

ผลของการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติกับการดูแลการคลอดปกติต่อระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก®

สุรีย์พร กฤษเจริญ*
 กัญจน์ พลอินทร์
 ปราณี พงศ์ไพบุลย์

The Effects of Caring for Natural Childbirth Versus Caring for Normal Labor on Labor Pain of Primiparous Women.

Sureeporn Kritcharoen, Kanjane Phon-In, Pranee Pongpaiboon

Department of Obstetric-Gynecologic Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

*E-mail: sureeporn.k@psu.ac.th

Songkla Med J 2012;30(2):75-85

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอด ระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติกับการดูแลการคลอดปกติ

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอดครรภ์แรกจำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 ราย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการคลอดวิถีธรรมชาติ 6 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม 2) การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม 3) การงดกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรโดยไม่จำเป็น 4) หลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ 5) การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา และ 6) การใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลการคลอดปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่

®ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินรายได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2553

ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

รับต้นฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2555 รับลงตีพิมพ์วันที่ 17 พฤษภาคม 2555

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด คือระดับความเจ็บปวดในระยะที่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร และระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 2 ของการคลอด น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.38, p<0.05$; $t=2.90, p<0.01$; และ $t=4.93, p<0.001$ ตามลำดับ)

สรุป: การดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติเป็นการดูแลการคลอดที่ทำให้เกิดผลดีกับผู้คลอดครั้งแรกในด้านการบรรเทาความเจ็บปวดทั้งในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอด ควรสนับสนุนให้มีการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติอย่างเป็นรูปธรรมและแพร่หลายต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลการคลอดปกติ, การดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ, ความเจ็บปวดในระยะคลอด, ผู้คลอดครั้งแรก

Abstract:

Objective: This quasi-experimental research aimed to compare the level of pain in labor phase 1 and 2 of primiparous women who have a caring for natural childbirth with those who have a caring for normal labor.

Materials and methods: The subjects of this research were 80 primiparous women. They were divided into two groups: 40 in an experimental group and 40 in a control group. The experimental group received natural childbirth program in 6 aspects: 1) humanized health care, 2) psychosocial and emotional support, 3) avoiding routine interventions, 4) not disturbing natural process of birth, 5) use of non-pharmacological pain relief methods, and 6) strong promotion of the natural process of birth. The control group received caring for normal labor. A questionnaire about the level of pain during labor was used to collect data. The data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

Results: The average score of level of labor pain in phase 1, when the cervix opened 4-7 centimeters and 8-10 centimeters and the level of labor pain in phase 2 of the experimental group were significantly less than those of the control group ($t=2.38, p<0.05$; $t=2.90, p<0.01$ and $t=4.93, p<0.001$ respectively).

Conclusion: The caring for natural childbirth was beneficial to primiparous women in terms of the level of labor pain. The natural childbirth is an efficient type of labor and it should be widely promoted.

Key words: caring for natural childbirth, caring for normal labor, labor pain, primiparous women

บทนำ

การดูแลการคลอดในปัจจุบันเป็นการดูแลที่ใช้แนวทางทางการแพทย์เป็นหลัก การแพทย์มีมุมมองการดูแลการคลอดว่า การคลอดเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด¹ การเปลี่ยนมุมมอง

การดูแลการคลอดจากเหตุการณ์ทางสังคมเป็นเหตุการณ์ทางการแพทย์ ทำให้ผู้คลอดถูกแยกร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมออกเป็นส่วนๆ กิจกรรมการดูแลผู้คลอดเน้นการดูแลด้านร่างกาย ผู้คลอดไม่มีโอกาสเลือกหรือตัดสินใจในสุขภาพของตนเอง² บางโรงพยาบาลมีนโยบายห้าม

ญาติเฝ้า³ เป็นการดูแลที่ไม่ได้คำนึงถึงการให้การพยาบาลแบบมีมนุษยธรรม⁴ และขาดการคำนึงถึงความเป็นมนุษย์² นอกจากนี้ยังมีการทำกิจกรรมทางการแพทย์แบบเป็นกิจวัตรโดยไม่จำเป็น⁵ ซึ่งกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรบางอย่างเป็นการปฏิบัติที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือมีผลเสียชัดเจน ไม่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลการคลอดปกติขององค์การอนามัยโลก^{6,7}

