทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก จะเป็นแรงต้านทำให้ปากมดลูกเปิดช้าและเกิดความเจ็บปวดในขณะมดลูกบีบรัดตัว ดังนั้นความกลัว ความตึงเครียด ความเจ็บปวด (Fear – Tension – Pain Syndrome) จึงเป็นกลุ่มอาการที่เป็นวงจร ต่อเนื่อง

การนวดเป็นการสัมผัส จะมีผลขัดขวางวงจรนี้โดยมีผลให้กล้ามเนื้อคลายตัว ลดความเครียด ความวิตกกังวล และมีผลในการบรรเทาความเจ็บปวดในที่สุด สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี อีกทั้งความเครียดมีผลเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะระบบซิมพาเธติกและเพิ่มการสร้างแคทีโคลามีน (Catecholamine) มีผลให้ความดันโลหิต ชีพจรและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ รวมทั้งความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ซึ่งเปรียบเสมือนการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญต่อสิ่งคุกคาม ดังนั้นการเกร็งของกล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ จะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความเครียด ความวิตกกังวล และจะมีการป้อนกลับไปสู่ระบบประสาทส่วนกลาง การป้อนกลับนี้จะกระตุ้นให้มีการตอบสนองต่อความวิตกกังวลและความตึงเครียดมากขึ้น การนวดเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะมีผลขัดขวางต่อการป้อนกลับ ซึ่งถ้าหากมีการขัดขวางการป้อนกลับนี้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง พบว่าระดับความวิตกกังวล ความเครียดลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยา ในทางตรงข้ามคือ ความดันโลหิต ชีพจร และอัตราการหายใจลดลง กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ผู้ป่วยรู้สึกสบาย และสามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลองเวิร์ท (Longworth. 1982 : 45-46) ที่พบว่าการนวดหลังห่างจากปุ่มกระดูกสันหลังช่วงระ 2 นิ้วพุด เป็นการกระตุ้นการทำงานของเส้นประสาทพาราซิมพาเธติก (Parasympathetic nerve) และลดการทำงานของเส้นประสาทซิมพาเธติก (Sympathetic nerve) จึงทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง กล้ามเนื้อคลายตัว หลอดเลือดขยายตัว การไหลเวียนเลือดดี และลดความเจ็บปวด นอกจากนี้การนวดยังมีผลทำให้ลดความตึงเครียดทางอารมณ์ ลดความซึมเศร้า ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี และทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจต่อผู้ที่ทำการนวด (Byass. 1988 : 40) นอกจากนี้ การนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทใหญ่ส่งผลให้ประตูปิด พลังประสาทขึ้นสู่สมองไม่ได้ จึงลดความเจ็บปวดได้ อีกทั้งการนวดจะกระตุ้นให้ร่างกายปล่อยสารเคมี คือ เอนดอร์ฟิน (Endorphins) และเอนเคฟาลิน (Enkephalins) ที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ทำให้ความเจ็บปวดลดลง นอกจากนี้การสัมผัสและการนวดเป็นเทคนิคผสมผสาน เพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เมื่อบุคคลนั้นได้รับการจับต้องก็จะผ่อนคลาย เพราะการกระตุ้นผิวหนังเป็นการกระตุ้นประสาทมัดใหญ่ ลดความเจ็บปวดในแง่ทฤษฎีควบคุมประตูปิดและการนวด การกด การสัมผัส การลูบ การพุดคูด เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความเจ็บปวด และช่วยเพิ่มความทนทานต่อความเจ็บปวด หรือช่วยลดความรุนแรงของความเจ็บปวดลดลงได้ (Peric- Khowlton. 1984 : 138)

สรุปได้ว่า การนวดสามารถลดความเครียด และความเจ็บปวดในระยะคลอด ทำให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

1. ลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว

1.1 เมื่อกล้ามเนื้อมีการคลายตัว หลอดเลือดไม่ตีบตัน เซลต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนเพียงพอ จึงไม่เกิดกรดแลคติกที่จะมากระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้ความเจ็บปวดบรรเทาลง

1.2 เมื่อกล้ามเนื้อมีการคลายตัวจะลดการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะซิมพาเทติก (Sympathetic nerve) ที่มีผลต่อการสร้างแคทีโคลามีน (Catecholamine) ซึ่งจะไปขัดขวางการป้อนกลับสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ระดับความเครียดและความวิตกกังวลลดลง

1.3 การลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อจะขัดขวางวงจรต่อเนื่องของความเจ็บปวด ความตึงเครียด ความกลัว สามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม

2. ลดความรู้สึกเจ็บปวดในแง่ของทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ซึ่งมีกลไกดังนี้

2.1 กลไกควบคุมประตูบริเวณไขสันหลัง (Spinal gate mechanism) โดยกลไกไปรับสัญญาณ ทำหน้าที่ควบคุมประตูอยู่ที่ระดับไขสันหลัง บริเวณสับสแตนท์เยย จีราติโนซา (เซลเอสจี) กลไกนี้ประกอบด้วยเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ เส้นใยประสาทเล็ก เซลเอสจี และสารนำสื่อประสาท หรือเซลที (Transmission cell or T-cell) ถ้ามีการกระตุ้นใยประสาทใหญ่จะทำให้เซลเอสจีทำงานมากขึ้น และยับยั้งการทำงานของเซลสื่อประสาท ทำให้ไม่มีพลังประสาทเข้าสมองจึงทำให้ประตูปิด (Close gate) ซึ่งการนวดจะเป็นการกระตุ้นใยประสาทเส้นใหญ่มากกว่าการกระตุ้นใยประสาทเล็ก ระบบควบคุมประตูจะปิด

2.2 ระบบควบคุมประสาทส่วนกลาง เมื่อถูกกระตุ้นโดยพลังประสาทจากใยประสาทเส้นใหญ่ หรือใยประสาทเส้นเล็ก จะถ่ายทอดไปที่เส้นประสาทส่วนกลางแล้วกลับมามีอิทธิพลต่อการเปิด – ปิดประตูได้อีกระบบประสาทส่วนกลางนี้ทำหน้าที่เกี่ยวกับการกระตุ้นทางอารมณ์ ทำให้ผลต่อการเปิดประตูและเกิดความเจ็บปวดได้มากขึ้น การนวดจะช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ ทำให้ไม่มีการกระตุ้นจะทำให้ประตูเปิด และไม่เกิดความเจ็บปวด

3. การนวดทำให้เอนดอร์ฟิน (Endorphins) เพิ่มขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ซับสแตนท์ พี (Substance P) เอนดอร์ฟิน และเอนเคฟาลิน (Enkephalins) เป็นตัวสำคัญในการส่งผ่านกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวด โดยซับสแตนท์ พี จะมีผลต่อที่เซล และเอนดอร์ฟินจะยับยั้งการหลั่งของ ซับสแตนท์ พี ซึ่งเป็นตัวนำกระแสความเจ็บปวด ทำให้ลดการเจ็บปวดลงได้

4. การนวดเป็นการสัมผัส ซึ่งทำให้เบี่ยงเบนความสนใจไปจากความเจ็บปวด ช่วยเพิ่มความทนทานต่อความเจ็บปวด หรือช่วยลดความรุนแรงของความเจ็บปวดลงได้ทั้งยังเป็นการสื่อสารให้เกิดสบายใจ ถ่ายทอดความรู้สึกปลอดภัยจากผู้สัมผัสไปสู่ผู้ถูกสัมผัส

5. การนวดเป็นการสัมผัสที่สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระยะเวลาอันสั้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่ได้อยู่ตามลำพังและเกิดความมั่นใจ เป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไวท์ (White. 1988 : 65) ที่กล่าวว่า การสัมผัสก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ทั้งด้านการรับรู้ความรู้สึก (Sensation) และอารมณ์ (Affective) การสัมผัสจากการนวดจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ไม่รู้สึกว่าตนถูกทอดทิ้ง หรือถูกแยกจากครอบครัว แสดงถึงความเอื้ออาทร (Caring)

6. การนวด เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคม โดยเจ้าหน้าที่ของการพยาบาลให้บุคคลเผชิญภาวะเครียด และเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (Social support)

ได้มีผู้ศึกษากันอย่างกว้างขวาง และมีผู้ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบดังนี้

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300-301) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่และยกย่อง และรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn. 1979 : 85) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมาย ระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้อาจเกิดเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง

บาร์ริรา (Barrera. 1982 : 70) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ แรงงาน การให้คำแนะนำข้อมูล

ทิลเดนและไวเนอร์ท (Tilden & Weinert. 1987 : 614) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 594) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าสิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มแล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการซ้ำ หมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

การสนับสนุนทางสังคม แม้จะมีหลายความหมายหลายแนวคิดต่าง ๆ แต่ผลลัพธ์ของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม คือช่วยให้บุคคลมีชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพอนามัยที่ดี

ดังนั้นอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลในสังคมในด้านต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความรัก ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า ได้รับข้อมูลข่าวสารและการช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน และแรงงานเพื่อช่วยในการแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัย และมีสุขภาพดี

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2531 : 99)

อุบล นิวัติชัย (2527 : 285) ได้จัดกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มมีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural Supportive System) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 เป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน อีกประเภทหนึ่ง คือครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน
2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized Support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยวิชาชีพทางสุขภาพ สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือการประคับประคองด้านจิตใจ และอารมณ์
3. กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม มีผู้แบ่งออกต่าง ๆ กันเช่น

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300-301) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือการให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน
2. การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

เฮาส์ (House. 1981 : 15-26) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิดดังนี้ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือการได้รับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ความรัก ความจริงใจและความสนใจ

1. การได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมินผล และเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปประเมินตนเอง ก่อให้เกิดความมั่นใจ ความรู้สึกเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม

2. การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน (Instrumental Support)

3. การที่ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นข้อมูลหรือข้อแนะนำที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาชีวิต

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในระยะคลอด

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด คอบบ์ (Cobb. 1976 : 302) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเผชิญความเครียด ซึ่งการที่บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดี บุคคลนั้นต้องได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ทำให้บุคคลสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้

บุคลกรที่มีสุขภาพเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งกรกฎ เห็นแสงวิไล (2544 : 52-53) ได้กล่าวถึงการคลายความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ไว้ดังนี้

1. การหายใจ (Breathing) การหายใจช้าและหายใจลึก ๆ ทำให้ระดับถุงลมดูดซึมออกซิเจน และขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดีกว่าการหายใจสั้นและเร็ว โดยมีแบบแผนการหายใจที่ใช้ในการผ่อนคลาย เช่น

1.1 หายใจปกติ ผ่อนลมหายใจออกให้ยาวกว่าปกติเล็กน้อย

1.2 หายใจเข้าทางจมูก หายใจออกทางปาก

1.3 หายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (Abdominal breathing) โดยหายใจเข้าท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ

1.4 การหายใจลึก ๆ (Deep breathing) โดยกระตุ้นให้หายใจเข้าลึก ๆ เต็มที่

1.5 หายใจโดยยกส่วนล่าง (Lower chest breathing) โดยหายใจเข้าซี่โครงบานหายใจออกซี่โครงแฟบ

2. การผ่อนคลายทางกายภาพบำบัด

2.1 การจัดท่าทาง (Posture or positioning) ในสถานการณ์และสถานที่แตกต่างกัน ความรู้สึกที่สบายเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล ทางกายภาพบำบัดมีหลักการแนะนำให้จัดท่าที่กล้ามเนื้อไม่หดตัว หรือถูกยืดมากเกินไป ไม่เกิดแรงดึงของกล้ามเนื้อหรือข้อต่อ และการกดดันในข้อต่อ ดังนั้นส่วนของร่างกายควรได้รับการพยุงไว้อย่างเหมาะสม เช่น หมอน ผ้าขนหนู พรม เบาะ เป็นต้น

2.2 การเคลื่อนไหว (Movement) การเคลื่อนไหวที่ถูกต้องในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ช่วยให้ผ่อนคลาย ตรงข้ามกับการไม่เคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดความเครียดกับร่างกายจนถึงกับเจ็บปวด เป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังได้เช่นกัน

2.3 การทำงานของกล้ามเนื้อ (Muscle work)

- การหดหรือเกร็งกล้ามเนื้อ (Contract) – การผ่อนคลาย (Relax หรือ release)
- การยืดกล้ามเนื้อ (Stretch) – การผ่อนคลาย (Relax หรือ release)

2.4 การนวด (Massage) ด้วยเทคนิควิธีการดังนี้

- 2.4.1 การตบหรือการเคาะเบา ๆ (Tapping)
- 2.4.2 การลูบ (Stroking)
- 2.4.3 การคลึง (Kneading)
- 2.4.4 การสั่น (Vibration)
- 2.4.5 การกลิ้ง (Rolling)
- 2.4.6 การกด (Pressure)
- 2.4.7 การกดขยี้ลึก (Deep friction)

2.5 ความร้อน ความเย็น และการรักษาด้วยน้ำ (Heat / Cold / Hydrotherapy)

2.6 เครื่องมือทางกายภาพบำบัด (Modalities)

2.7 ดนตรีบำบัด (Music therapy) การเลือกดนตรีที่ช่วยให้ผ่อนคลาย

2.8 จินตนาการ (Imagery) การสร้างมโนภาพหรือจินตนาการว่าตนเองได้อยู่ในสถานที่ที่ปรารถนา ฟังพอใจ ความรู้สึกดี ๆ จะช่วยให้ผ่อนคลาย

จากการศึกษาของ อากิลเลอรา และเมสสิก (Aguilera and Messick. 1982 : 63-64) พบว่า การช่วยเหลือให้บุคคลเผชิญกับความเครียดและสามารถแก้ปัญหา เพื่อให้เกิดความสมดุลนั้น พยาบาลสามารถที่จะช่วยเหลือผู้คลอดได้ดังนี้

1. การให้ความกระจ่างเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ให้ผู้คลอดได้รับรู้ตามความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลจากสิ่งที่ไม่รู้ และคาดคิดเอาเองโดยไม่ถูกต้อง

2. การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเพียงพอ พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่สุดในระยะนี้ เพราะเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดกับผู้คลอดตลอดเวลา ควรจะให้การดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจ ปลอบใจ ให้ผู้คลอดเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็ง

3. ส่งเสริมการใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม วางแผนให้ความช่วยเหลือโดยส่งเสริมพฤติกรรมปรับตัวในทางที่ถูก และหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดพฤติกรรมและการระบายนอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

นอกจากนี้ เลิร์ช (ฉวี เบาทรง. 2526 : 49-50; อ้างอิงจาก Lerch. 1970. **Maternity Nursing.** p.226-235.) ได้สรุปบทบาทของพยาบาลในการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ เพื่อลดระดับความเครียดให้ผู้คลอดดังนี้คือ

1. การสนองความต้องการด้านจิตใจ โดยมีหลักปฏิบัติดังนี้

1.1 การอยู่เป็นเพื่อน พยาบาลควรอยู่เป็นเพื่อนกับผู้คลอดมากที่สุดเท่าที่จะอยู่ได้ เพื่อลดความกลัว ความว้าวุ่น

1.2 การสื่อสารอย่างเพียงพอ พยาบาลควรมีการสนทนาติดต่อกับผู้คลอด ควรอธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจถึงเหตุผลในการตรวจ หรือปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้คลอดด้วยภาษาง่าย ๆ ทำให้อ่อนโยนมีเหตุผล และการสื่อความหมายที่ดีจะช่วยให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือที่ดีด้วย

1.3 จัดบรรยากาศให้สงบ ไม่มีสิ่งรบกวนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้คลอดมีสมาธิดี

1.4 การเห็นอกเห็นใจ พยาบาลควรแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้คลอด แสดงความสนใจในปัญหาที่ผู้คลอดพูดหรือบ่น และหาทางที่จะแก้ปัญหาให้รวมทั้งปลุกปลอบใจให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล

