บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑๑	น.ส.น้ำทิพย์ ประสิทธิการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลหนองฉาง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการ	๘๙๖๖๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลหนองฉาง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาลห้องคลอด) ระดับชำนาญการพิเศษ	๘๙๖๖๒	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในระยะที่ ๑ ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก” **ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน** “การเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์โดยใช้รูปแบบการจัดการความปวดในระยะที่ ๑ ของการคลอด” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					๘๕%

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 10 สิงหาคม 2565 – 30 มิถุนายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์แรกลดความเจ็บปวด และลดระยะ เวลาในการคลอด และการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดจากรายงานวิจัยทั้งหมด จำนวน 22 เรื่อง สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1) กิจกรรมช่วยลดความกลัวของหญิงตั้งครรภ์แรก ได้แก่

1.1 การให้สามี ญาติฝ่ายหญิง หรือญาติเข้ามาส่วนร่วมในการดูแล (ศิวพร สุดเพชร และคณะ, 2557)

1.2 การให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ และการพิทักษ์ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ (สุดารักษ์ ประสาร, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศร, 2563; ปิยะนุช ขวัญเมือง, โสเพ็ญ ชูนวล และเบญญาภา ธิติมาพงษ์, 2563)

2) การจัดการกับความปวด สามารถจัดกระทำได้ 3 วิธี คือ

2.1 การทำให้ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง ได้แก่ การบริหารด้วยศาสตร์มณีเวชท่าผีเสื้อกระพือปีก (กิตติมา ด้วงมณี และคณะ, 2560)

2.2 ลดอาการปวดร่วมกับทำให้ระยะเวลาการคลอดสั้นลง ได้แก่ การบริหารด้วยศาสตร์มณีเวชท่าผีเสื้อกระพือปีก (รีนา มะโน โสเพ็ญ ชูนวล และวิไลพร สมานกสิกรณ์, 2564; มลิวัลย์ รัตยา, อุทุมพร ดุลยเกษม และอรวรรณ ฤทธิ์มนตรี, 2563; พยุงศรี อุทัยรัตน์ และอาลี แซ่เจียว, 2561; อาลี แซ่เจียว และพยุงศรี อุทัยรัตน์, 2560; กิตติมา ด้วงมณี และคณะ, 2560)

2.3 ลดอาการปวด ได้แก่ การกดจุด (ดาว แดงดี และคณะ, 2558) การฝึกการหายใจ (ขวัญใจ เพทาย ประกายเพชร, ปาริฉัตร อารยะจารุ และจิราภรณ์ อนุชา, 2566) การเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ลูกบอล (ละมัย วงศาสนธิ์, 2561) การนวดร่วมกับการประคบร้อน/เย็น (ทัศนีย์ คล้ายขำ และคณะ, 2556; สุภาพรรณ ทิพย์สัจจะธรรม และไกสร อัมมวรรธน์, 2559)

3) การนำเทคโนโลยีไร้สายมาใช้เป็นช่องทางในการสื่อสารให้ความรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์แรก เช่น แอปพลิเคชันไลน์ และมัลติมีเดีย (บุษยมาส หนูเอียด, 2565; ปิยาณี นักบุญ, 2566)

4) แนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้เป็นกรอบการวิจัย 3 อันดับแรก 1) แนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 เรื่อง 2) แนวคิดหัตเวชและศาสตร์มณีเวช จำนวน 5 เรื่อง 3) ทฤษฎีควบคุมประตู จำนวน 4 เรื่อง และ 4) แนวคิดอื่นๆได้แก่ ทฤษฎีระบบ แนวคิดการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อตอบสนองผลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ สามารถพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก โดยใช้กรอบแนวคิดของมาธาร์ และคณะ (Martha, Mary & Leah, 2012; Iliadou, 2012) ที่ได้เสนอแนวทางการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทางด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการให้ข้อมูลคำแนะนำ ด้านร่างกาย และด้านการเป็นตัวแทนให้แก่หญิงตั้งครรภ์ ในการลดความทุกข์ทรมาน และส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ประเทศไทยมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านการคลอดในปี 2561 และ 2562 จำนวน 108,900 ราย และ 94,100 ราย ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยหญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เพราะเป็นกลไกทางธรรมชาติ การเจ็บครรภ์คลอดเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงและเฉียบพลัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์หรือผู้คลอดกลัวการเจ็บครรภ์ กลัวการคลอด รวมถึงกลัวว่าทารกในครรภ์จะไม่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดความตึงเครียด และรับรู้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดเป็นความทุกข์ทรมานและเป็นความน่ากลัว (ธีระ ทองสง, 2564) แสดงให้เห็นว่าความเจ็บจากการคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความกลัว และความตึงเครียด (fear-tension-pain-syndrome) ซึ่งพบว่า หญิงตั้งครรภ์ท้องแรกมักมีระดับความปวดซึ่งมีความสัมพันธ์มาจากความวิตกกังกล ความกลัว มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน (ชาลินี เจริญสุข, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, 2561) ซึ่งระยะการคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 คือ เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมด ระยะที่ 2 คือ ระยะปากมดมูกเปิดหมดจนถึงทารกคลอด ระยะที่ 3 ระยะทารกคลอดจนถึงรกคลอด และระยะที่ 4 คือ ระยะที่รกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งในแต่ละระยะจะมีความเจ็บปวดที่มีความรุนแรงต่างกัน โดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอดหญิงตั้งครรภ์จะมีความเจ็บปวดยาวนานที่สุดประมาณ 8 – 24 ชั่วโมง (กุลรัตน์ บริรักษ์วาณิชย์ และคณะ, 2562) ทำให้หญิงตั้งครรภ์บางรายมีความต้องการให้สิ้นสุดการคลอดให้เร็วที่สุดโดยการผ่าตัดคลอด เนื่องจากไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดต่อไปได้ (พิริยา ศุภศรี, 2561) จะเห็นได้ว่า การเจ็บปวดในระยะก่อนคลอดเป็นสิ่งที่หลีกหนีไม่ได้เพราะเป็นกลไกที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ระดับความเจ็บปวดมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และเป็นปัญหาสำคัญที่รบกวนความสุขสบาย รวมทั้งเกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ขณะรอคลอด โดยเฉพาะ หญิงตั้งครรภ์ท้องแรกที่ไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน

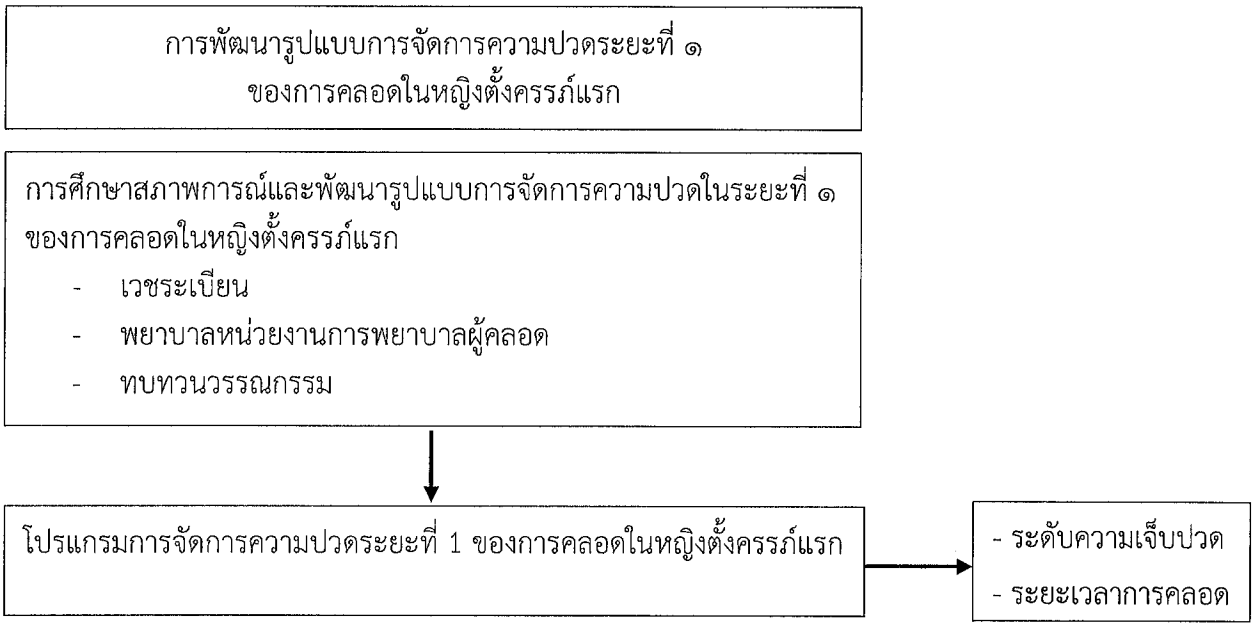
ที่ผ่านมาแผนการรักษาของแพทย์จะไม่ใช้ยาลดปวดในช่วงระยะเวลารอคลอด ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการความปวดและเผชิญความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสมซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ประกอบด้วย การตัดสินใจหรือแก้ปัญหาตามมาตรฐานจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย และแนวทางที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย (กองการพยาบาล, 2561) การออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการความทุกข์ทรมานจากความปวดในการคลอด โดยเฉพาะระยะที่ 1 ซึ่งเป็นระยะที่ใช้เวลายาวนานที่สุด จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ในการค้นหาวิธีการที่ถูกต้อง เหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้ในสภาพบริบทของพื้นที่ และทำให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่พึงประสงค์ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ได้มีการนำวิธีการแบบไม่ใช้ยาที่หลากหลายในการจัดการกับอาการปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ได้แก่ การจัดท่าผีเสื้อ (สุดารักษ์ ประสารสุพิศ, ศิริ อรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, 2564) การบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับการหายใจแบบ ปราณายามะ(รีนา มะโน, โสเพ็ญ ชูนวล และวิไลพร สมานกสิกรณ์, 2564) การนวดร่วมกับการประคบร้อนด้วยลูกประคบข้าวสารเหนียวดำ (ทัศนีย์ คล้ายขา, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, นันทนา ธนาโนวรวรรณ และวรรณา พาหุวัฒนกร, 2556) เข็มขัดประคบเย็น (วิลาวัณย์ ทรงยศ, วรพรรณ คงเนียม, เบญจวรรณ ภาคอารีย์ และจีราภรณ์ ปราบดิน, 2560) จะเห็นได้ว่ามีการนำวิธีลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดและน่าจะสามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาการให้บริการในแผนกงานการพยาบาลผู้คลอดในโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก
2. เปรียบเทียบผลของรูปแบบการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสภาพการณ์และพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก และระยะที่ 2 การทดสอบโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยศึกษารูปแบบการจัดการความปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก ที่เข้ามารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ และแผนกงานการพยาบาลผู้คลอดในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดอุทัยธานี ในช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนมิถุนายน 2566 หญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ และที่งานการพยาบาลผู้คลอด แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์และพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์การจัดการความปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกจากเวชระเบียน และประสบการณ์ในการจัดการความปวดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอด และ 2) การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยการทบทวนวรรณกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) พยาบาลวิชาชีพในตำแหน่งหัวหน้างานหรือรองหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชนที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่งานการพยาบาลผู้คลอดที่ปฏิบัติงานถึงปัจจุบันไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 10 คน และ 2) เวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอาการเจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ในปีงบประมาณ 2563 และปี 2564 หญิงตั้งครรภ์แรกที่เข้ามารับบริการปี 2563-2564 จำนวน 140 คน