นอกจากนี้ยังมีการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ โดยการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ทำให้ผู้คลอดได้รับความเจ็บปวดมาก⁸ การรับรู้ความเจ็บปวดที่รุนแรงนี้ทำให้ผู้คลอดส่วนใหญ่ต้องการการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด⁹ แต่การใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดยังมีข้อสงสัยเรื่องประสิทธิภาพและผลข้างเคียง ผลการวิจัยพบว่าเมเพริดีนได้ผลในการบรรเทาความเจ็บปวดเพียงร้อยละ 23.8 และพบว่าระดับความง่วงนอน อาการคลื่นไส้/อาเจียน เวียนศีรษะในกลุ่มที่ได้รับเมเพริดีนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ การใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดอีกด้วย¹⁰ ทารกที่มารดาได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดเมเพริดีนในระยะที่ 1 ของการคลอดมีภาวะเลือดเป็นกรด^{11,12} มีค่าคะแนนแอฟการ์ต่ำ มีอัตราการส่งไปรักษาที่หอผู้ป่วยเด็กแรกเกิดสูงขึ้น¹¹ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคของการเริ่มให้ลูกดูดนมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด¹³

การดูแลการคลอดในปัจจุบันจึงมีส่วนที่ทำให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดในระยะคลอดได้มากขึ้น เพราะความเจ็บปวดในระยะคลอดยังเกิดจากความกลัว ความวิตกกังวล ความตึงเครียด และสภาพสิ่งแวดล้อม^{14,15} ในขณะที่การคลอดวิถีธรรมชาติเป็นการดูแลการคลอดแบบยึดผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง^{16,17} เน้นการดูแลการคลอดตามกระบวนการธรรมชาติ โดยปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์น้อยที่สุด¹⁸ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้านคือ 1) การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม 2) การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม 3) การงดกิจกรรม

ทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรโดยไม่จำเป็น 4) หลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ 5) การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา และ 6) การใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่¹⁸⁻²¹ การคลอดวิถีธรรมชาติจึงเป็นการดูแลการคลอดที่ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลกในด้านความปลอดภัยของผู้คลอดและทารก เพราะเป็นการดูแลการคลอดที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลการคลอดปกติขององค์การอนามัยโลก^{7,22}

ผลการศึกษาที่ผ่านมามีความน่าเชื่อถือว่ามารดาคลอดวิถีธรรมชาติมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่ามารดาคลอดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²³ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลให้เดินในระยะคลอด ซึ่งเป็นการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติด้านหนึ่ง มีระดับความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นตามการเปิดขยายของปากมดลูก และพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการเดินกับความเจ็บปวดในระยะที่ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร แสดงให้เห็นว่าระยะทางการเดินยิ่งมาก ผู้คลอดมีความเจ็บปวดมากขึ้นด้วย²⁴

แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติยังไม่เป็นที่นิยมในสังคมไทย² และผลการวิจัยเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดยังไม่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในผู้คลอดครรภ์แรกที่คลอดวิถีธรรมชาติ กับผู้คลอดครรภ์แรกที่คลอดปกติ เพื่อให้ได้ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกที่คลอดวิถีธรรมชาติและคลอดปกติ เพื่อประโยชน์ในการใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา และการให้บริการคลอดวิถีธรรมชาติอย่างเป็นทางการและยั่งยืนในพื้นที่ภาคใต้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอด ระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกที่คลอดวิถีธรรมชาติกับคลอดปกติ

วัสดุและวิธีการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ใช้ผลการศึกษาเรื่องผลการใช้ท่า PSU Locked-Upright ต่อระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด²⁵ ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดในผู้คลอดท่า PSU Locked-Upright ซึ่งเป็นท่าลำตัวยืนในแนวตั้ง คล้ายท่านั่งยอง กับท่านอนราบ ได้ค่า effect size เท่ากับ 0.59-0.72 สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตารางประมาณการกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Power 0.80 และที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ตามตารางของ Lipsey²⁶ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ดังนั้นเพื่อความน่าเชื่อถือในผลการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 40 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 ราย และกลุ่มควบคุม 40 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ตามเกณฑ์การรับกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยดังนี้คือ 1) เป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่รับไว้ในโรงพยาบาลก่อนปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร 2) มีญาติอยู่ด้วยตลอดระยะเวลาการคลอด 3) ไม่มีภาวะผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด 4) ไม่มีข้อจำกัดในการคลอดปกติ และ 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และทำการสู่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. โปรแกรมการคลอดวิถีธรรมชาติ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการคลอดวิถีธรรมชาติ ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการคลอดวิถีธรรมชาติให้มีความแตกต่างจากโปรแกรมการคลอดปกติมากที่สุดและเป็นอิสระต่อกัน เพื่อให้เห็นผลการ