2. การพยาบาลข้างเคียงอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

2.1 การดูแลความสุขสบายทั่วไป

2.2 การบรรเทาความเจ็บปวดของผู้คลอด โดยการให้ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการคลอด การฝึกเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด เช่น การเบนความสนใจ การควบคุมการหายใจ และหลีกเลี่ยงความกดดันต่าง ๆ ที่จะรบกวนผู้คลอดโดยไม่จำเป็น

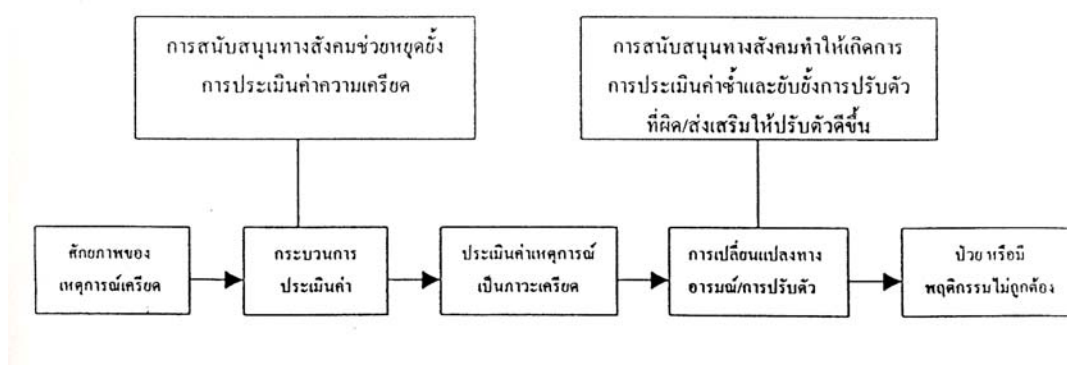
2.3 ส่งเสริมให้ผู้คลอดมีสภาพแข็งแรงอยู่เสมอ ป้องกันความ เหน็ดเหนื่อยและการเสียเลือดที่ไม่จำเป็น

ผลการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะเครียด

จากความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ ทำให้เกิดความสนใจการศึกษา ค้นคว้าวิจัย มีนักวิจัยหลายท่าน ได้ศึกษาถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและการปรับตัวในภาวะเครียด ซึ่งโคเฮน และวิลส์ (Cohen & Wills. 1985 : 310-353) ได้สรุปบทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อ การส่งเสริม สุขภาพไว้ 2 แนวคิดคือ

1. การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The Main Effect Model) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หรือการช่วยเหลือโดยตรงจะทำให้บุคคลมี ประสิทธิภาพที่ดีมีอารมณ์มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน (Neuroendocrine and Immune System) ทำงานดีขึ้น ดังนั้นบุคคลที่มีการสนับสนุนทาง สังคมดีจึงส่งผลโดยตรงต่อการมีภาวะสุขภาพดี ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลมีความรู้สึกว่า ด้อยคุณค่าภาวะเช่นนี้ทำให้บุคคลไม่สนใจสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ใน ขณะเดียวกันก็มีผลไปรบกวนสมดุลระบบ ดังกล่าว ทำให้บุคคลมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2. การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะ เครียด (Buffering Effect Model) โดยอธิบายถึงกลไกนี้ว่ามี 2 จุด ที่การสนับสนุนทาง สังคมสามารถหยุดยั้ง (block) ภาวะเครียดไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือมีพฤติกรรมที่ เบี่ยงเบนไปจากปกติ ดังภาพประกอบ 7 (Cohen & Wills. 1985 : 312) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

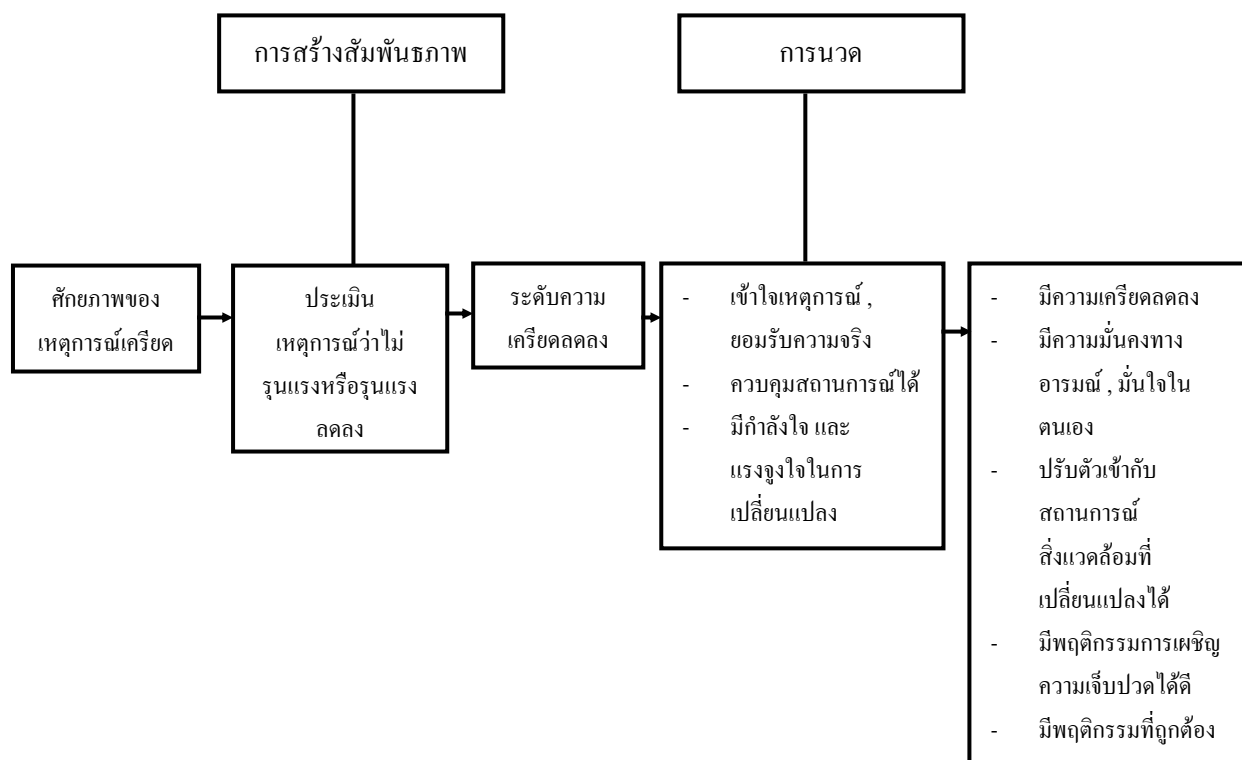


ภาพประกอบ 7 การสนับสนุนทางสังคมและกลไกการยับยั้งความเครียด

2.1 การสนับสนุนทางสังคมช่วยหยุดยั้งจุดประเ็นความเครียด เมื่อบุคคลกำลังเผชิญต่อสิ่งเร้านั้นว่าเป็นความเครียด บุคคลนั้นก็จะเกิดความเครียด หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีการอธิบายให้ข้อมูลหรือให้กำลังใจดี บุคคลก็ไม่เห็นสิ่งเร้านั้นเป็นความเครียด โดยช่วยให้บุคคลประเ็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง หรือลดความรุนแรงลงเพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ไม่ว่าจะมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นจะมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือ จึงประเ็นความเครียดลดลง

2.2 การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลกลับมาประเ็น หรือพิจารณาสิ่งเร้าใหม่ (Reappraisal) เมื่อบุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะเครียดนั้น โดยช่วยลดและขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดหรือผลความเครียดที่มีต่อร่างกายโดยตรง ทำให้บุคคลได้มีการแก้ไขปัญหาลดการรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาที่มีผลต่อการทำงานของฮอร์โมน นอกจากนี้ยังมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีความเข้าใจใน เหตุการณ์นั้นยิ่งขึ้นด้วย การประเ็นเหตุการณ์ซึ่งทำให้ควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ช่วยให้บุคคลมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และร่างกาย มีการปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นการสนับสนุนให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหา หากบุคคลไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็จะเกิดความไม่สมดุลทั้งร่างกายและจิตใจทำให้เกิดความเจ็บป่วย มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากปกติได้

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ โคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills, 1985 : 310-353.) โดยนำมาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมการนวด ในการลดความเครียดของผู้คลอดในระยะเริ่มต้นของการคลอด โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยการประคองประคองด้านจิตใจ ให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด โดยการนวด และการสนับสนุนให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดและภาวะเครียด ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในระยะเจ็บครรภ์คลอด ทำให้ผู้คลอดมีความมั่นคงทางอารมณ์ เห็นคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ ยอมรับความจริง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้คลอดสามารถลดความเครียดและเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดี มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ดังภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 โปรแกรมการนัดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของโคเฮน และวิลส์

งานวิจัยในต่างประเทศ

งานวิจัยเกี่ยวกับความเครียด

ยาเฮีย และอุลิน (Yahia and Ulin. 1965 : 924-949) ศึกษาเปรียบเทียบการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่โรงพยาบาลบอสตัน จำนวน 169 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช และกลุ่ม ควบคุมซึ่งไม่ได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช แสดงพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่สามารถ ควบคุมความเจ็บปวดด้วยวิธีการผ่อนคลาย และควรใช้เทคนิคการหายใจได้เป็นอย่างดี ทารกแรกเกิดมีสภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี

แอสตันเลย์ และคณะ (Stanley, et al. 1979 : 135-142) ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของหญิงมีครรภ์และผลของความวิตกกังวลต่อมารดา และทารกในหญิงมีครรภ์ จำนวน 73 คน พบว่าอายุและระดับการศึกษาของหญิงมีครรภ์มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์และการคลอด

ดูเออร์ (Doohar. 1980 : 220-224) ศึกษาผลของการเตรียมคลอด โดยวิธี ลามาชต่อการปรับตัวของบิดามารดา และความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์คลอด ศึกษาในคู่ สมรสที่เพิ่งแต่งงาน กลุ่มทดลองฝึกวิธีคลอดแบบลามาช กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึก ผลการวิจัย พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการ ปรับตัวก่อนคลอด แต่พบว่าหลังคลอดกลุ่มทดลองปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบสามีใน กลุ่มทดลองมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่มีความแตกต่างกันในมารดาหลัง คลอด ส่วนความรู้สึกต่อประสบการณ์การคลอดทั้งสามีและภรรยาทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามี ปานกลางแต่ไม่มีความแตกต่างกัน

นอร์เบค และทิลเดน (Norbeck and Tilden. 1983 : 30-46) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคมและความไม่สมดุลทางอารมณ์ใน หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน 117 คน พบว่าการมีประสบการณ์กับเหตุการณ์เครียด ในชีวิตสูงภายใน 1 ปีก่อนตั้งครรภ์รวมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ทำให้เกิด การเสียสมดุลทางอารมณ์สูง และการมีประสบการณ์กับเหตุการณ์เครียดในชีวิตกับการได้รับ การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหญิง ตั้งครรภ์

มาจินี และคณะ (Magni, et al. 1986 : 273-276) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะเครียดทางจิตสังคมกับภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ โดยศึกษาเมื่อหญิงมีครรภ์ ตั้งครรภ์ได้ 6 เดือน และติดตามไปจนกระทั่งคลอด จำนวน 319 คน พบว่าความวิตก กังวลและพฤติกรรมที่แสดงออกมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์

กอกเซตตา (Guzzetta. 1989 : 609-615) ได้ศึกษาผลของการผ่อนคลายและ ดนตรีต่อภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 80 ราย ได้จัดเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับเทคนิคการผ่อนคลาย กลุ่มที่ ได้รับการฟังดนตรี และกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับทั้งเทคนิคการผ่อนคลายและฟังดนตรีโดยการ สุ่ม ตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีผลทำให้ภาวะความเครียดซึ่ง ประเมินได้จากอัตราการเต้นของหัวใจลดลง อุณหภูมิของอวัยวะส่วนปลายตลอดจน ภาวะแทรกซ้อนของโรคน้อยลงกว่ากลุ่มควบคุม

ดาวน์ – แวมบอล์ด (Down – Wamboldt. 1991 : 86-98) ศึกษาการเผชิญ ภาวะเครียดและความพึงพอใจในชีวิตของผู้หญิงที่เป็นโรคข้ออักเสบ 90 คน พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างมีสาเหตุให้เกิดความเครียดเนื่องจากผลกระทบของอาการเจ็บป่วย ได้แก่ ความปวด การไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

นัคคอลลส์ และคณะ (Nuckolls, et al. 1972 : 143-441) ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม ภาวะวิกฤตในชีวิตและการพยากรณ์โรคของหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ จำนวน 170 คน โดยให้ตอบแบบสอบถามเพื่อวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และเมื่ออายุครรภ์ได้ 32 สัปดาห์ ให้ตอบแบบสอบถามเพื่อวัดภาวะวิกฤตในชีวิตและภาวะแทรกซ้อน พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญภาวะวิกฤตและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากเป็น 3 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

เบอร์เรรา (Berrera. 1982 : 69-96) ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

แอนิสฟิลด์ และลิปเปอร์ (Anisfield and Lipper. 1983 : 79-83) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการสัมผัสทารกทันทีหลังคลอด การสนับสนุนทางสังคมกับความผูกพันระหว่างมารดาและบุตรของมารดาหลังคลอด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความผูกพันระหว่างมารดาและบุตรไม่ว่ามารดานั้นจะได้สัมผัสทารกทันทีหลังคลอดหรือไม่ก็ตาม

โอ ฮารา และคณะ (O' Hara, et al. 1983 : 569-573) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์เครียดในชีวิต ภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 99 คน โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ระยะไตรมาสที่ 2 จนถึง 9 สัปดาห์หลังคลอด พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดเป็นกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

งานวิจัยเกี่ยวกับความเจ็บปวด

ชาร์ลส์ และคณะ (Charles, et al. 1978 : 44-52) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดของลามาช กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์คลอด ที่โรงพยาบาลมิเชลลีซี (Michael Reese Hospital) จำนวน 249 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช จำนวน 95 ราย และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาช จำนวน 154 ราย ผลการศึกษาพบว่าหญิงมีครรภ์ในกลุ่มทดลอง มีจำนวนการไต่ยา

ระงับปวดและยาระงับความรู้สึกน้อยกว่า มีการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอด้ต่ำกว่า และมีความพึงพอใจในการคลอด้สูงกว่าหญิงมีครรภ์กลุ่มควบคุม

แมนนิ่ง และไรท์ (Manning and Wright. 1983 : 421-431) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะการคลอด้ของตน กับการควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอด้ในมารดาครรภ์แรกจำนวน 52 คน ที่เข้ารับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด้ในคลินิก โดยประเมินการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะตั้งครรภ์ และในระยะแรก ๆ ของการคลอด้แล้ว สัมภาษณ์มารดาหลังคลอด้ถึงการไ้ยาในระยะคลอด้ และระยะเวลาที่อยู่ในระยะคลอด้ได้โดยไม่ไ้ยาลดปวด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะในการแสดงพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด้สามารถทำนายการไ้รับยาระงับปวดในระยะคลอด้ได้

แมนเดอร์โน และเบลเดค (Manderino and Beldek. 1984 : 9-10) ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการเตรียมคลอด้ โดยดูวิธีโอโมเดลการคลอด้กับวิธีโอข้อมูลเรื่องการคลอด้ต่อการลดความเจ็บปวดระหว่างคลอด้ ในมารดาครรภ์แรกจำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ดูวิธีโอโมเดลการคลอด้ กลุ่มที่ 2 ดูวิธีโอข้อมูลเรื่องการคลอด้ กลุ่มที่ 3 ดูวิธีโอโมเดลการคลอด้ และดูวิธีโอข้อมูลการคลอด้ กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้ดูวิธีโอ ทั้ง 2 ชนิด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มมารดาที่ดูวิธีโอโมเดลการคลอด้ และดูวิธีโอข้อมูลเรื่องการคลอด้มีอัตราความเจ็บปวดขณะคลอด้น้อยกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยเกี่ยวกับการนวด