เปรียบเทียบตัวแปรตามได้อย่างชัดเจน โปรแกรมนี้ประกอบด้วยขั้นตอนการคลอดวิถีธรรมชาติ ซึ่งครอบคลุมแนวทางการดูแลผู้คลอดแบบวิถีธรรมชาติ 6 ด้านคือ 1) การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม ให้การดูแลโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้คลอดและบุคคลในครอบครัว การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการคลอดแก่ผู้คลอดและบุคคลในครอบครัวเป็นระยะ เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอดอย่างเต็มที่ 2) การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม พยายามให้การดูแลผู้คลอดแบบใกล้ชิด พูดกับผู้คลอดแบบสุภาพ ให้ผู้คลอดอยู่ในสภาพแวดล้อมที่อบอุ่นและผ่อนคลาย อนุญาตให้บุคคลในครอบครัว 1 คน เข้ามาอยู่กับผู้คลอด เพื่อให้การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอด และจัดเก้าอี้สำหรับบุคคลในครอบครัว 3) การงดกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรโดยไม่จำเป็น คือ ไมโกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และไม่สวนอุจจาระ ในระยะที่ 1 ของการคลอดให้ผู้คลอดรับประทานอาหารและดื่มน้ำตามความเหมาะสม ไม่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ด้วยหูฟัง ไม่ติดเครื่องฟังเสียงหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง 4) หลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ เช่น ไม่ให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก ไม่เจาะถุงน้ำคร่ำ ไม่ตรวจภายในบ่อยจนเกินไป ไม่เชียร์ให้ผู้คลอดเบ่งคลอด และไม่ตัดฝีเย็บ 5) การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การนวด ผู้คลอดคือ พยายามหรือญาติ นวดในขณะมดลูกหดตัว นวดจากก้นกบไปตามแนวข้างกระดูกสันหลัง จนถึงส่วนบนบริเวณกล้ามเนื้อสะบักและไหล่ โดยพยายามเป็นผู้สอนวิธีการนวดให้กับญาติ การให้ผู้คลอดเคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระและอยู่ในท่าที่รู้สึกสุขสบาย และการให้ผู้คลอดฟังเพลงเพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย และ 6) การใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ โดยให้ผู้คลอดอยู่ในห้องเดียวตั้งแต่ระยะรอคลอดจนกระทั่งสิ้นสุดการคลอด ให้ผู้คลอดอยู่ในท่าลำตัวยืนในแนวตั้ง สนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้คลอดเคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระ เปิดโอกาสให้ผู้คลอด

ได้คลอดในท่าที่รู้สึกสบาย ไม่ให้ผู้คลอดคลอดในท่านอนหงายขาพาดบนขาห้อย และให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ

2. แผ่นพับการปฏิบัติตัวสำหรับผู้คลอดและญาติ เป็นแผ่นพับอธิบายการปฏิบัติตัวของผู้คลอด บทบาทของญาติในด้านการสนับสนุนช่วยเหลือผู้คลอด และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา

3. แบบสอบถามระดับความเจ็บปวดในระลอกคลอด เป็นแบบสอบถามความเจ็บปวดของผู้คลอด (visual analogue scale; VAS) ที่ใช้วัดระดับความเจ็บปวดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยตัวเลข 0 หมายถึง ไม่เจ็บปวดเลย ปลายอีกข้างหนึ่งแทนค่าด้วยตัวเลข 10 หมายถึง เจ็บปวดรุนแรงที่สุด วัดโดยให้ผู้คลอดทำเครื่องหมายบนเส้นตรงนี้ เพื่อแสดงถึงระดับความเจ็บปวดของตนเอง แล้วนำค่าที่ได้มาวัดเป็นเซนติเมตร แบบวัดความเจ็บปวดด้วยสายตานั้นเป็นแบบวัดที่มีความตรงร่วมสมัยกับแบบวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (numerical rating scale) มีค่า $r=0.90-0.92$ และเป็นแบบวัดที่มีค่าความเที่ยงสูง มีค่า $r=0.73-0.92$ ²⁷