โดแรนและนีเวลล์ (Doran and Newell. 1975 : 161-164) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการนวดในการบำบัดรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการนวดกับการรักษาที่แตกต่างกันอีก 3 วิธี ในผู้ป่วย 456 ราย ได้แก่ การรักษาโดยการนวด 98 ราย ทำกายภาพบำบัด 104 ราย ใส่เสื้อประคองหลัง (Lumbar support) 93 ราย และรับประทานยาแก้ปวด 100 ราย กลุ่มที่ไ้รับการนวดและกลุ่มที่ไ้รับการทำกายภาพบำบัดไ้การรักษาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง กลุ่มที่ใส่เสื้อประคองหลังและกลุ่มที่ไ้รับยาแก้ปวดไ้การรักษาทุกวันในเวลา 3 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยหายปวดหลัง และอาการปวดหลังลดลงในกลุ่มที่ไ้รับการนวดคิดเป็นร้อยละ 64 กลุ่มที่ไ้รับการทำกายภาพบำบัดคิดเป็นร้อยละ 52 กลุ่มที่ใส่เสื้อประคองหลังร้อยละ 49 และกลุ่มที่ไ้รับยาแก้ปวดร้อยละ 49

โจอะคิม (Joachim. 1982 : 32-36) ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นแผลในกระเพาะอาหาร (peptic ulcer) จนกระทั่งแผลในกระเพาะอาหารหายดี แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดท้อง ปั่นคันบริเวณหน้าท้องนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หงุดหงิด โกรธง่าย แสดงท่าทางไม่พอใจพยาบาล จึงได้นัดให้ผู้ป่วยที่บริเวณ คอ หลัง แขน และมือ วันละ 1 ครั้ง นาน 45 นาที เป็นเวลา 3 วัน ในการนัดครั้งที่ 1 สังเกตพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สบายใจขึ้น อาการปวดท้องลดลง ในการนัดครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล พุดคุยถึงความไม่สบายใจ ความคับข้องใจ และกล่าวว่าพยาบาลอยู่กับเขานานกว่าทุกครั้ง นัดครั้งที่ 3 ผู้ป่วยบอกว่านอนหลับได้ดีมีอาการปวดท้องเพียงเล็กน้อย คันหน้าท้องเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ดี พุดคุยกับพยาบาลด้วยความใกล้ชิด และมีความไว้วางใจมากกว่าทุก ๆ ครั้ง จากการศึกษาในผู้ป่วยรายนี้พบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงมาก ภายหลังได้รับการนัดและ เชื่อว่าการสัมผัสโดยการนัด ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ และเกิดความไว้วางใจตลอดจนมีการรับรู้ของประสาทสัมผัสที่ดี

เจียหยิง และคณะ (Jiaying, et al. 1986 : 168-170) ศึกษาเกี่ยวกับการนัดแบบจีน เพื่อรักษาอาการปวดหลังในผู้ป่วยจำนวน 142 ราย โดยทำการนัดและกดจุดตามจุดฝังเข็มเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยหายปวดหลังจำนวน 96 ราย อาการปวดหลังลดลงมากจำนวน 41 ราย รวมผลที่ได้จากการนัดคิดเป็นร้อยละ 97 ส่วนอีก 5 ราย รักษาไม่ได้ผลดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่า การกดจุดและนัดสามารถลดความเจ็บปวดได้

เทียนหัว และคณะ (Dianhua, et al. 1986 : 111-112) ศึกษาเกี่ยวกับการกดจุดเพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ไวต่อการคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 44 ราย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับยาไดเคนซินิดฟ่น (Dicain spray) ในช่องปาก จำนวน 13 ราย ได้รับการบริหารกล้ามเนื้อโดยการอ้าปาก (Open mouth exercise) จำนวน 16 ราย และได้รับการกดจุดจากผู้วิจัย จำนวน 15 ราย โดยกดที่จุดเหอกู (Hegu point) คือจุดที่อยู่หลังมือระหว่างกระดูกฝ่ามือ (Metacarpal bone) ที่ 1 กับที่ 2 ประมาณกึ่งกลางของกระดูกที่ 2 โดยกดเป็นเวลา 10 นาที จำนวน 5 ครั้ง ผลการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับการกดจุดสามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มที่ได้รับยาไดเคนซินิดฟ่นสามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่บริหารโดยการอ้าปากสามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซิมส์ (Sims. 1986 : 47-50) ได้ทำการวิจัยนำร่อง (Pilot study) เกี่ยวกับผลการนัดหลังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา การศึกษาครั้งนี้ทำการวัดผลทั้งก่อน

และหลังการนัด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 6 คน โดยดูอาการของอาการซึมเศร้าและอารมณ์ โดยการให้ผู้ป่วยรายงานความรู้สึกด้วยตนเอง โดยใช้ system distress scale ผลปรากฏว่าภายหลังการนัดแล้ว กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าน้อยลง มีอาการสงบมากขึ้น รู้สึกมีชีวิตชีวา และมีความตึงเครียดและความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเพียง 12 คน ทำให้ไม่สามารถอ้างผลทางสถิติได้อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษานี้ทราบผลเพียงแต่ว่าการนัดนั้นมีประโยชน์แก่ผู้ป่วยจริง และจากบทสรุปของการศึกษานี้กล่าวว่าความเครียดจากอาการของโรค และการอยู่โรงพยาบาลและการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการรักษาพยาบาล จนทำให้ความรู้สึกลดลงของมนุษย์นั้นต่ำลง โรงพยาบาลจะสามารถช่วยแก้ไขได้โดยการนัดหลังให้แก่ ผู้ป่วย ซึ่งการนัดจะประกอบไปด้วยการสัมผัสที่แสดงถึงความสนใจเอาใจใส่และมนุษย์สัมพันธ์ต่อกัน

เฟอร์เรล – ทอรี และกลีค (Ferrell – Torry and Glick. 1993 : 101) จากการศึกษาพบว่า การนัดหลัง ให้ผล และใช้เวลา 30 นาที แก่ผู้ป่วยมะเร็งเพศชายที่มีความเจ็บปวดก่อนนอนเป็นเวลา 2 วันติดต่อกัน สามารถทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยในประเทศไทย

งานวิจัยเกี่ยวกับความเครียด

ฉวี เบาทรวง (2526 : ข-ค) ศึกษาผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผน และการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด กลุ่ม ตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาคลอดในห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผน กลุ่มที่ 2 ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนร่วมกับการสัมผัส และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 10 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และ พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, $p < 0.05$)

ทัศนีย์ ปัญจะ (2535 : ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะเจ็บครรภ์ โรงพยาบาลแม่และเด็ก นครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลแม่และเด็ก นครสวรรค์ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดในรูปแบบ

ที่กำหนดขึ้นใหม่ และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการเตรียมคลอดในรูปแบบปกติ กลุ่มละ 30 ราย ผลการวิจัยพบว่า หญิงครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนดขึ้นใหม่ มีพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในระยะเจ็บครรภ์ระยะที่ 1 ของการคลอดเหมาะสมกว่าหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอดตามรูปแบบปกติ

สุภาณี กาญจนศร (2535 : ก) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจในหญิงครรภ์แรกที่มีภาวะ 프리อีคลัมเซียม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน พบว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสามารถลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพึงพอใจได้มากกว่าการให้ข้อมูลตามปกติ

ปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541 : ง) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดขณะพักรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ ที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลก่อนกำหนดคลอด ณ หอผู้ป่วยสูติกรรม 3 โรงพยาบาลรามาธิบดี และหอผู้ป่วยจุฬาฯ 5 โรงพยาบาลศิริราช ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความเครียดอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ การเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และพบว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี (2542 : ง) ศึกษาผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียด และการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลกลาง จำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ราย กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมก่อนคลอด ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองระดับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองลดลง และกลุ่มควบคุมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.018 และ 0.001 ตามลำดับ และระดับความเครียดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ชนิษฐา ไตรรัตน์ภิกุล (2533 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความผูกพันระหว่างมารดาและบุตรในระยะตั้งครรภ์ของหญิงครรภ์แรกมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

จำนวน 300 คนพบว่า หญิงครรภ์แรกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามี และบุคคลอื่น ในระยะตั้งครรภ์จะเกิดความผูกพันระหว่างมารดา และบุตรมากกว่าหญิงที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

เจียงคำ อินทวิชัย (2533 : 71) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 200 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลศิริราช 100 คน และโรงพยาบาลเด็ก 100 คน พบว่ามารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดดีกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

กาญจนา บุญทับ (2534 : ก) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการและสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 150 คน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

ศิริรัช ศิริตันติวัฒน์ (2534 : ก-ข) ศึกษาผลการให้การสนับสนุนอย่างมีแบบแผนต่อการลดความวิตกกังวล และเพิ่มการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ศึกษาในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีอายุครรภ์ 33-36 สัปดาห์ พบว่าการให้การสนับสนุนอย่างมีแบบแผนสามารถลดความวิตกกังวล และเพิ่มการปรับตัวต่อการเป็นมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด

ศิริวรรณ ขอบธรรม (2536 : ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีในการดูแลสุขภาพตนเอง และลดความวิตกกังวลของมารดาขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 36 คน โดยที่กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และมีการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง และความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์

พรรณิ จันประดับ (2538 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 ราย ผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและรายได้ของ ครอบครัวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเผชิญความเครียดได้ โดยที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และมีรายได้ของครอบครัวสูงจะมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดได้เหมาะสม

งานวิจัยเกี่ยวกับความเจ็บปวด

รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์ (2530 : ก-ข) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดด้วยวิธีลามาช (Lamaze) ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด และสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธี ลามาช และกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมคลอดด้วยวิธีปกติ กลุ่มละ 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอด และคะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกของผู้คลอดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุษา เชื้อหอม (2534 : ก-ข) ศึกษาผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ และคลอดที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 40 ราย กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอด เหตุการณ์และความรู้สึกที่ต้องเผชิญ วิธีปฏิบัติตนในระยะคลอด วิธีควบคุมการหายใจและการลูบหน้าท้อง เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ วิธีเบ่งและการพาหญิงตั้งครรภ์ไปทำความสะอาดคั่นเคยกับสภาพห้องคลอด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวล และคะแนนความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์คลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรรณิภา รัชกุล (2537 : ก-ข) ศึกษาผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด และเจตคติที่มี

ต่อการคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ และคลอดที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 60 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนตั้งแต่ในระยะ ตั้งครรภ์ และระยะที่ 1 ของการคลอด และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 30 ราย ผลการวิจัยพบว่าคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของสตรีมีครรภ์ในระยะคลอด และคะแนนเจตคติที่มีต่อการคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดรรชนี ลิ้มประเสริฐ (2539 : จ) ศึกษาผลของดนตรีต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 30 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีพร้อมกับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 30 ราย ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

บุญสืบ โสโสม (2539 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดกับระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่ติ๊กคลอด ณ โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี จำนวน 150 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วลสิกา เผือกโสมณ (2539 : ก) ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อพัฒนาความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนด และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 30 ราย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเจ็บปวด และความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จารุวรรณ รังสิยานนท์ (2540 : จ-ฉ) ศึกษาผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ กลุ่มตัวอย่างหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ จำนวน 20 ราย ได้รับการเตรียมเพื่อคลอด

ตามโปรแกรมที่กำหนด ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองของหญิงครรภ์แรก และความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญภาวะเจ็บครรภ์ของหญิงครรภ์แรกภายหลังการเตรียม เพื่อคลอดสูงกว่าก่อนการเตรียมเพื่อคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มัทนา กัลยา (2540 : ง) ศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด กลุ่ม ตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จังหวัดสระแก้ว จำนวน 60 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟัง จำนวน 30 ราย กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ห้องคลอด ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความ เจ็บปวดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.112$) และค่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p = 0.002$)

ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ (2541 : ก) ศึกษาผลการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการ บรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก จำนวน 30 ราย พบว่าการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้เสียงดนตรี และการลูบหน้า ท้องเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจใช้ได้เฉพาะช่วงเจ็บครรภ์ไม่มาก ปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 0-7 เซนติเมตร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วินัส ฉัตรชวลักษณ์ (2543 : ง) ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรม เตรียมคลอดต่อทักษะการควบคุมตนเองในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝาก ครรภ์และคลอดที่สถานส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 80 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมเตรียมคลอดสามารถส่งผล ให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการเตรียมตัวในระยะคลอดดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สามารถลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดได้ นอกจากนี้ พบว่าทักษะการควบคุมตนเองในระยะคลอดดีอย่างมีนัยสำคัญ และมีความสัมพันธ์กับความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการเตรียมตัวในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิจัยเกี่ยวกับการหวด

วิจิตรา กุสุมภ์ (2532 : ก-ข) ศึกษาผลของการกดจุดและนวดต่อระดับความ เจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างไม่โอแพ่เชื้อยล ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจอร์โรบิติกส์ แผนกผู้ป่วยนอก วชิรพยาบาล จำนวน 40

ราย โดยแบ่งกลุ่ม ตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 20 คน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการกวดจุดนัดจากผู้วิจัยและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาทางยาจากแพทย์ ผลการวิจัยพบว่าระดับความเจ็บปวด และระดับความอ่อนแอของหลังในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และระดับความเจ็บปวดและระดับความอ่อนแอของหลังในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการกวดจุดและนัดต่ำกว่าก่อนได้รับการกวดจุดและนัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) นอกจากนี้ปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยรับประทานในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เจือจันทร์ วัฒนกิจเจริญ (2534 : ก-ข) ศึกษาเปรียบเทียบการนวดไทยประยุกต์กับการกินยาพาราเซตามอลต่อระดับการปวดศีรษะ และระยะเวลาที่การปวดศีรษะลดระดับลง ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียดที่มารับการตรวจรักษาจากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาท จำนวน 80 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการนวดไทยประยุกต์ครั้งละ 15 นาที จำนวน 1 ครั้ง กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับยาพาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม จำนวน 2 เม็ด ผลการวิจัยพบว่า การนวดแบบไทยประยุกต์สามารถลดอาการปวดศีรษะได้ดีกว่าการกินยาพาราเซตามอลตั้งแต่วันที่ 15 นาที 20 นาที 25 นาที และ 30 นาที และการนวดสามารถลดการปวดศีรษะได้ทันทีและรวดเร็วกว่าการกินยาพาราเซตามอลในเวลา 15 นาที