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างผู้คลอดในกลุ่มทดลองและผู้คลอดในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีและสถิติไคร์สแควร์ พบว่าข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ของผู้คลอดในกลุ่มทดลองและผู้คลอดในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันยกเว้น 4 ด้าน คือ อายุ ความเพียงพอของรายได้ การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอด และระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 คือ ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีอายุน้อยกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.684$, $p<0.01$) มีรายได้เพียงพอกับราย

จ่ายมากกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=6.050$, $p<0.05$) ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมได้รับการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอดมากกว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=11.114$, $p<0.01$) และผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 และ 2 สั้นกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.104$, $p<0.001$ และ $t=2.472$, $p<0.05$ ตามลำดับ)

ระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอด ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวด พบว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 คือ ระยะที่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร และระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 2 ของการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 3 ระยะ ($t=2.38$, $p<0.05$; $t=2.90$, $p<0.01$ และ $t=4.93$, $p<0.001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด

ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดพบว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลองและผู้คลอดในกลุ่มควบคุมมีข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดแตกต่างกัน คือ การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอด และระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 และ 2 คือ ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมได้รับการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอดมากกว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลอง เนื่องจากผู้คลอดในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ ด้านการหลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ จึงไม่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอด ส่วนผู้คลอดในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล มีการให้ยากระตุ้นการหดตัวของ

มดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอดตามแผนการรักษา ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมร้อยละ 30.00 จึงได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมจึงได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอดมากกว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลอง การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกช่วยให้มดลูกหดตัวดีและถี่ขึ้น มีผลต่อระดับความเจ็บปวดของผู้คลอด และผู้คลอด

ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 และ 2 สั้นกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุม เป็นเพราะการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติมีส่วนช่วยให้ระยะเวลาการคลอดทั้ง 2 ระยะ สั้นลง ระยะเวลาการคลอดมีผลต่อระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด เพราะผู้คลอดที่มีระยะเวลาการเจ็บครรภ์ยาวนานหลายชั่วโมง มีความเหนื่อยล้ามาก จึงมีความทนทานต่อความเจ็บปวดลดลง²⁸

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง (n=80 คน)

ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด	กลุ่มทดลอง (n=40) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=40) จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	\bar{X} =20.25 S.D.=3.43 Min=17 Max=31	\bar{X} =22.70 S.D.=4.64 Min=17 Max=35
17-20	24 (60.00)	17 (42.50)
21-25	12 (30.00)	11 (27.50)
26-30	3 (7.50)	10 (25.00)
31-35	1 (2.50)	2 (5.00)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	\bar{X} =60.54 S.D.=9.14 Min=45 Max=80	\bar{X} =63.53 S.D.=9.21 Min=42 Max=80
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	\bar{X} =157.01 S.D.=6.16 Min=146 Max=171	\bar{X} =157.32 S.D.=3.85 Min=150 Max= 168
ศาสนา		
พุทธ	33 (82.50)	32 (80.00)
อิสลาม	7 (17.50)	8 (20.00)
สถานภาพสมรส		
โสด	-	1 (2.50)
คู่	38 (95.00)	38 (95.00)
หย่า/แยก	2 (5.00)	1 (2.50)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	7 (17.50)	3 (7.50)
มัธยมศึกษา	26 (65.00)	22 (55.00)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	4 (10.00)	6 (15.00)
ปริญญาตรี	3 (7.50)	9 (22.50)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด	กลุ่มทดลอง (n=40) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=40) จำนวน (ร้อยละ)
อาชีพ		
แม่บ้าน	24 (60.00)	22 (55.00)
รับจ้าง	11 (27.50)	8 (20.00)
ทำสวน/ทำนา	2 (5.00)	3 (7.50)
ค้าขาย	2 (5.00)	3 (7.50)
รับราชการ	-	3 (7.50)
ธุรกิจส่วนตัว	1 (2.50)	1 (2.50)
รายได้ของครอบครัว/เดือน (บาท)	$\bar{X}=12,512.50$ S.D.=11,694.56	$\bar{X}=13,400.00$ S.D.=10,638.10
≤10,000	28 (70.00)	21 (52.50)
10,001-20,000	8 (20.00)	15 (37.50)
20,001-30,000	3 (7.50)	1 (2.50)
30,001-40,000	-	1 (2.50)
40,001-50,000	1 (2.50)	2 (5.00)
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	36 (90.00)	27 (67.50)
ไม่เพียงพอ	4 (10.00)	13 (32.50)
อายุครรภ์ (วัน)	$\bar{X}=274.52$ S.D.=8.31 Min=259 Max= 289	$\bar{X}=274.35$ S.D.=8.38 Min=259 Max=291
ยารบรรเทาความเจ็บปวด		
ไม่ได้รับ	40 (100.00)	40 (100.00)
ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (oxytocin)		
ได้รับ	-	12 (30.00)
ไม่ได้รับ	40 (100.00)	28 (70.00)
ระยะเวลาการคลอด		
ระยะที่ 1 (ชั่วโมง)	$\bar{X}=3.40$ S.D.=2.19	$\bar{X}=5.56$ S.D.=2.52
ระยะที่ 2 (นาที)	$\bar{X}=24.40$ S.D.=18.65	$\bar{X}=35.90$ S.D.=22.76