อุไร นิโรธนันท์ (2539 : ก-ข) ศึกษาผลการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดและได้รับยาแก้ปวดชนิด รับประทานตามเวลาตามแผนการรักษา ซึ่งรับไว้รักษาและบรรเทาอาการของโรคมะเร็งที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับมอบหมายให้เป็นทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อเป็นกลุ่มควบคุมก่อนจะถึงเวลาให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 40 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน หลังจากนั้น 20 นาทีจะประเมินซ้ำอีกครั้ง เมื่อเป็นกลุ่มทดลองก่อนถึงเวลาให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 40 นาที กลุ่มทดลองได้รับการประเมินความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน แล้วผู้วิจัยนัดให้กลุ่มทดลองเป็นเวลา 20 นาที เมื่อนวดเสร็จกลุ่มทดลองได้รับการประเมินความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทันที ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดลดลงมากกว่าไม่ได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เรณู มีชนะ (2544 : ง) ศึกษาเปรียบเทียบผลการนวดไทยประยุกต์กับการใช้ยาพาราเซตามอลในบุคคลที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด กลุ่มตัวอย่าง คือผู้มารับบริการการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย กรุงเทพมหานคร โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองใช้วิธีนวดไทยประยุกต์และกลุ่มเปรียบเทียบใช้ยาพาราเซตามอล เมื่อลดอาการปวดศีรษะ ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มนวดไทยประยุกต์ สามารถเปลี่ยนแปลงผลต่างของชีพจรได้อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถ เปลี่ยนแปลงผลต่างของค่าความดันซิสโตลิกได้เช่นเดียวกับสามารถลดอาการปวดศีรษะได้ทันทีหลังนวด ในนาทีที่ 10, 20, 30 และ 60 ลดอาการปวดศีรษะลงไม่ปวดเลยร้อยละ 10, 13.3, 33.3 และ 66.7 อย่างต่อเนื่องตามลำดับ ขณะเดียวกันกลุ่มใช้ยาพาราเซตามอล ลดอาการปวดศีรษะไม่ปวดเลยได้ในนาทีที่ 30 และ 60 ร้อยละ 13.3 และ 46.7 ตามลำดับอีกทั้งพบว่าการนวดไทยประยุกต์ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้มากกว่าการใช้ยาพาราเซตามอลในทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์ให้เผชิญกับความเครียดและความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการทำการนวดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการผ่อนคลายความเครียด และการเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ เพื่อนำผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วยในระยะเจ็บครรภ์ ได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการเผชิญความเครียด และความเจ็บปวด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการนวด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบแผนการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

เป็นผู้คลอดครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 15-34 ปี มาคลอดที่ห้องคลอดวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนกุมภาพันธ์ 2549

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรก ที่มาคลอดที่ห้องคลอดวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 60 ราย จัดเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยทำการสุ่มอย่างง่ายกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในวันจันทร์ วันอังคาร และวันพุธเป็นกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในวันพฤหัสบดี วันศุกร์และวันเสาร์เป็นกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ (eligibility criteria) ดังนี้

เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria)

1. มีอายุระหว่าง 15-34 ปี ซึ่งจัดเป็นกลุ่มไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอด
2. อายุครรภ์ครบกำหนด (ระหว่าง 38-42 สัปดาห์)
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์และสูติศาสตร์ในระยะตั้งครรภ์ และ

ระยะคลอด

4. มีส่วนสูงไม่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร

5. การเพิ่มของน้ำหนักตัวมารดาอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือไม่มากหรือน้อยกว่า 20% ของน้ำหนักมาตรฐาน (Benson & Pernoll. 1994 : 154) โดยน้ำหนักมาตรฐานระหว่างตั้งครรภ์ปกติเท่ากับ 12.5 kg (ศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล. 2543 : 71)

6. เมื่อแรกได้รับไวศึกษา ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร และมีอาการเจ็บครรภ์จริง (true labour pain)

7. ทารกในครรภ์อยู่ในท่าปกติ คือศีรษะเป็นส่วนนำ และน้ำหนักทารกประมาณ 2,500-3,500 กรัม

8. พูดภาษาไทยได้ การได้ยินปกติ มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาโรคจิตโรคประสาท และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. เมื่อผู้คลอดต้องการนัดซ้ำ ซึ่งไม่เป็นไปตามขั้นตอนการทดลอง
2. เมื่อผู้คลอดปฏิเสธการนัดในระหว่างการทดลอง
3. เมื่อผู้คลอดได้รับการพิจารณาให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ระหว่างการทดลอง

แบบแผนการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้แบบแผนการวิจัยที่มีการวัดทั้งก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest Nonrandomized Design)

รูปแบบการวิจัย

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₁	~X	O ₂

O ₁	หมายถึง	การสังเกตก่อนการทดลอง
O ₂	หมายถึง	การสังเกตหลังการทดลอง
X	หมายถึง	โปรแกรมการทดลอง
~X	หมายถึง	การดูแลตามปกติ

ภาพประกอบ 9 รูปแบบการวิจัย

แผนการทดลอง

กลุ่มทดลอง	$O_1X_1O_2$	$O_3X_2O_4$	$O_5X_3O_6$	$O_7X_4O_8$	การเปิดขยาย ของปากมดลูก
	แรกเริ่ม	3-4 ซม.	5-7 ซม.	8-9 ซม.	
กลุ่มควบคุม	$O_1X_5O_2$	$O_3X_5O_4$	$O_5X_5O_6$	$O_7X_5O_8$	การเปิดขยาย ของปากมดลูก
	แรกเริ่ม	3-4 ซม.	5-7 ซม.	8-9 ซม.	

O_1	หมายถึง การสังเกตการเผชิญความเครียดก่อนการสร้างสัมพันธ์ภาพ ในระยะแรกเริ่ม
O_2	หมายถึง การสังเกตการเผชิญความเครียดหลังการสร้างสัมพันธ์ภาพ ในระยะแรกเริ่ม
O_3, O_5, O_7	หมายถึง การสังเกตการเผชิญความเครียดและการวัดความเจ็บปวด ก่อนการนัด ขณะมดลูกหดตัวในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร, 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร ตามลำดับ
O_4, O_6, O_8	หมายถึง การสังเกตการเผชิญความเครียดและการวัดความเจ็บปวด หลังการนัดขณะมดลูกหดตัวในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร, 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร ตามลำดับ
X_1	หมายถึง การสร้างสัมพันธ์ภาพในระยะแรกเริ่ม
X_2, X_3, X_4	หมายถึง การจัดโปรแกรมการนัด โดยการนัดตามแบบแผนการ นัด ของมดลูกหดตัวในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร, 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร ตามลำดับ
X_5	หมายถึง การดูแลตามปกติ ในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร, 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร ตามลำดับ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะของเครื่องมือ

แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการคลอด

ส่วนที่ 2 แบบสังเกตการเผชิญความเครียด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของฉวี เบาทรง (2526) โดยแปลและเรียบเรียงจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของสเตอร์รอก (Sturrock Labour Coping Scale) มาใช้ ประกอบด้วยพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวด 5 ด้าน คือ ด้านการออกเสียง ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ด้านการควบคุมการหายใจ ด้านการแสดงออกของใบหน้า และด้านการตอบสนองด้านคำพูด การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ 0, 1, 2 โดยให้ตามพฤติกรรมที่แสดงออก

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเจ็บปวด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดความเจ็บปวด (Visual Analog Scale) ของคิมและคณะ (Kim Marie Falk, et al : 2003) วัดโดยให้ผู้คลอดบอกระดับความรู้สึกเจ็บปวดด้วยการเลื่อนแถบบนเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่วง โดยมีตัวเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0 ซึ่งระบุว่าไม่เจ็บปวดเลข 1 2 3 ระบุว่า เจ็บปวดเล็กน้อย เลข 4 5 6 ระบุว่าเจ็บปวดปานกลาง เลข 7 8 9 ระบุว่าเจ็บปวดมาก และเลข 10 ระบุว่าเจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ เมื่อผู้คลอดเลื่อนแถบตรงกับตัวเลขตัวใด ตัวเลขนั้นจะเป็นคะแนนความเจ็บปวดของผู้คลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบแผนการนัด ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำรา เอกสารและฝึกฝนอบรมกับผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประยุกต์ใช้กับผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมวิเคราะห์ และสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์และถูกต้องตามหลักเกณฑ์

1.2 ศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากแบบสังเกตอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาเพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงนำมาใช้ตามความเหมาะสม

1.3 นำแบบสังเกตที่สร้างเสร็จให้คณะกรรมการควบคุมทำปริญญานิพนธ์ตรวจเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

1.4 นำแบบสังเกตที่ตรวจแก้ไขเรียบร้อยแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ต่อจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม และนำเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1 ศึกษาจากเอกสาร ตำรา และฝึกอบรมกับผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำมาสร้างแบบแผนการนัด

2.2 นำแบบแผนการนัดที่สร้างเสร็จให้คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ตรวจสอบเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

2.3 นำแบบทดสอบที่ตรวจแก้ไขเรียบร้อยแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ต่อจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม และนำเสนอให้คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

ผู้วิจัยได้ให้เกณฑ์ประเมินจากเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบสังเกตการเผชิญความเครียด เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ให้ตามพฤติกรรมที่แสดงออกดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้

คะแนน 1 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการควบคุมตนเองได้พอสมควร

คะแนน 2 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่สามารถควบคุมตนเองได้ดี

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

ค่าเฉลี่ย 6.68-10.00 หมายถึง มีพฤติกรรมเผชิญความเครียดใน
ระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 3.33 – 6.67 หมายถึง มีพฤติกรรมเผชิญความเครียดใน
ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0 – 3.32 หมายถึง มีพฤติกรรมเผชิญความเครียดใน
ระดับต่ำ

2. แบบวัดความเจ็บปวด มีเกณฑ์การให้คะแนนตามค่าตัวเลขที่กลุ่มตัวอย่าง
ประเมิน ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 จนถึง 10 คะแนน

คะแนน 0	หมายถึง	ไม่รู้สึกเจ็บปวด
คะแนน 1-3	หมายถึง	รู้สึกเจ็บปวดน้อย
คะแนน 4-6	หมายถึง	รู้สึกเจ็บปวดปานกลาง
คะแนน 7-9	หมายถึง	รู้สึกเจ็บปวดมาก
คะแนน 10	หมายถึง	รู้สึกเจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

0	หมายถึง	ไม่มีอาการเจ็บปวด
0.01 – 3.00	หมายถึง	รู้สึกเจ็บปวดน้อย
3.01 – 6.00	หมายถึง	รู้สึกเจ็บปวดปานกลาง
6.01 – 9.00	หมายถึง	รู้สึกเจ็บปวดมาก
9.01 – 10.00	หมายถึง	รู้สึกเจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้

วิธีหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการหาความเที่ยงตรง (Content Validity) ตามลำดับดังนี้

1. แบบสังเกตการเผชิญความเครียดและแบบวัดความเจ็บปวด ผู้วิจัยนำแบบ
สังเกตที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านสูติศาสตร์ 1
ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านสูติศาสตร์ 2 ท่าน พยาบาลประจำห้องคลอด 1 ท่าน และนัก
กายภาพ 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่
ใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยได้มีการปรับเปลี่ยนจากแบบสังเกต
ความเครียดมาเป็นแบบสังเกตการเผชิญความเครียดแทน และเปลี่ยนจากแบบสังเกต
พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดมาเป็นแบบวัดความเจ็บปวด

2. แบบแผนการวัด ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่
นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน แพทย์ด้านสูติศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาล

ประจำห้องคลอด 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความชัดเจน และความถูกต้องเหมาะสมของ กระบวนการนัด นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับผู้คลอด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒถึง ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ เพื่อ ขอความอนุเคราะห์ และความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขออนุญาตทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการทำวิจัยในคนของ สำนักการแพทย์และของกรุงเทพมหานคร

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลตึกคลอด เพื่อแนะนำตัว และขออนุญาตเก็บข้อมูล

4. การเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลในระยะคลอด เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน โดยให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกใช้แบบสังเกตการเผชิญความเครียด และแบบวัดความเจ็บปวดจน ผู้ช่วยวิจัยสามารถใช้เครื่องมือได้แม่นยำ เพื่อลดอคติในการเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ด้วยตนเอง พร้อมผู้ช่วยวิจัย โดยวันจันทร์ วันอังคาร และวันพุธเป็นกลุ่มทดลอง วันพฤหัสบดี วันศุกร์ และวันเสาร์เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างได้รับการชักประวัติ และตรวจร่างกายจากแพทย์ ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย พร้อมให้เซ็นชื่อให้ความยินยอมในการศึกษาวิจัยและสัมภาษณ์ผู้คลอดที่มี ลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และดำเนินการทดลองโดยมี ขั้นตอนดังนี้

5.1 ในระยะแรกรับ

5.1.1 ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินผู้คลอดโดยใช้แบบสังเกตการเผชิญ ความเครียดทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุมครั้งที่ 1 โดยใช้เวลาสังเกต 20 นาที

5.1.2 ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการนัดโดยการสร้าง สัมพันธภาพ ได้แก่ ให้การดูแลระดับประคองด้านจิตใจ โดยการกล่าวต้อนรับด้วยน้ำเสียงที่ อ่อนนุ้ย ท่าที่เป็นมิตรพูดคุยเป็นกันเอง แสดงความห่วงใย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำและดูแล อย่างใกล้ชิดใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

5.1.3 ผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินผู้คลอดโดยใช้แบบสังเกตการเผชิญ ความเครียด ครั้งที่ 2 หลังการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มทดลอง และหลังการดูแลตามปกติใน กลุ่มควบคุมโดยใช้เวลาในการสังเกต 20 นาที

5.2 ในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร

5.2.1 ผู้ช่วยวิจัยทำการสังเกตการเผชิญความเครียดพร้อมกับให้ผู้คลอดประเมินความเจ็บปวด ครั้งที่ 1 ขณะมดลูกหดตัว ใช้เวลา 20 นาที ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5.2.2 ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการนวด โดยเริ่มทำการนวดตามแบบแผนการนวดในขณะมดลูกหดตัว และหยุดพักเมื่อมดลูกคลายตัวโดยใช้เวลาในการนวด 20 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

5.2.3 ในกลุ่มทดลองผู้ช่วยวิจัยทำการสังเกตการเผชิญความเครียดพร้อมกับให้ผู้คลอดประเมินความเจ็บปวดครั้งที่ 2 ในขณะทำการนวดใช้เวลาในการสังเกต 20 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมจะทำการสังเกตการเผชิญความเครียดพร้อมทั้งให้ผู้คลอดประเมินความเจ็บปวด ครั้งที่ 2 ขณะให้การดูแลตามปกติใช้เวลาในการสังเกต 20 นาทีเช่นกัน

5.3 ในระยะปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร ให้ดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ 5.2.1, 5.2.2 และ 5.2.3 ตามลำดับ

5.4 ในระยะปากมดลูกเปิด 8-9 เซนติเมตร ให้ดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ 5.2.1, 5.2.2 และ 5.2.3 ตามลำดับ

5.5 ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลจากแบบสังเกต และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไปแจกแจง และวิเคราะห์ค่าสถิติต่อไป

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบเรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียด และคะแนนความเจ็บปวด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Pair t – test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดและคะแนนความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t –test

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

- 1.1 ค่าร้อยละ (P) โดยใช้สูตร (ล้วนและอังคณา สายยศ. 2531 : 59)

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นร้อยละ
	n	แทน	ค่าจำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 35)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 79)

$$S = \frac{\sqrt{n \sum x^2 - (\sum x)^2}}{n(n-1)}$$

เมื่อ	S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ คือการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของแบบทดสอบ
	$\sum R$	แทน	ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สูตร Pair t – test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 4 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 164-170)

$$t = \frac{\Sigma D}{\sqrt{\frac{n \Sigma D^2 - (\Sigma D)^2}{n-1}}}$$

ΣD = ผลรวมของผลต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง

ΣD^2 = ผลรวมกำลังสองของผลต่างของคะแนน

(ΣD^2) = ผลรวมของผลต่างแล้วยกกำลังสองของคะแนนก่อน
และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

n = จำนวนผู้ป่วยของกลุ่มทดลอง

3.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สูตร Independent (t- test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 5-8 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 164-170.)

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{S^2_1}{n_1} + \frac{S^2_2}{n_2}}}$$

$$\text{โดย } df = \frac{\left[\frac{S^2_1}{n_1} + \frac{S^2_2}{n_2} \right]^2}{\left[\frac{\frac{S^2_1}{n_1}}{n_1 - 1} + \frac{\frac{S^2_2}{n_2}}{n_2 - 1} \right]}$$

เมื่อ t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t – distribution
$\bar{x}_1$ และ $\bar{x}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามลำดับ
S^2_1 และ S^2_2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามลำดับ
n_1 และ n_2	แทน	จำนวนข้อมูลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามลำดับ
df	แทน	ค่าความอิสระ (Degree of freedom)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการนวดที่มีต่อการแก้ไขความเครียดและความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกมาคลอดที่ห้องคลอดวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับโปรแกรมการนวดและกลุ่มควบคุม 30 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
s	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาการแจกแจงแบบที (t-distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็น (Probability)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูปการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการคลอด โดยแสดงเป็นความถี่และร้อยละ นำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการแก้ไขความเครียดและความเจ็บปวดภายในกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

2.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการแก้ไขความเครียดก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนการทดลอง และหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการแก้ไขความเครียดและความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

3.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดก่อนทดลองและภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนทดลองและภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการคลอด

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า 20	10	33.33	6	20.00
20 – 25	11	36.66	12	40.00
26 – 30	6	20.00	8	26.66
31 – 35	3	10.00	4	13.33
	min = 17	max = 32	min = 16	max = 35
	$\bar{X} = 22.87$	S = 4.64	$\bar{X} = 24.33$	S = 5.42
สถานภาพสมรส				
คู่	28	93.33	28	93.33
หย่า, แยก	2	6.66	2	6.66

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	7	23.33	6	20.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	36.66	15	50.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย / อาชีวศึกษา	8	26.66	9	30.00
ปริญญาตรี	3	10.00	0	0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.33	0	0
อาชีพ				
รับจ้างทั่วไป	9	30.00	13	43.33
รับจ้างบริษัท	4	13.33	3	10.00
รับราชการ / พนักงาน-รัฐวิสาหกิจ	1	3.33	0	0
ค้าขาย	2	6.66	3	10.00
แม่บ้าน	12	40.00	10	33.33
นักเรียน / นักศึกษา	2	6.66	1	3.33
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	4	13.33	3	10.00
5,000 – 10,000 บาท	5	16.66	7	23.33
10,001 – 15,000 บาท	10	33.33	13	43.33
15,001 – 20,000 บาท	7	23.33	7	23.33
มากกว่า 20,000 บาท	4	13.33	0	0

จากตาราง 1 พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นดังนี้

อายุ

กลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 22.87 ปี เมื่อจำแนกช่วงอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 20 – 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.66 รองลงมาอายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33

กลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 24.33 ปี เมื่อจำแนกช่วงอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 20 – 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาอายุ 26 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.66

สถานภาพสมรส

กลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีเพียงร้อยละ 6.66 มีสถานภาพสมรสหย่า

กลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 93.33 และมีเพียงร้อยละ 6.66 ที่มีสถานภาพสมรสหย่าหรือแยกทางกัน

ระดับการศึกษา

กลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 36.66 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษาตอนปลาย หรืออาชีวศึกษาคิดเป็นร้อยละ 26.66

กลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 50.00 และรองลงมาเป็นมัธยมศึกษาตอนปลายหรืออาชีวศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.00

อาชีพ

กลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงามีอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 30.00

กลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงามีอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 33.33

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

กลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมา 15,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 23.33

กลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมา 5,000 – 10,000 บาท และ 15,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 23.33

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามข้อมูลการคลอด

ข้อมูลการคลอด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์				
< 4	1	3.33	6	20.00
≥ 4	29	96.66	24	80.00
น้ำหนักทารก (กรัม)				
2,500 – 3,000	17	56.66	13	43.33
> 3,000	13	43.33	17	56.66
	min = 2,700	max = 35	min = 2,500	max=3,550
	$\bar{X}$ = 3,068.33	S = 221.46	$\bar{X}$ = 3,131	S = 265.65
Apgar score (1 นาทีแรก)				
8	1	3.33	1	3.33
9	13	43.33	14	46.66
10	16	53.33	15	50.00
	min = 8	max = 10	min = 8	max = 10
	$\bar{X}$ = 9.50	S = .57	$\bar{X}$ = 9.46	S = .57
ระยะเวลาเริ่มเจ็บครรภ์จนถึงคลอด (ชั่วโมง)				
6 – 7	2	6.66	2	6.66
8 – 10	21	70.00	16	53.33
11 - 12	7	23.33	11	36.66
> 12	0	0	1	3.33
	min = 6	max= 11.40	min = 7.50	max= 12.42
	$\bar{X}$ = 9.02	S = 1.20	$\bar{X}$ = 10.03	S = 1.15
ลักษณะการนิ้กดของถุงน้ำคร่ำ				
ARM (เจาะถุงน้ำ)	20	66.66	22	73.33
SRM (ถุงน้ำแตกเอง)	10	33.33	8	26.66

จากตาราง 2 พบว่าข้อมูลการคลอดของกลุ่มตัวอย่างเป็นดังนี้
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์

กลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 96.66 และร้อยละ 3.33 มีการฝากครรภ์ต่ำกว่า 4 ครั้ง

กลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์ 4 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 80 และฝากครรภ์ต่ำกว่า 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 20.00

น้ำหนักทารก

กลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกเท่ากับ 3,068.33 กรัม เมื่อจำแนกกลุ่มน้ำหนัก พบว่าส่วนใหญ่ทารกมีน้ำหนัก 2,500 – 3,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 56.66 และมีน้ำหนักมากกว่า 3,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 43.33

กลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกเท่ากับ 3,131.00 กรัม เมื่อจำแนกตามกลุ่มน้ำหนัก พบว่าส่วนใหญ่ทารกมีน้ำหนักมากกว่า 3,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 56.66 และมีน้ำหนัก 2,500 – 3,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 43.33

Apgar score (1 นาทีแรก)

กลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ย Apgar score เท่ากับ 9.50 คะแนน เมื่อจำแนกระดับคะแนนพบว่าส่วนใหญ่ทารกมี Apgar score 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมา 9 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 43.33

กลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ย Apgar score เท่ากับ 9.47 คะแนน เมื่อจำแนกระดับคะแนนพบว่าส่วนใหญ่ทารกมี Apgar score 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา 9 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 46.66

ระยะเวลาเริ่มเจ็บครรภ์จนถึงคลอด

กลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาเจ็บครรภ์จนถึงคลอดเท่ากับ 9 ชั่วโมง 1 นาที เมื่อจำแนกช่วงระยะเวลาเริ่มเจ็บครรภ์จนถึงคลอด พบว่าส่วนใหญ่ใช้เวลาในการคลอด 8-10 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาใช้เวลา 11 – 12 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 23.33 ส่วนร้อยละ 6.66 ใช้เวลา 6 – 7 ชั่วโมง

กลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาเจ็บครรภ์จนถึงคลอดเท่ากับ 10 ชั่วโมง 2 นาที เมื่อจำแนกช่วงระยะเวลาเริ่มเจ็บครรภ์จนถึงคลอด พบว่าส่วนใหญ่ใช้เวลาในการคลอด 8 – 10 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาใช้เวลา 11 – 12 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 36.66 และใช้เวลา 6 – 7 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 6.66 ที่เหลือใช้เวลามากกว่า 12 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 3.33

ลักษณะการฝึกหัดของถุงน้ำคร่ำ

กลุ่มทดลอง พบว่ามีการเจาะถุงน้ำ ร้อยละ 66.66 และถุงน้ำแตกเอง ร้อยละ 33.33

กลุ่มควบคุม พบว่ามีการเจาะถุงน้ำ ร้อยละ 73.33 และถุงน้ำแตกเอง ร้อยละ 26.66

ตอนที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียด และความเจ็บปวดภายในกลุ่มตัวอย่าง

2.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละภายในกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามระดับการเผชิญความเครียดก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองและจำแนกตามระยะการคลอด

ระยะการคลอด	การทดลอง	เผชิญความเครียด	เผชิญความเครียด	เผชิญความเครียด
		ไ้ระดับสูง	ไ้ระดับปานกลาง	ไ้ระดับต่ำ
		n (ร้อยละ)	n (ร้อยละ)	n (ร้อยละ)
ระยะแรกรับ				
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	23 (76.66)	6 (20.00)	1 (3.33)
	หลังการทดลอง	29 (96.66)	1 (3.33)	0
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	24 (80.00)	6 (20.00)	0
	หลังการทดลอง	24 (80.00)	6 (20.00)	0

ตาราง 3 (ต่อ)

ระยะการคลอด	การทดลอง	เผชิญความเครียด	เผชิญความเครียด	เผชิญความเครียด
		ได้ระดับสูง	ได้ระดับปานกลาง	ได้ระดับต่ำ
		n (ร้อยละ)	n (ร้อยละ)	n (ร้อยละ)
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.				
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	23 (76.66)	6 (20.00)	1 (3.33)
	หลังการทดลอง	30 (100.00)	0	0
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	22 (73.33)	7 (23.33)	1 (3.33)
	หลังการทดลอง	20 (66.66)	9 (30.00)	1 (3.33)
ระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม.				
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	1 (3.33)	7 (23.33)	22 (73.33)
	หลังการทดลอง	8 (26.66)	21 (70.00)	1 (3.33)
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	1 (3.33)	13 (43.33)	16 (53.33)
	หลังการทดลอง	0	5 (16.66)	25 (83.33)
ระยะปากมดลูกเปิด 8-9 ซม.				
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	0	0	30 (100.00)
	หลังการทดลอง	0	3 (10.00)	27 (90.00)
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	0	1 (3.33)	29 (96.66)
	หลังการทดลอง	0	0	30 (100.00)

จากตาราง 3 พบว่า

ระยะแรกเริ่ม

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองร้อยละ 76.66 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับสูง ร้อยละ 20.00 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับปานกลาง และร้อยละ 3.33 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับต่ำ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองเกือบทั้งหมดร้อยละ 96.66 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับสูง

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองร้อยละ 80.00 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับสูงร้อยละ 20.00 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองการเผชิญความเครียดเท่าเดิม

ระยะปากมดลูกเปิด 3 – 4 ซม.

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองร้อยละ 76.66 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับสูง ร้อยละ 20.00 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 3.33 ที่

สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับต่ำ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองทั้งหมดสามารถเผชิญความเครียดได้ระดับสูง

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองร้อยละ 73.33 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับสูง ร้อยละ 23.33 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับปานกลาง และร้อยละ 3.33 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับต่ำ ภายหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมสามารถเผชิญความเครียดได้ระดับสูงลดลง

ระยะปากมดลูกเปิด 5 – 7 ซม.

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองร้อยละ 3.33 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับสูง ร้อยละ 23.33 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับปานกลาง และร้อยละ 73.33 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับต่ำ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองสามารถเผชิญความเครียดได้ระดับสูง และระดับปานกลางเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 26.66 และร้อยละ 70.00 ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองร้อยละ 3.33 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับสูง ร้อยละ 43.33 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับปานกลาง และร้อยละ 53.33 สามารถเผชิญความเครียดได้ระดับต่ำ ภายหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมสามารถเผชิญความเครียดได้ระดับปานกลางและระดับต่ำมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 16.66 และร้อยละ 83.33 ตามลำดับ

ระยะปากมดลูกเปิด 8 – 9 ซม.

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองสามารถเผชิญความเครียดได้ระดับต่ำทั้งหมด ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองสามารถเผชิญความเครียดได้ระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 10.00 และสามารถเผชิญความเครียดได้ระดับต่ำลดลงคิดเป็นร้อยละ 90.00

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองสามารถเผชิญความเครียดได้ระดับต่ำเกือบทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 96.66 ภายหลังการทดลองกลุ่มควบคุมทั้งหมดสามารถเผชิญความเครียดได้ระดับต่ำ

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามระยะการคลอด

ระยะการคลอด	การทดลอง	n	$\bar{X}$	s	df	t	P
ระยะแรกครับ							
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	30	7.37	1.52	29	5.46***	< .001
	หลังการทดลอง	30	7.93	1.17			
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	30	7.50	1.33	29	1.00	.326
	หลังการทดลอง	30	7.47	1.33			
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.							
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	30	7.13	1.52	29	10.42***	< .001
	หลังการทดลอง	30	9.10	0.76			
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	30	7.17	1.46	29	2.34*	.026
	หลังการทดลอง	30	6.87	1.65			
ระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม.							
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	30	3.10	1.65	29	23.31***	< .001
	หลังการทดลอง	30	5.47	1.59			
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	30	3.70	1.34	29	6.06***	< .001
	หลังการทดลอง	30	2.60	1.30			
ระยะปากมดลูกเปิด 8-9 ซม.							
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	30	0.87	0.78	29	16.28***	< .001
	หลังการทดลอง	30	2.60	0.67			
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	30	1.20	1.09	29	4.29***	< .001
	หลังการทดลอง	30	0.67	1.03			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 4 พบว่า

ระยะแรกรับ

กลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 1

กลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลองและก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.

กลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 2.1

กลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม.

กลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 3.1

กลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ระยะปากมดลูกเปิด 8-9 ซม.

กลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 4.1

กลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตาราง 5 จำนวนร้อยละภายในกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามระดับความเจ็บปวดก่อนการทดลองและหลังการทดลองและจำแนกตามระยะการคลอด

ระยะการคลอด	การทดลอง	เจ็บปวดมาก ที่สุดจน ทนไม่ได้	เจ็บปวดมาก	เจ็บปวด ปานกลาง	เจ็บปวดน้อย
		n (ร้อยละ)	n (ร้อยละ)	n (ร้อยละ)	n (ร้อยละ)
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.					
กลุ่มทดลอง	ก่อนการคลอด	0	6 (20.00)	21 (70.00)	3 (10.00)
	หลังการทดลอง	0	0	6 (20.00)	24 (80.00)
กลุ่มควบคุม	ก่อนการคลอด	0	11 (36.66)	18 (60.00)	1 (3.33)
	หลังการคลอด	0	11 (36.66)	18 (60.00)	1 (3.33)
ระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม.					
กลุ่มทดลอง	ก่อนการคลอด	0	30 (100.00)	0	0
	หลังการทดลอง	0	14 (46.66)	16 (53.33)	0
กลุ่มควบคุม	ก่อนการคลอด	3 (10.00)	27 (90.00)	0	0
	หลังการคลอด	9 (30.00)	21 (70.00)	0	0
ระยะปากมดลูกเปิด 8-9 ซม.					
กลุ่มทดลอง	ก่อนการคลอด	28 (93.33)	2 (6.66)	0	0
	หลังการทดลอง	15 (50.00)	15 (50.00)	0	0
กลุ่มควบคุม	ก่อนการคลอด	28 (93.33)	2 (6.66)	0	0
	หลังการคลอด	29 (96.66)	1 (3.33)	0	0

จากตาราง 5 พบว่า

ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองร้อยละ 20 มีระดับความเจ็บปวดมาก ร้อยละ 70 มีระดับความเจ็บปวดปานกลาง ร้อยละ 10 มีระดับความเจ็บปวดน้อย หลังการทดลองกลุ่มทดลองร้อยละ 20 มีระดับความเจ็บปวดปานกลาง และมีระดับความเจ็บปวดน้อย เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองร้อยละ 36.66 มีระดับความเจ็บปวดมาก ร้อยละ 60 มีระดับความเจ็บปวดปานกลาง และร้อยละ 3.33 มีระดับความเจ็บปวดน้อย หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีระดับความเจ็บปวดเท่าเดิม

ระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม.

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองทั้งหมดมีระดับความเจ็บปวดมาก หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดมากลดลง และมีระดับความเจ็บปวดปานกลางเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 46.66 และร้อยละ 53.33 ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ร้อยละ 90 มีระดับความเจ็บปวดมาก ร้อยละ 10 มีระดับความเจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีระดับความเจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 30.00

ระยะปากมดลูกเปิด 8-9 ซม.