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอดระหว่างผู้คลอดครรภ์แรกที่คลอดวิถีธรรมชาติกับคลอดปกติ (n=80 คน)

ระยะการคลอด	ระดับความเจ็บปวด (เซนติเมตร)				t
	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
ระยะที่ 1					
ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร	6.93	1.44	7.71	1.50	2.38*
ปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร	8.74	1.38	9.46	0.78	2.90**
ระยะที่ 2	8.96	1.16	9.90	0.30	4.93***

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอดระหว่างผู้คลอดในกลุ่มทดลองและผู้คลอดในกลุ่มควบคุม

การที่ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดต่ำกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุม เป็นเพราะได้รับการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ 6 ด้าน คือ การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการคลอด ให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอด ทำให้ผู้คลอดควบคุมตนเองได้มากขึ้น การส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองในระยะคลอด ช่วยให้ผู้คลอดเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีขึ้น²⁸ และยังช่วยลดความเหนื่อยล้าในการคลอดอีกด้วย²⁹

การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม การมีสามีหรือญาติเข้ามาอยู่ด้วย เพื่อให้การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอด นอกจากช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้คลอดแล้วยังช่วยเพิ่มกำลังใจแก่ผู้คลอด ผู้คลอดเกิดความรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ³⁰ ทำให้ผู้คลอดมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่มีญาติหรือสามีมาให้การดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า

ผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ได้รับบรรเทาความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในระยะคลอด³¹ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้คลอดที่มีเพื่อนอยู่ด้วยในระยะคลอด เป็นผู้คลอดที่ได้รับประโยชน์ทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ และยังช่วยลดการใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดอีกด้วย³²

การงดกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรโดยไม่จำเป็น โดยไม่ติดเครื่องช่วยฟังเสียงหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง การติดเครื่องช่วยฟังเสียงหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้คลอดมีความเครียดสูง อาจทำให้มีความเจ็บปวดในระยะคลอดได้มากขึ้น²⁸ นอกจากนี้การไม่ติดเครื่องช่วยฟังเสียงหัวใจทารกอย่างต่อเนื่องและไม่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ช่วยให้ผู้คลอดมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระและอยู่ในท่าลำตัวอยู่ในแนวตั้ง เป็นการสนับสนุนการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ ด้านการใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ การให้ผู้คลอดอยู่ในท่าลำตัวอยู่ในแนวตั้งและเคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระ ช่วยลดความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวดให้กับผู้คลอด³³ และช่วยลดอัตราการเข้ายาบรรเทาความเจ็บปวดของผู้คลอด³⁴ แต่อย่างไรก็ตาม