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองเกือบทั้งหมดร้อยละ 93.33 มีระดับความเจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ลดลงเหลือร้อยละ 50.00

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมเกือบทั้งหมดร้อยละ 93.33 มีระดับความเจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีระดับความเจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 96.66

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนการทดลองและ
 ภายหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตาม
 ระยะการคลอด

ระยะการคลอด	การทดลอง	n	$\bar{X}$	s	df	t	P
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.							
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	30	5.33	1.35	29	17.35***	< .001
	หลังการทดลอง	30	2.33	1.15			
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	30	5.83	1.37	29	2.41*	.023
	หลังการทดลอง	30	6.00	1.39			
ระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม.							
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	30	8.40	.67	29	20.04***	< .001
	หลังการทดลอง	30	6.23	.97			
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	30	8.20	.89	29	6.06***	< .001
	หลังการทดลอง	30	8.97	.81			
ระยะปากมดลูกเปิด 8-9 ซม.							
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	30	9.93	.25	29	4.96***	< .001
	หลังการทดลอง	30	9.37	.72			
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	30	9.93	.25	29	1.00	.326
	หลังการทดลอง	30	9.97	.18			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 6 พบว่า

ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.

กลุ่มทดลองระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 2.2

กลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม.

กลุ่มทดลองระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 3.2

กลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ระยะปากมดลูกเปิด 8-9 ซม.

กลุ่มทดลองระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 4.2

กลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลองและก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดและความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

3.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามระยะการคลอด

ระยะการคลอด	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	s	df	t	P
ระยะแรกเริ่ม	กลุ่มทดลอง	30	7.36	1.52	58	.36	.719
	กลุ่มควบคุม	30	7.50	1.33			
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.	กลุ่มทดลอง	30	7.13	1.52	58	.09	.931
	กลุ่มควบคุม	30	7.16	1.46			

ตาราง 7 (ต่อ)

ระยะการคลอด	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	s	df	t	P
ระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม.							
	กลุ่มทดลอง	30	3.10	1.64	58	1.55	.127
	กลุ่มควบคุม	30	3.70	1.34			
ระยะปากมดลูกเปิด 8-9 ซม.							
	กลุ่มทดลอง	30	.87	.78	58	1.36	.179
	กลุ่มควบคุม	30	1.20	1.09			

จากตาราง 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะแรกรับ ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม., 5-7 ซม. และ 8-9 ซม. ตามลำดับ

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการเผชิญความเครียดคล้ายคลึงกันทุกระยะ

ตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามระยะการคลอด

ระยะการคลอด	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	s	df	t	P
ระยะแรกรับ							
	กลุ่มทดลอง	30	7.93	1.17	58	1.44	.155
	กลุ่มควบคุม	30	7.47	1.33			
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.							
	กลุ่มทดลอง	30	9.10	.76	58	6.72***	< .001
	กลุ่มควบคุม	30	6.87	1.65			
ระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม.							
	กลุ่มทดลอง	30	5.47	1.59	58	7.63***	< .001
	กลุ่มควบคุม	30	2.60	1.30			

ตาราง 8 (ต่อ)

ระยะการคลอด	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	s	df	t	P
ระยะปากมดลูกเปิด 8-9 ซม.							
	กลุ่มทดลอง	30	2.60	.67			
	กลุ่มควบคุม	30	.67	1.03	58	8.61***	< .001

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 8 พบว่าในระยะแรกได้รับ หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 5

ในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 6.1

ในระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 7.1

ในระยะปากมดลูกเปิด 8-9 ซม. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 8.1

3.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่ม

ทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามระยะการคลอด

ระยะการคลอด	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	s	df	t	P
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.							
	กลุ่มทดลอง	30	5.33	1.35	58	1.43	.159
	กลุ่มควบคุม	30	5.83	1.37			
ระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม.							
	กลุ่มทดลอง	30	8.40	.67	58	.98	.330
	กลุ่มควบคุม	30	8.20	.89			
ระยะปากมดลูกเปิด 8-9 ซม.							
	กลุ่มทดลอง	30	9.93	.25	59	0	1.000
	กลุ่มควบคุม	30	9.93	.25			

จากตาราง 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. , 5-7 ซม. และ 8-9 ซม. ตามลำดับ

แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความเจ็บปวดคล้ายคลึงกันทุก ระยะ

ตาราง 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังการทดลองระหว่าง
กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จำแนกตามระยะการคลอด

ระยะการคลอด	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	s	df	t	P
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.							
	กลุ่มทดลอง	30	2.33	1.15	58	11.12***	< .001
	กลุ่มควบคุม	30	6.00	1.37			
ระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม.							
	กลุ่มทดลอง	30	6.23	.97	58	11.84***	< .001
	กลุ่มควบคุม	30	8.97	.81			
ระยะปากมดลูกเปิด 8-9 ซม.							
	กลุ่มทดลอง	30	9.37	.72	58	4.43***	< .001
	กลุ่มควบคุม	30	9.97	.18			

จากตาราง 10 พบว่าในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 6.2

ในระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 7.2

ในระยะปากมดลูกเปิด 8-9 ซม. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 8.2

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการนวดที่มีต่อการเผชิญความเครียดและความเจ็บปวด

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม

1. ในระยะแรกเริ่ม ภายหลังการสร้างสัมพันธภาพกลุ่มทดลองมีการเผชิญความเครียดดีกว่าก่อนสร้างสัมพันธภาพ

2. ในระยะปากมดลูกเปิด 3 - 4 เซนติเมตร ภายหลังการนวดกลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการนวด

2.1 การเผชิญความเครียด

2.2 ความเจ็บปวด

3. ในระยะปากมดลูกเปิด 5 - 7 เซนติเมตร ภายหลังการนวดกลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการนวด

3.1 การเผชิญความเครียด

3.2 ความเจ็บปวด

4. ในระยะปากมดลูกเปิด 8 - 9 เซนติเมตร ภายหลังการนวดกลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการนวด

4.1 การเผชิญความเครียด

4.2 ความเจ็บปวด

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

5. ในระยะแรกเริ่ม ภายหลังการสร้างสัมพันธภาพกลุ่มทดลองมีการเผชิญความเครียดดีกว่ากลุ่มควบคุม

6. ในระยะปากมดลูกเปิด 3 - 4 เซนติเมตร ภายหลังการนวดกลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

6.1 การเผชิญความเครียด

6.2 ความเจ็บปวด

7. ในระยะปากมดลูกเปิด 5 – 7 เซนติเมตร ภายหลังจากการนวดกลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

7.1 การเผชิญความเครียด

7.2 ความเจ็บปวด

8. ในระยะปากมดลูกเปิด 8 – 9 เซนติเมตร ภายหลังจากการนวดกลุ่มทดลองมีตัวแปรต่อไปนี้เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

8.1 การเผชิญความเครียด

8.2 ความเจ็บปวด

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรก ประกอบด้วยกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมการนวด และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ โดยทั้งสองกลุ่มได้บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และได้รับการประเมินโดยใช้แบบสังเกตการเผชิญความเครียด รวมทั้งทำแบบวัดความเจ็บปวดทั้งก่อนและหลังการทดลองวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มี 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการคลอด

ส่วนที่ 2 แบบสังเกตการเผชิญความเครียด การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ 0, 1, 2 โดยให้ตามพฤติกรรมที่แสดงออก

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเจ็บปวด ให้คะแนนตามความรู้สึกเจ็บปวดของผู้คลอด โดยการเลื่อนแถบบนเส้นตรงที่มีตัวเลขกำกับ ระหว่าง 0-10

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือแบบแผนการนวด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสังเกตการเผชิญความเครียด และแบบวัดความเจ็บปวดทั้งก่อนและหลังการทดลอง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทาง

สถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และทดสอบสมมติฐานโดยยอมรับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการคลอด โดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียด และความเจ็บปวดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (Paired sample t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียด และความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติที (Independent t-test)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุ 20 – 25 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีอาชีพแม่บ้านและรับจ้างทั่วไป มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-15,000 บาท จำนวนการฝากครรภ์ มากกว่า 4 ครั้ง น้ำหนักของทารก 2,500 – 3,000 กรัม Apgar score 1 นาทีแรก 10 คะแนน โดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนถึงคลอด 9-10 ชั่วโมง และส่วนใหญ่ได้รับการเจาะถุงน้ำ
2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในระยะต่าง ๆ พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร, 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานทั้งหมดคือข้อ 1, 2.1, 3.1 และ 4.1
3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในระยะต่าง ๆ พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร, 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานทั้งหมดคือข้อ 2.2, 3.2 และ 4.2
4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะต่าง ๆ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร, 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐาน 3 ข้อ คือข้อ 6.1, 7.1 และ 8.1 แต่ในระยะแรกเริ่มไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 5

5. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะต่าง ๆ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร, 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานทั้งหมดคือ ข้อ 6.2, 7.2 และ 8.2

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการนวดที่มีต่อการเผชิญความเครียด และความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ระยะแรกเริ่ม กลุ่มทดลองภายหลังการสร้างสัมพันธภาพพบว่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนสร้างสัมพันธภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อธิบายได้ว่า ในระยะนี้ความเครียดของผู้คลอดเกิดขึ้นเนื่องจากการขาดความรู้ หรือได้รับคำแนะนำไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด ความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีสร้าง สัมพันธภาพด้วยการประคับประคองทางด้านจิตใจในระยะแรกเริ่ม กล่าวต้อนรับด้วยน้ำเสียงที่ อ่อนน้อม ท่าที่เป็นมิตร พูดคุยเป็นกันเอง ให้ความรู้และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในแต่ละระยะของการคลอด ให้กำลังใจ และคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งสคิปเปอร์ (Skipper, 1965 : 61-80) กล่าวว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสมจะมีผลช่วยลดความกลัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วย และการให้ความกระจ่าง เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นให้ผู้คลอดได้รับรู้ตามความเป็นจริงจะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลจากสิ่งที่ไม่รู้และคาดคิดเอาเองโดยไม่ถูกต้อง (Aguilera & Messick. 1982 : 63-64) นอกจากนี้การให้กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อนคอยดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทำให้ผู้คลอดเกิดความไว้วางใจ รู้สึกมั่นใจและปลอดภัยดังคำกล่าวของ อกิลเลอรา และเมสสิก (Aguilera & Messick. 1982 : 63-64) ว่า การช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเพียงพอโดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นผู้ อยู่ใกล้ชิดกับผู้คลอดตลอดเวลา ควรจะให้การดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจ ปลอดภัยให้ผู้คลอดสามารถแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดความ สมดุลและเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็ง

ผลการวิเคราะห์ในระยะแรกเริ่ม ถึงแม้คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองภายหลังการสร้างสัมพันธภาพสูงกว่าก่อนการสร้างสัมพันธภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพในผู้คลอดใช้เวลาเพียง 30 นาที ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการสร้างสัมพันธภาพทุกคน ส่วน

กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งจะได้รับการสร้างสัมพันธภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์แรกเริ่มจากเจ้าหน้าที่ประจำตึก

2. ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร, 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังการนวด มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดและความเจ็บปวดดีกว่าก่อนการนวดทุกระยะ และดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติทุกระยะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ขณะเดียวกันกลุ่มควบคุมมีการเผชิญความเครียดและความเจ็บปวดตามธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด คือรุนแรงมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาในการคลอดของกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุม คือ 9 ชั่วโมง 1 นาที และ 10 ชั่วโมง 2 นาที ตามลำดับ

อธิบายได้ว่า ความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ และการเปิดขยายของปากมดลูกโดยจะเกิดบริเวณกระดูกกันบกแล้วแผ่ไปหลัง กัน และหน้าขา นอกจากนี้ผู้คลอดจะมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยที่พบว่า เมื่อระยะปากมดลูกเปิดมากขึ้น จาก 3-4 เซนติเมตรเป็น 5-7 เซนติเมตร และ 8-9 เซนติเมตร กลุ่มตัวอย่างจะมีการเผชิญความเครียดที่ต่ำลงและจะมีความเจ็บปวดสูงขึ้นตามลำดับ ตามธรรมชาติของการเจ็บครรภ์คลอด จากการศึกษาของดิคริต (Dick-Read. 1984 : 196-197) พบว่าความวิตกกังวล ความกลัวของสตรีในระยะเจ็บครรภ์คลอดจะกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงเครียด และความเครียดก็เป็นสิ่งส่งเสริมให้เกิดความเจ็บปวดทวีความรุนแรงขึ้น ทำให้รบกวนต่อการไหลเวียนของกระแสโลหิต และการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูก ซึ่งจะเป็นแรงต้านทำให้ปากมดลูกเปิดช้า และเกิดความเจ็บปวดในขณะที่มดลูกบีบรัดตัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีการนวดตามแบบแผนการนวด โดยทำการนวดบริเวณกันบก สะโพก และหลัง ขณะมดลูกหดตัว และหยุดนวดเมื่อมดลูกคลายตัว เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการผ่อนคลายอย่างเต็มที่ จากการศึกษาของลองเวิร์ท (Longworth. 1982 : 45-46) กล่าวว่า การนวดหลังห่างจากปุ่มกระดูกสันหลังช่วงละ 2 นิ้วฟุต ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง กล้ามเนื้อคลายตัว หลอดเลือดขยายตัว การไหลเวียนโลหิต ดีขึ้นและลดความเจ็บปวดได้ ความกลัว ความตึงเครียด ความเจ็บปวด (Fear – Tension – Pain Syndrome) จะเป็นกลุ่มอาการที่เป็นวงจรต่อเนื่อง ซึ่งการนวดจะมีผลในการขัดขวางวงจรนี้ ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ลดความเครียด และบรรเทาความเจ็บปวดได้ในที่สุด อีกทั้งการนวดบริเวณที่เจ็บปวดสามารถลดปวดได้ตามทฤษฎีควบคุมประตู และยังเป็นการกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารเอนโดर्फิน (Endorphin) (สมปอง ใช้หวาพริบ. 2543 : 26-31) ทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดลดลงและส่งผลให้ความเครียดลดลงด้วยเช่นกัน ซึ่งผลจากผู้วิจัยนำโปรแกรมการนวดมาใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ พบว่าก่อนทำการนวดผู้คลอดบางรายเจ็บครรภ์ถี่ ดันรน กระสับกระส่าย ร้องเอะอะโวยวาย ขอความช่วยเหลือตลอดเวลาเมื่อผู้วิจัยเข้าไปพูดคุยและได้

ทำการนัดตามขั้นตอน ผู้คลอดมีอาการสงบนิ่ง พูดคุยได้ด้วยน้ำเสียงปกติและรู้สึกพึงพอใจเป็นอย่างมาก นอกจากนี้การนัดเป็นการสัมผัสที่สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้ผู้คลอดรู้สึกว่าได้อยู่ตามลำพัง และเกิดความมั่นใจซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไวท์ (White. 1988 : 63) ที่กล่าวว่า การสัมผัสก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยทั้งด้านการรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ การสัมผัสจากการนัดจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ไม่รู้สึกวุ่นวาย ทนทุกข์ทรมาน แสดงถึงความเอื้ออาทรซึ่งจะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล มีความมั่นคงทางอารมณ์ เห็นคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่น ยอมรับความจริงสามารถปรับตัวได้ดี ควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการออกเสียง ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านการควบคุมการหายใจ ด้านการแสดงออกทางใบหน้า และด้านคำพูด รวมทั้งสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชาว วาง และเชน (Chang, Wang & Chen. 2002 : 68-73) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการนัดต่อความเจ็บปวด และความวิตกกังวลในระหว่างการคลอด ผลการวิจัยพบว่าความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในกลุ่มที่ได้รับการนัดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของฉวี เบาทรวง (2526 : ข-ค) ที่ศึกษาผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติด้วยอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด ผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลลดลง และมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในระยะคลอดดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ปัญจะ (2535 : ก-ข) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกเพื่อการคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะเจ็บครรภ์ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การสร้างสัมพันธภาพในระยะแรกเริ่มมีผลต่อการเผชิญความเครียด และการนัดมีผลต่อการเผชิญความเครียดและการเจ็บปวดทุกระยะของการเจ็บครรภ์คลอด