มีการศึกษาที่พบว่าผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการดูแลให้เดินในระยะคลอด มีระดับความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นตามการเปิดขยายของปากมดลูก และพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการเดินกับระดับความเจ็บปวดในระยะที่ปากมดลูกเปิด 5 เซนติเมตร แสดงให้เห็นว่าระยะทางการเดินยิ่งมาก ผู้คลอดมีระดับความเจ็บปวดมากขึ้นด้วย²⁴ ทั้งนี้อาจเกิดจากระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดเพิ่มมากขึ้นตามการเปิดขยายที่มากขึ้นของปากมดลูก^{35,36} ซึ่งพบในการวิจัยนี้เช่นกัน คือ ผู้คลอดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดมากขึ้นตามการเปิดขยายของปากมดลูก คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะที่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร น้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะที่ปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร สอดคล้องกับการศึกษาของสรรเสริญ สุขะวัชรินทร์²³ ที่ศึกษาผลของการคลอดวิถีธรรมชาติต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดของมารดาครั้งแรก พบว่าผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การหลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติที่มีผลต่อระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด คือ การไม่ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทำให้ผู้คลอดมีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่ายากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทำให้ผู้คลอดเจ็บปวดมาก⁶ และผู้คลอดในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยวิธีการให้ผู้คลอดแบ่งคลอดแบบธรรมชาติ ทำให้ผู้คลอดมีความเหนื่อยล้าต่ำกว่าผู้คลอดที่ได้รับการสนับสนุนให้แบ่งคลอดแบบควบคุม ซึ่งเป็นวิธีแบ่งคลอดที่ใช้เป็นประจำในห้องคลอด³⁷ การให้ผู้คลอดแบ่งคลอดเองตามธรรมชาติทำให้ผู้คลอดมีความเหนื่อยล้าน้อย ส่วนผู้คลอดในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลให้แบ่งคลอดแบบควบคุม ทำให้มีความเหนื่อยล้ามาก จึงมีความทนทานต่อความเจ็บปวดลดลง²⁸ ด้านการใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ โดยให้ผู้คลอดคลอดในท่าลำตัวอยู่ในแนวตั้ง ในขณะที่ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมคลอดในท่า

นอนหงายขาพาดบนขาห้อย ซึ่งเป็นท่าที่ทำให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดมากกว่าผู้คลอดที่คลอดในท่าลำตัวอยู่ในแนวตั้ง³⁸ ผู้คลอดในกลุ่มทดลองจึงมีระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 2 ของการคลอดต่ำกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุม

การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติด้านการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาที่ใช้ในผู้คลอดกลุ่มทดลอง คือ การนวด ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการนวดมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การนวดจึงเป็นวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยาที่ได้ผล³⁹ และเป็นวิธีการที่ผู้คลอดเลือกใช้เพราะได้ผลในการบรรเทาความเจ็บปวดหลังส่วนล่างในระยะคลอดได้ดีที่สุด³⁶

สรุป

ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอดของผู้คลอดในกลุ่มทดลองต่ำกว่าผู้คลอดในกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติก่อให้เกิดผลดีกับผู้คลอดในด้านการลดความเจ็บปวดในระยะคลอด จึงเป็นการดูแลการคลอดที่ควรได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรมและแพร่หลายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Scaer RM. Normal birth: two stories. *J Perinat Educ* 2002; 11: 1 - 12.
2. Suppasri P. Natural childbirth: humanized health care. *J Fac Nursing Burapha Univ* 2007; 15: 16 - 26.
3. Chunuan S, Somsap Y, Pinjaroen S, et al. Effect of the presence of family members, during the first stage of labor, on childbirth outcomes in a provincial hospital in Songkhla Province, Thailand. *Thai J Nurs Res* 2009; 13: 16 - 27.
4. Brown H, Hofmeyr GJ, Nikodem VC, et al. Promoting childbirth companions in South Africa: a randomised pilot study. *BMC Med* [serial on the

- Internet]. 2007 Apr [cited 2012 Feb 8]; 5. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/5/7>.
- Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *Br Med J* 2002; 324: 892 - 5.
 - Lothian JA, Amis D, Crenshaw J. Care practice #4: no routine intervention. *J Perinat Educ* 2007; 16: 29-34.
 - World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. *Birth* 1997; 24: 121 - 3.
 - Ogbole-Nwasor E, Adaji SE, Bature SB, et al. Pain relief in labor: a survey of awareness, attitude, and practice of health providers in Zaria, Nigeria. *J Pain Res* 2011; 4: 227 - 32.
 - Soontrapa S, Somboonporn W, Komwilaisak R, et al. Effectiveness of intravenous meperidine for pain relief in the first stage of labour. *J Med Assoc Thai* 2002; 85: 1169 - 75.
 - Puripunyanich M. Risk factors related to birth asphyxia of newborn at Sena Hospital. *J Health Res* 2008; 22: 83 - 9.
 - Sosa CG, Balaguer E, Alonso JG, et al. Meperidine for dystocia during the first stage of labor: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 1212 - 8.
 - Sosa CG, Buekens P, Hughes J M, et al. Effect of pethidine administered during the first stage of labor on the acid-base status at birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 129: 135 - 9.
 - Hakularb P, Thananowan N. Barriers of breastfeeding initiation in labor room. *Thai J Nursing Council* 2009; 24: 14 - 23.
 - Zwelling E, Johnson K, Allen J. How to implement complementary therapies for laboring women. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2006; 31: 364 -70.
 - Smith CA, Collins CT, Cyna AM, et al. Complementary and alternative therapies for pain management in labour (Review) [monograph on the Internet]. San Francisco: John Wiley & Sons; 2009 [cited 2012 Feb 7]. Available from: <http://online-library.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003521.pub2/pdf>.
 - Brubaker SJ, Dillaway HE. Medicalization, natural childbirth and birthing experiences. *Sociology Compass* 2009; 3: 31 - 48.
 - Cohen M. Deliver this! Make the childbirth choice that's right for you no matter what everyone else think. Emeryville: Seal Press; 2006.
 - Mansfield B. The social nature of natural birth. *Soc Sci Med* 2008; 66: 1084 - 94.
 - Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labour support. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37: 106 - 15.
 - Albers LL. The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor. *JMWH* 2007; 52: 207 - 15.
 - Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37: 94 - 105.
 - World Health Organization. Evidence-led obstetric care: report of a WHO meeting. Geneva: World Health Organization; 2005.
 - Sukawatcharin S. The effects of active birth on labor and duration of the first stage of labour in primiparous mothers in Mettapharachak Hospital. *Chonburi Hosp J* 2005; 30: 23 - 8.
 - Mamede FV, de Almeida AM, de Souza L, et al. Pain during the labor active phase: the effect of walking. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007; 15: 1157 - 62.
 - Phumdoung S, Morkruengsai S, Tachapattarakul S, et al. Effect of the Prince of Songkla University Locked-Upright Position on the duration, pain and comfort of second stage labor in primiparous women. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2010; 14: 1 - 10.
 - Lipsey MW. Design sensitivity: statistical power for experimental research. Newbury Park: Sage Publication; 1990.
 - Good M, Stiller C, Zauszniewski JA, et al. Sensation and distress of pain scale: reliability, validity, and sensitivity. *J Nurs Meas* 2001; 9: 219 - 38.
 - Phumdoung S. Barriers and problems in labor pain management. *Songkla Med J* 2005; 23: 53 - 9.

29. Thaithae S. Effect of fatigue management program during stage of labour on the level of fatigue of primigravida parturient women. *J Nursing Division* 2011; 38: 19 - 33.
30. Phumdoung S. Model of care for women during labor. *Songkla Med J* 2006; 24: 59 - 63.
31. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for women during childbirth (Review) [monograph on the Internet]. San Francisco: John Wiley & Sons; 2007 [cited 2009 Nov 18]. Available from: <http://www.childbirthconnection.org/pdFs/continuous.pdf>.
32. Essex HN, Pickett KE. Mothers without companionship during childbirth: an analysis within the Millennium Cohort Study. *Birth* 2008; 35: 266 - 76.
33. Hanson L. Second-stage labor care: challenges in spontaneous bearing down. *J Perinat Neonatal Nurs* 2009; 23: 31 - 9.
34. Storton S. The coalition for improving maternity services: evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 4: Provides the birthing woman with freedom of movement to walk, move, assume positions of her choice. *J Perinat Educ* 2007; 16 (Suppl 1): S25 - 7.
35. Capogna G, Camorcia M, Stirparo S, et al. Multi-dimensional evaluation of pain during early and late labor: a comparison of nulliparous and multiparous women. *Int J Obstet Anesth* 2010; 19: 167 - 70.
36. Tzeng YL, Su TJ. Low back pain during labor and related factors. *J Nurs Res* 2008; 16: 231 - 40.
37. Yurachai M, Ratinthorn A, Serisathien Y, et al. The effects of directed versus spontaneous pushing on postpartum fatigue, perineal pain and childbirth satisfaction. *J Nurs Sci* 2009; 3 (Suppl 2): S27 - 36.
38. Nasir A, Korejo R, Noorani KJ. Child birth in squatting position. *J Pak Med Assoc* 2007; 57:19 - 22.
39. Karami NK, Safarzadeh A, Fathizadeh N. Effect of massage therapy on severity of pain and outcome of labor in primipara. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2007; 12: 6 - 9.