ข้อเสนอแนะ

สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ที่มรสุมภาพเห็นความสำคัญของการนัด เพื่อนำมาใช้ร่วมกับการพยาบาลอื่น ๆ โดยจัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคนให้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันเพื่อช่วยลดความเครียดและความเจ็บปวดในขณะเจ็บครรภ์คลอด ตลอดจนสามารถควบคุม พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในขณะเผชิญความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด ทั้งยังเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนัดในระยะเจ็บครรภ์คลอดที่มีผลต่อสตรีวิทยาในด้านอื่นๆ เช่น การเปิดขยายของปากมดลูก ระยะเวลาในการคลอด เป็นต้น เพื่อพัฒนาและส่งเสริมการนัดในระยะเจ็บครรภ์คลอดให้มากขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรกฎ เห็นแสงวิไล. (2544). *กายภาพบำบัดในสุขภาพสตรี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมสุขภาพจิต. (2540). *คู่มือคลายเครียด*. กรุงเทพฯ : บริษัทสยามเอ็มแอนด์บี พับลิชชิ่ง จำกัด.
- กรรณิการ์ กันธรักษา. (2531). *การพยาบาลด้านจิต-สังคมในระยะตั้งครรภ์*. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัญญา ดีวิเศษ. (2538). *คู่มือการอบรมการแพทย์แผนไทย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กาญจนา บุญทับ. (2534). *ปัจจัยพื้นฐานบางประการแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์*. ปรินูญานิพนธ์. วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชนิษฐา ไตรรัตนากุล. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความผูกพันระหว่างมารดาและบุตรในระยะตั้งครรภ์ของหญิงครรภ์แรก ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี*. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (อนามัยครอบครัว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- โครงการฟื้นฟูการนวดไทย. (2535). *คู่มือการนวดไทยในการสาธารณสุขมูลฐาน*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โครงการฟื้นฟูการนวดไทย.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. (2531, เมษายน – มิถุนายน). “แรงสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์และการนำไปใช้”, *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 6 : 96-105.
- จารุวรรณ รังสิยานนท์. (2540). *ผลของการเตรียมหญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์*. ปรินูญานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา บ้านแก่ง. (2533). *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเจ็บปวดในระยะคลอด*. กรุงเทพฯ : คณะกรรมการพัฒนาตำราสาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. (2533). *เครียดจริงหนอเมื่อต้องดูแลเด็กใกล้ตาย : กลวิธีแก้ไขวารสารคณะพยาบาลศาสตร์*. 13(1) : 17-27.
- จิราพร วรวงศ์. (2544). *การพยาบาลสูติศาสตร์ 2*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัทประชุมช่าง จำกัด.

- เจียงคำ อินทวิชัย. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรัง. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เจียรนัย โพธิ์ไทรย์. (2544). หลักการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเอง. เชียงใหม่ : แพรการพิมพ์. หน้า 64-65.
- เจือจันทร์ วัณกัเจริญ. (2534). เปรียบเทียบผลการนวดไทยประยุกต์กับการกินยาพาราเซตามอลต่อระดับการปวดศีรษะ และระยะเวลาที่ปวดศีรษะลดระดับลงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ฉวี เบาทรวง. (2526). ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชอลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2534). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ทำปกเจริญผล.
- จิตติพร อิงคถาวรวงศ์. (2540). อันตรายในระยะคลอด การประเมินและการพยาบาล. สงขลา : ภาควิชาการพยาบาลสูติรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดรรชนี ลิ้มประเสริฐ. (2539). ผลของดนตรีต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. ปรินูญานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ทัศนีย์ ปัญจะ. (2535) ประสิทธิภาพของการเตรียมหญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในระยะเจ็บครรภ์ โรงพยาบาลแม่และเด็ก นครสวรรค์. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นักวิจัยระดับปฏิบัติการ รุ่น 8. (2545). การนวดไทยในแหล่งท่องเที่ยวชายหาด : กรณีชายหาดเมืองพัทยา จ.ชลบุรี ปี 2545. กลุ่มงานฝึกอบรมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). “จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข,” ในเอกสารการสอน
ชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
ชวนพิมพ์. หน้า 594.
- บุญสืบ โสโสม. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความ
เจ็บปวดกับระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด. ปรินุญานิพนธ์ พย.ม.
(การพยาบาลแม่และเด็ก) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่าย
เอกสาร.
- ปฐมพร เดียวทิพย์สุคนธ์. (2544). การพยาบาลสูติศาสตร์ 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :
บริษัทประชุมช่าง จำกัด.
- ปิยะเนตร กาญจนเจริญ. (2541). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของหญิง
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงขณะพักรักษาในโรงพยาบาล. ปรินุญานิพนธ์ พย.ม.
(การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2543). “การเข้าใจความเจ็บปวดของผู้ป่วย,” วารสารคณะพยาบาล-
ศาสตร์. 3 หน้า 7-22.
- พรรณิภา รักษ์กุล. (2537). ผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการ
เผชิญความเจ็บปวดของสตรีที่มีครรภ์ในระยะคลอด และเจตคติที่มีต่อการคลอด.
ปรินุญานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรณี ฉันทประดับ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การ
สนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ
เสี่ยง. ปรินุญานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2531). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์เจริญผล.
- มัทนา กัลยา. (2540). ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความ
เจ็บปวดของหญิงครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด. ปรินุญานิพนธ์ วท.ม.
(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยุวดี ทรัพย์ประเสริฐ. (2541). ผลของการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด
โดยไม่ใช้ยาต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลารอด
และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. ปรินุญานิพนธ์ พย.ม.
(การพยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ถ่ายเอกสาร.

- รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์. (2530). ผลของการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาสซต่อพฤติกรรม
เผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและ
ทารก. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เรณู มีชนะ. (2544). เปรียบเทียบผลการนวดไทยประยุกต์กับการใช้ยาพาราเซตามอลใน
บุคคลที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม.
(สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2531). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1
กรุงเทพฯ : ภาควิชาการวัดผลและวิจัยศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สลิกา เพือกโสภณ. (2539). ประสิทธิผลของการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนดเพื่อ
พัฒนาความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของหญิงครรภ์
แรกในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (อนามัยครอบครัว).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- วิจิตรา กุสมภ์. (2532). ผลของการกดจุดและนวดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วย
ปวดหลังส่วนล่าง. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- วิบุรโยคะ รัตนรังษี. (2545). ตำราการนวดบรรเทา – รักษาโรคฉบับสมบูรณ์สุดยอด.
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ปริมิต. หน้า 79.
- วินัส จัตรชลลักษณ์. (2543). ผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมเตรียมคลอดต่อ
ทักษะการควบคุมตนเองในระยะคลอดของสตรีครรภ์แรก สถานส่งเสริมอนามัย
แม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม.
(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล. (2543). สูติศาสตร์. ภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา คณะ
แพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- ศิริรัช ศิริตันดิวัฒน์. (2534). ผลการให้การสนับสนุนอย่างมีแบบแผนต่อการลดความวิตก
กังวลและเพิ่มการปรับตัวต่อการเป็นบทบาทมารดาในมารดาทารกคลอดก่อน
กำหนด. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ศิริวรรณ ขอบธรรม. (2536). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีในการในการดูแลสุขภาพตนเองและลดความวิตกกังวลของมารดาขณะตั้งครรภ์* ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ราชบุรี. ปรินิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ และคณะ. (2535, กรกฎาคม – ธันวาคม). “การศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาน้ำมอร์ฟีนชนิดรับประทานในการบำบัดอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย,” *วารสารโรคมะเร็ง*. 18 : 85-94.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). “ความเครียดกับการดูแลตนเอง,” ใน *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง. หน้า 98-120.
- สมปอง ไข่มุขพิริบ. (2543). “การลดความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา,” *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 18(3) : 25-32.
- สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี. (2542). *ผลของการเตรียมก่อนคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียดและการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์*. ปรินิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สายสมร เดชคงเขียน. (2540). *นวดสัมผัสกาย-จิต เพื่อการบำบัดและความผ่อนคลาย*. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาณี กาญจนศร. (2535). *ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจในหญิงครรภ์แรกที่มีภาวะพรีอีคลัมเซีย : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี*. ปรินิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุบล นิวัติชัย. (2527). “ความเครียดกับการควบคุม,” ใน *หลักการพยาบาลจิตเวช ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. หน้า 149-157.
- อุไร นิโรธนันท์. (2539). *ผลของการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง*. ปรินิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุษา เชื้อหอม. (2534). *ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดระยะเวลาคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด*. ปรินิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- Affonso DD. (1979). Application of psychosocial Concepts. In : *Childbearing : A nursing perspective*. 2nd ed. Philadelphia : F.A. Paris Company.
- Aguilera, D.C. and Messick, J.M.(1982). *Crisis intervention : Theory and methodology*. 4th ed. St. Louis : The C.V.Mosby Company.
- Anisfield, E. and Lipper, E. (1983). "Early Contact, Social Support and Mother – Infant Bonding," *Pediatrics*. 72 : 78-83.
- Barbara, S. (1984, March). "Control of Pain in Labour," *Nursing Mirror*. 7 : 31-33.
- Barrera, M. (1982). "Social Support in the Adjustment of Pregnant Adolescents : Assesment Issues," In *Social Networks and Social Support*. 69-96.
- Barton, S. (2004). "Preparation for labour", In *Physiotherapy in Obstetrics and Gynaecology*. (2nd ed.) Edinburgh : Butterworth Heinemann.
- Billing, G.A. and Moos, R.H. (1985). "The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events," *Journal of Behavior Midicine*. 8 : 139-157.
- Benson, R.C. and Pernoll, M.L. (1994). *Handbook of Obstetrics and Gynaecology*. 9th ed. Singapore : Mc.Graw Hill Inc.
- Bonica JJ, McDonald JS. (1990). The Pain of Childbirth. In : *The Management of Pain*. 2nd ed. Philadelphia : Lea & Febiger Ltd.
- Boss, B.J. (1992). Nursing Assessment and Role in Management : Pain. In *Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical problems*. 3rd ed. St. Louis : Mosby Year Book.
- Brackbill, Y. Rice, J. and Young, D. (1984). *The Legal Low – Down on High – Teach Obstretics*. St. Louis : The C.V. Mosby Company.
- Brownridge, P. (1988). Pain relief in labour. *Medical Progress*. 15 : 51-61.
- Byass, R. (1988, June). "Sooting Body and Soul," *Nursing Times*. 24 : 39-41.
- Cahill, C.A. (1989, July – August). "Beta Endorphin Level During Pregnancy and Labour : A Role in Pain Modulation," *Nursing Research*. 38 : 200-203.
- Capenito, L.J. (1193). *Nursing diagnosis application to clinical practice*. 5th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Co.

- Clark, A.L. Affonso, D.D. and Harris, T.R. (1979). *Childbearing : A Nursing Perspective*. 2nd ed. Philadelphia : F.A. Davis Co.
- Chang M. – Y., Wang S-Y. & Chen C.- H (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour : a randomized controlled trail in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*. 38(1) : 68-73.
- Charles, A.G, et al. (1978). Obstetrics and psychological of psychoprophylatic preparation for childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 131 : 44-52.
- Chasnov, M. and Clark, S. (1988). "Restorative Massage," In *Healing Sport Injuries : A Hands On Guide to Restorative Massage and Exercise*. New York : Fawcett columbine.
- Cobb, S. (1976, September – October). "Social Support as a Moderator of Life Stress," *Psychosomatic Medicine*. 38 : 300-313.
- Cohen, S. and T.A. Wills. (1985, February). "Stress Social Support and The Buffering Hypothesis," *Psychological Bulletin*. 98 : 310-353.
- Dianhua, Deng, et al. (1986, June) "Observation on Combating Nausea by Finger Pressure on the Heya Point," *Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2 : 111-112.
- Dick – Read, G. (1984). *Childbirth Without Fear*. New York : Hapex and Rows.
- Donna C. Aguilera and Janice M. Messick. (1982). *Crisis Intervention Theory and Methodology*. 4th ed. St. Louis : The C.V. Mosby Co.
- Doohar, M.E. (1980, July). Lamaze method of childbirth. *Nursing Research*. 29 : 220-224.
- Doran, D.M.L. and Newell, D.J. (1975, April). "Manipulation in Treatment of Low Back Pain : A Multicentre Study," *British Medical Journal*. 2 : 161-164.
- Down-Wamboldt, B.L. (1991). Stress, emotion and coping : A study of elderly women with osteoarthritis. *Health Care for Women International*. 12 : 85-98.
- Ferrell – Torry, A.T. and Glick, O.J. (1993, February). "The Use of Therapeutic Masseur as a Nursing Intervention to Modify Anxiety and the Perception of Cancer Pain," *Cancer Nursing*. 16 : 93-101.

- Frian, M. & Valiga, T.M. (1981). The multiple dimensions of stress. In D.C. Sutterley & G.F. Donnelly (Eds). *Coping with Stress*. Rockville : Aspen.
- Geiringer, S.R. & De Lateur, B.J. (1990, March). "Physiatric Therapeutics," *Archives of Physical Medical and Relabilition*. 71 : S-264-S274.
- Guzzetta, C.E. (1989). Effect of relaxation and music therapy on patients in a coronary care unit. *Heart & Lung*. 18 : 609-615.
- Hanser, S.B. (1983). The effect of music on relaxation of expectant mothers during labour. *Journal of Music Therapy*. 20 : 50-58.
- Hassid P. (1984). *Textbook for Childbirth Educators*. 2nd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- House. (1981). Work stress and social support. *Readings*. M.A. : Addison Wesley.
- Jensen, M.D, et al. (1980). *Materinity Care*. 2nd ed. St. Louis : The C.V. Mosby.
- Jiaying, Weng, et al. (1986). The Mechanism and the Effects of Chinese Traditional Massage Treatment on Traumatic Lumbar Pain," *Journal of Traditional Chinese Medicine*. 3 : 168-170.
- Jimenez SLM. (1988). Supportive pain management strategies. In : *Childbirth – Education : Practice, Research and Theory*. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Joachim, Gloria. (1982, April). "Step- by – Step massage techniques," *Canadian Nursing*. 79 : 32-36.
- Johnson, J.E. (1993). Progressive relaxation and the sleep of older men and Women. *Journal of Community Health Nursing*. 10(1) : 1-38.
- Kahn, R.L. (1979). "Aging and Social Support," In *Aging from Birth to Death : Interdisciplinary Perspective*. Cororado : Westview Press.
- Kim Marie Falk, et al. (2003). "Assessment," Pain Management. (online).
From : URL : <http://www.nursece.com/onlinecourse/9004.html>. Accessed September 29, 2004.
- Knapp, M.E. (1982). "Massage", In *Krusen's Hanbook of Physical Medicine and Rehabilitation*. 3rd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York : Spring Publishing Company.
- Longworth, Judith C.D. (1982, July). "Psychophysiological effects of slow stroke back massage in normotensive," *Advance in Nursing Science*. 44-61.
- Magni, G. Rizzardo, R. and Adreoli, C. (1986). "Psychosocial Stress and Obstetric

- Complication," *Acta Obstet Gynecol Scand.* 65 : 273-276.
- Mandarino, M. and Beldek, V.M. (1984, January –February). Effect of Modeling and Information on Reaction To pain : A Childbirth Preparation Analogue. *Nursing Research.* 33 : 9-10.
- Manning, M.M. and Wright, T.L. (1983). "Self – efficacy expectancies, outcome expectancies, and persistence of pain control in childbirth," *J. pers. soc. Psychol.* 45 : 421-431.
- Melzack Ronald and Wall, Patrick D. (1965, November). "Pain Mechanism : A New Theory," *Science.* 19 : 971-972.
- Murray, R.b. & Zentner, J.P. (1993). *The Headaches.* New York : Raven Press.
- Norbeck, J.S. and Tilden, V.P. (1983). "Life Stress, Social Support and Emotional Disequilibrium in Complication of Pregnancy : A Prospective Multivariate Study," *Journal Health and Social Behavior.* 24 : 30-46.
- Nuckolls, K. Cassel, J. and Kaplan, B.H. (1972). "Psychosocial Assets, Life Crisis and the Prognosis of Pregnancy," *American Journal of Epidemiology.* 95 : 431-441.
- O' Hara, M.W. Rehm, L.P. and Campbell, S.B. (1983). "Postpartum Depression : A Role for social Network and Life Stress Variables," *Journal of Nerve Mental Disease.* 171 : 336-441.
- Peric – Knowlton, W. (1984). The understanding and management of acute pain in adult : the nursing contribution. *International Journal of Nursing Studies.* 21 : 131-143.
- Pillitteri, A. (1992). *Maternal and Child Health Nursing.* New York : J.B. Lippincott.
- _____. (1999). *Maternal and Child Health Nursing : Care of the Childbearing and Childbearing Family.* 3rd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Read, G.R. (1984). *Childbirth Without Fear.* New York : Harper & Rows Publishers. 196-208.
- Reeder, S.T. and Martin, L.L. (1987). *Maternity Nursing.* 16th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Selye, Hans. (1965). The Stress Syndrome. *American Journal of Nursing.* 65 : 97-99.
- _____. (1976). *The Stress of Life.* (Revised ed.) New York : McGraw Hill book.
- Sherwen, L.N. Scoveno, M.A. and Weingarten, C.T. (1991). *Nursing Care of the Childbearing Family.* Norwalk Appleton & Lange.

- Sims, S. (1986, November). "Slow Stroke Back Massage for Cancer Patients." *Nursing Times*. 82 : 47-50.
- Skipper, James K. (1965). "Communication and Hospitalized Patients," *Social Interaction and Patient Care*. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Standley, R. Soule, B. and Copans, S. (1979, September). "Dimention of Prenatal Anxiety and their Influence on Pregnancy Outcome," *American Journal Obstetrics Gynecology*. 135 : 22-26.
- Tilden, V.P. and Weinert, C. (1987, September). "Social Support and the Chronically ill Individual," *Nursing Clinics of North America*. 22 : 619-631.
- Wakin, K.G. (1980). "Physiologic Effects of Massage," In *Manipulation Traction and Massage*. 2nd ed. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Webster, Noah. (1986). *Webster's New Twentieth Century Dictionary of The English Language Unbridged*. 2nd ed. New York : The World Publishing.
- White, J.A. (1988, May). "Touching with Intent : Therapeutic Massage," *Holistic Nursing Practice*. 2 : 63-67.
- Wood, E.C. and Backer, P.D. (1981). *Beard's Massage*. 3rd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Yahia, C. and Ulin, P.R. (1965). Preliminary experience with a psychophysical program of prepared for childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 93 : 924-949.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

- รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ
- หนังสือราชการ
- เอกสารรับรองโครงการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายแพทย์เกษม แก้วเกียรติคุณ นายแพทย์ 8 วช. ประจำภาควิชา
สูติ-นรีเวช วิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักการแพทย์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภาพ ไทยแท้ อาจารย์ระดับ 8 ประจำภาควิชาการ
สูติ – นรีเวชศาสตร์ วิทยาลัย
พยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร
3. อาจารย์เกศแก้ว วิมณมาลา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
สูติ-นรีเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล
เกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร
4. นางสาวจริยา อู่สิงห์สวัสดิ์ นักกายภาพบำบัด 5 วิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักการแพทย์
5. นางสาวจิราพร กาญจนันท์ พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ประจำดีกตลอด
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์

ภาคผนวก ข

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- แบบบันทึกการเผชิญความเครียดและความเจ็บปวด
- แบบสังเกตการเผชิญความเครียดของผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอด
- แบบวัดความเจ็บปวด
- แบบแผนการหวด

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ID ☐ ☐☐ กลุ่มควบคุม☐ กลุ่มทดลอง

คำชี้แจง ให้บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด โดยเติมคำในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย
✓

ลงใน ☐ ที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้คลอด

ข้อมูลทั่วไป

- อายุ.....ปี (ระบุอายุปีเต็ม)
- สถานภาพสมรส
☐ คู่ ☐ หย่า, แยก
- ระดับการศึกษา
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย / อาชีวศึกษา ☐ ปริญญาตรี
☐ สูงกว่าปริญญาตรี
- อาชีพ
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ รับจ้างบริษัท ☐ รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ ค้าขาย ☐ เกษตรกรรม ☐ แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน
☐ อื่น ๆ
- รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท ☐ 5,000 – 10,000 บาท
☐ 10,001 – 15,000 บาท ☐ 15,001 – 20,000 บาท
☐ มากกว่า 20,000 บาท
- BP.....mmHg
- ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์.....Kg น้ำหนักก่อนคลอด.....Kg

ข้อมูลการคลอด

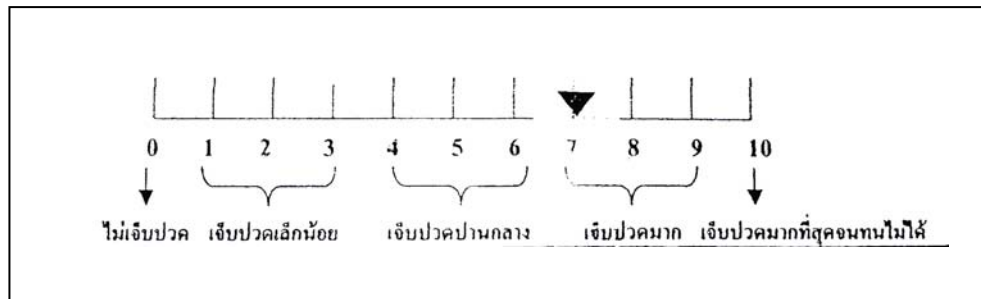
- อายุครรภ์.....สัปดาห์
- จำนวนการฝากครรภ์.....ครั้ง
- แรกรับ เวลา.....น. ปากมดลูกเปิด.....ซม.
- เริ่มเจ็บครรภ์จริงเวลา.....น.
- ปากมดลูกเปิดหมดเวลา.....น.
- คลอดเวลา.....น.
- น้ำหนักทารก.....gm. Apgar score

แบบสังเกตการเผชิญความเครียดของผู้คลอดในระยะเจ็บ ครรภ์คลอด

พฤติกรรม	ระดับคะแนน		
	2	1	0
1. ด้านการออกเสียง	- ไม่มีเสียงครางใด ๆ หรือพูดคุยด้วย น้ำเสียงปกติ หรือ ไม่มีเสียงร้องให้	- ร้องครางเบา ๆ หรือ พูดด้วยน้ำเสียงเบา หรือดังผิดปกติ พูด ตะคอก พูดห้วน หรือร้องไห้เสียงดัง ๆ	- ร้องครางเสียงดัง หรือเอะอะโวยวาย หรือร้องไห้เสียงดัง
2. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย	- นั่งหรือนอนอย่าง ผ่อนคลาย สงบ ไม่กระสับกระส่าย เปลี่ยนท่าทางอย่าง เหมาะสม	- เคลื่อนไหวส่วนหนึ่ง ส่วนใดของร่างกาย ด้วยความไม่สบาย เช่น เกร็งมือ เกร็ง เท้า กำมือ บิดมือ บิด เท้า มือยึดเกาะเตียง เป็นต้น	- เคลื่อนไหวร่างกาย อย่างกระสับกระส่าย เช่น บิดตัวไปมาหรือ เกร็งทั้งตัว
3. ด้านควบคุมการหายใจ	- ควบคุมการหายใจ สม่ำเสมอตลอดเวลาที่ มดลูกหดตัว	- ควบคุมการหายใจไม่ สม่ำเสมอ กลั้นหายใจ หรือหายใจเร็วบางครั้ง ขณะที่มดลูกหดตัว	- ไม่สามารถควบคุม การหายใจเร็วหรือ หายใจช้ากว่าปกติ ตลอดเวลา ขณะมดลูก หดตัว
4. ด้านการแสดงออกทางใบหน้า	- กล้ามเนื้อใบหน้าผ่อนคลาย สีหน้าเรียบเฉย หรือยิ้ม	- หลับตาปิดแน่น คิ้ว ขมวด เข้มปาก ขบ ริม ฝีปากเป็นบางครั้ง ขณะที่มดลูกหดตัว	- หลับตาแน่น คิ้วขมวด เข้มปากหรือขบริมฝี ปาก ตลอดเวลาที่ มดลูก หดตัว
5. ด้านคำพูด	- คำพูดที่แสดงถึงความ พยายาม ความอดทน พูดปลอบใจตนเอง หรือ เฉยๆ ไม่พูด	- พูดถึงความเจ็บ ปวดความไม่สบาย บ้าง หรือร้องขอความ ช่วยเหลือบ้าง เป็น บางครั้ง	- พูดอย่างหมดหวังซึ่ง แสดงว่าไม่สามารถทน ต่อไปอีกแล้ว หรือ ร้อง ขอความช่วยเหลือเกิน ความจำเป็นบ่อย

แบบวัดความเจ็บปวด

คำชี้แจง แบบวัดนี้เป็นแบบวัดความเจ็บปวดตามความรู้สึกของท่าน ตั้งแต่ไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดจนกระทั่งมีความเจ็บปวดจนรู้สึกทนไม่ได้ โปรดเลื่อนแถบบนเส้นตรงระหว่างเลข 0-10 ที่ใดก็ได้ที่ตรงกับความเจ็บปวดของท่านในขณะที่มดลูกหดตัวมากที่สุด



แบบแผนการนวด

1. บทนำ

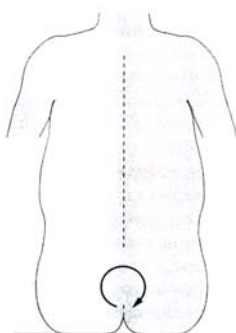
ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการนวดว่า ในระยะคลอดผู้คลอดจะเกิดความตึงเครียดและอาการเจ็บปวดมาก ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาของการหดรัดตัวของมดลูก การเคลื่อนต่ำของส่วนหน้าและการเปิดขยายของปากมดลูกจะทำให้ผู้คลอดมีอาการเจ็บปวดตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิด และจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งคลอดซึ่งจากการศึกษาของ ชาง วาง และเชน (Chang, Wang & Chen. 2002 : 68-73) พบว่า การนวดเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้คลอดลดความวิตกกังวลและลดความเจ็บปวดได้ในระยะคลอด โดยการนวดจะช่วยทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น มีการหลั่งสารที่ทำให้เกิดความสุข (Endorphin) นอกจากนี้การสัมผัสโดยการนวดนั้นสามารถทำให้ผู้คลอดสงบ ผ่อนคลาย ลดความกลัว ทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเครียดและความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

2. ขั้นตอนการนวด

จะเริ่มทำการนวดในขณะมดลูกหดรัดตัวและหยุดพักเมื่อมดลูกคลายตัว ในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. 5-7 ซม. และ 8-9 ซม. ตามลำดับ โดยจะใช้เวลาในการนวดแต่ละระยะนานประมาณ 20 นาที ซึ่งท่านวดและตำแหน่งในการนวดนั้นผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำราของบาตอน (Baton. 2004 : 181-182) และเจียรนัย โพธิ์ไทรย์ (2544 : 64) และฝึกอบรมกับอาจารย์จากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำมาใช้กับผู้คลอดโดยเฉพาะ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ท่าที่ 1 ตำแหน่งการนวดบริเวณ Lumbo sacral

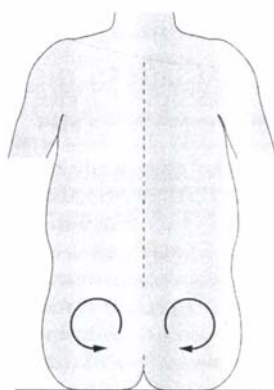
ท่านวด ผู้คลอดนอนตะแคง ผู้นวดใช้มือข้างใดข้างหนึ่ง กำมือหลวม ๆ เป็นลักษณะกำปั้นคลึงบริเวณ Lumbo sacral เป็นรูปวงกลมช้า ๆ และเล็ก ๆ อย่างสม่ำเสมอโดยเริ่มต้นในระยะมดลูกหดรัดตัวครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยใช้เวลารวมกันประมาณ 5 นาที หรือจนกว่ามดลูก คลายตัว



ตำแหน่งในการนวดท่าที่ 1

ท่าที่ 2 ตำแหน่งการนวดบริเวณ Sacroiliac joint

ท่านวด ผู้คลอदनอนตะแคง ผู้นวดใช้มือทั้ง 2 ข้าง กำมือหลวม ๆ เหมือนท่าที่ 1 คลึงบริเวณข้อต่อ Sacroiliac ทั้ง 2 ข้าง เป็นรูปวงกลมพร้อมกันช้า ๆ และลึก ๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยเริ่มในระยะมดลูกหดตัวครั้งต่อไปอีก 2 ครั้ง โดยใช้เวลารวมกันประมาณ 5 นาที หรือจนกว่ามดลูกคลายตัว



ตำแหน่งในการนวดท่าที่ 2

ท่าที่ 3 ตำแหน่งในการนวดบริเวณ Sacrococcygeal ไปจนถึงเหนือ iliac crest ทั้ง 2 ข้าง

ท่านวด ผู้คลอदनอนตะแคง ผู้นวดใช้ปลายนิ้วทั้ง 4 ของมือทั้ง 2 ข้าง ลูบจากบริเวณ Sacrococcygeal ไปจนถึงเหนือ iliac crest ทั้ง 2 ข้าง โดยใช้แรงกดลงเบา ๆ ช้า ๆ โดยเริ่มในระยะมดลูกหดตัวครั้งต่อไปอีก 2 ครั้ง และครั้งที่ 6 โดยใช้เวลารวมกันประมาณ 5 นาที หรือจนกว่ามดลูกคลายตัว

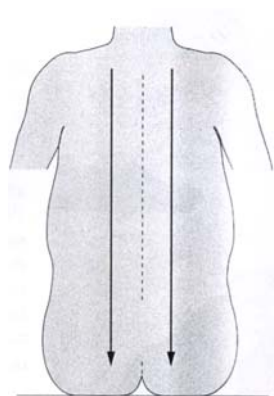


ตำแหน่งในการนวดท่าที่ 3

ท่าที่ 4 ตำแหน่งการนวดบริเวณ แขนงกล้ามเนื้อด้านข้างของกระดูกสันหลังทั้ง

2 แขนง

ท่าหนด ผู้คลอदनอนตะแคง ผู้หนดใช้นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้าง กดบริเวณ กล้ามเนื้อด้านข้างของกระดูกสันหลังทั้ง 2 แขนง จากท้ายทอยถึงก้นกบ โดยใช้แรงกดเบา ๆ และช้า ๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยเริ่มในระยะมดลูกหดตัวครั้งต่อไปอีก 2 ครั้ง โดยใช้เวลารวมกันประมาณ 5 นาที หรือจนกว่ามดลูกคลายตัว



ตำแหน่งในการนวดท่าที่ 4

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางชนรรทร พร้อมทรัพย์สิน
เกิดวันที่	20 ตุลาคม 2512
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	47/97 หมู่บ้านศุภารมย์ ถ.แจ้งวัฒนะ – ปากเกร็ด 17 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	พร้อมสินคลินิกเวชกรรม 57/38 ม.3 ถ.ปทุมธานีสายใน ต.บางชะแยง อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2531	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนเบญจมราชาลัย
พ.ศ. 2536	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ.ศ. 2549	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วท.ม.) สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