เครื่องมือที่ใช้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์

1. แบบสัมภาษณ์การบริหารความปวดขณะคลอด เป็นการสัมภาษณ์ประสบการณ์หัวหน้างาน/รองหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอดที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด เป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยประเด็นคำถาม ดังนี้ 1) การเตรียมหญิงตั้งครรภ์ก่อนมาคลอด 2) การประเมินอาการปวดครรภ์ขณะรอคลอด 3)การบริหารความปวดขณะรอคลอด 4) การประเมินผลหลังให้กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดปวด 5) ปัญหาอุปสรรคที่พบในการจัดการความปวดในหญิงตั้งครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด 6) ความต้องการพัฒนาการบริหารจัดการความปวดในหญิงตั้งครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอดแบบปกติ

2. ฟอร์มวิเคราะห์เวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลหนองฉาง โดยการทบทวนเวชระเบียนประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวนการตั้งครรภ์ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการฝากครรภ์ การประเมินระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาการเจ็บครรภ์ ระยะเวลาที่ใช้คลอดและปริมาณการสูญเสียเลือดขณะคลอด วิธีการลดความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์จากการบันทึกการพยาบาล (Nurse Note)

3. แบบวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบแนวคิด PICO (Population Intervention Compare Outcome)

ส่วนที่ 2 แบบวิเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก และที่ไม่ได้ตั้งครรภ์แรก จากฐานข้อมูล Google scholar Thai list เป็นรายงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย เพื่อต้องการนำกิจกรรมการจัดกระทำ (Intervention) มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับจังหวัดอุทัยธานี โดยรายงานวิจัยเป็นรายงานวิจัยที่มีคุณภาพในระดับการวิจัยกึ่งทดลองขึ้นไป โดยใช้ตารางวิเคราะห์รายงานวิจัย PICO

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกวิเคราะห์เวชระเบียน

- เป็นแบบบันทึกประวัติทั่วไปและประวัติการตั้งครรภ์ และบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความปวด วิธีการจัดการ/บรรเทาอาการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด ระยะเวลาที่ใช้ในระยะรอคลอดตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิดจนเปิดหมด (10 เซนติเมตร) ปริมาณการสูญเสียเลือดขณะคลอด และน้ำหนักทารก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยในครั้งนี้ ได้นำเครื่องมือ ส่วนที่ 1 และ 3 ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์รายด้านที่ต้องการวัด (Index of Item – objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.8 และนำ

เครื่องมือส่วนที่ 1 ไปทดสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Feasibility test) กับพยาบาลที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และนำเครื่องมือส่วนที่ 3 ไปทดลองใช้กับรายงานเวชระเบียน จำนวน 10 รายงาน โดยการความเชื่อมั่นโดยวิธี Inter Rater พบว่า เครื่องมือส่วนที่ 1 และ 3 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 และ 1 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 จากการศึกษาสภาพการณ์และพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก จากการสัมภาษณ์ประสบการณ์ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดไม่น้อยกว่า 5 ปี และการทบทวนเวชระเบียน พบว่า การจัดการความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ใช้ทักษะการหายใจเข้าออกลึกๆ รองลงมาคือการใช้มือลูบหน้าท้อง และการนวดตามร่างกาย เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งไม่สามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์ลดความเจ็บลงมาได้จากการประเมินค่าคะแนนความเจ็บปวดโดยการบอกระดับความเจ็บปวดด้วยตนเองเป็นตัวเลข 0 – 10 คะแนน

ระยะที่ 2 พบว่า การจัดการความปวดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดใช้วิธีการผ่อนลมหายใจ และการลูบหน้าท้องเวลาเจ็บครรภ์ ใช้ระยะเวลาในการรอคลอดเฉลี่ย 16.2 ชั่วโมง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้พัฒนารูปแบบการจัดการความปวดระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งประกอบด้วยการบริหารด้วยท่าผีเสื้อ การใช้แรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยให้ญาติมีส่วนร่วมนวดบริเวณก้นกบหรือบริเวณตำแหน่งที่ปวด ร่วมกับการใช้สื่อวิดีทัศน์ พบว่า กลุ่มที่ได้ใช้รูปแบบการจัดการความปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก ไม่พบภาวะคลอดก่อนกำหนด และการตกเลือดหลังคลอด รวมทั้งไม่เกิดภาวะผิดปกติของทารก ในครรภ์ กลุ่มทดลองมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ผลสัมฤทธิ์ของรูปแบบการจัดการความปวดในระยะ ที่ 1 ของการคลอด อยู่ในระดับพึงพอใจมากถึงมากที่สุดของหญิงตั้งครรภ์ และบุคลากรที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอด

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการความปวดระยะที่ 1 ของการคลอด ในหญิงตั้งครรภ์แรก การเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์และการได้รับสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขทางด้านข้อมูล ด้านการเสริมพลัง และการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากสามี/ญาติ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ จะช่วยลดความทุกข์ทรมาน และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมของหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอด

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

1. ผลงานวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก 1 เล่ม

เชิงคุณภาพ

1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการความปวดระยะที่ 1 ของการคลอด ลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในขณะรอคลอด
2. หญิงตั้งหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการความปวดระยะที่ 1 ของการคลอด ช่วยลดระยะเวลาในการคลอด
3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการความปวดระยะที่ 1 ของการคลอด มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

6.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลผู้คลอด สำหรับบุคลากรในหน่วยงาน

2. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด โดยใช้รูปแบบการจัดการความปวดระยะที่ 1 ของการคลอด ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาและให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพแก่บุคลากรในหน่วยงาน บุคลากรทางการพยาบาลผู้คลอด และนักศึกษาพยาบาลและผู้ที่มาศึกษาดูงาน

3. เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนา สร้างมาตรฐานการทำงานในหน่วยงาน เพื่อให้การช่วยเหลือและให้การพยาบาลผู้คลอดมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. การนำรูปแบบการการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์และห้องคลอดในโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการทำคลอดปกติ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. หญิงตั้งครรภ์เป็นหญิงตั้งครรภ์แรกที่ไม่มีประสบการณ์ในการเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอด

2. หญิงตั้งครรภ์อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือทารกมีอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติทำให้ต้องออกจากโครงการ

3. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดต้องให้การดูแลทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ที่สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อชีวิตได้ตลอดเวลา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดูแลหญิงตั้งครรภ์เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ถ้าหญิงตั้งครรภ์ไม่มีการเตรียมความพร้อมทางด้านการให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมอุปกรณ์ ของใช้ที่จำเป็น กลไกการคลอดตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความกลัว วิตกกังวล ไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันเมื่อเข้าสู่ระยะการคลอดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการเตรียมร่างกายในส่วนของเชิงกรานโดยการบริหารเชิงกรานให้มีการยืดขยายจะช่วยทำให้สามารถลดระยะเวลาของการคลอดลงได้ แต่บุคลากรที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกรายต้องประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ว่าสามารถทำกายบริหารอุ้งเชิงกรานได้หรือไม่ และต้องได้รับความร่วมมือจากหญิงตั้งครรภ์และญาติ/สามี ในการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ต้องทำกายบริหาร และญาติต้องนวดลดปวดให้หญิงตั้งครรภ์ตามโปรแกรม จึงจะทำให้การจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ลดความทุกข์ทรมานขณะรอคลอดเกิด ทำให้มีประสบการณ์ที่ดีในการคลอด

9. ข้อเสนอแนะ

1) ด้านบริการพยาบาล ควรนำโปรแกรมการจัดการความปวดฯ ไปใช้ที่แผนกฝากครรภ์ และการพยาบาลผู้คลอด เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่หญิงตั้งครรภ์ในการเผชิญความเจ็บในระยะรอคลอด ส่งผลให้ลดความเจ็บปวดและระยะเวลาในระยะรอคลอด

2) ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์ ทางด้านร่างกาย อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และด้านการเป็นตัวแทน โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3) ด้านวิชาการ ควรมีการสอนและฝึกวิธีการบริหารร่างกายโดยใช้ศาสตร์ทางมณีเวช โดยเฉพาะท่าผีเสื้อที่ทำให้กระดูกอุ้งเชิงกรานมีความยืดหยุ่น ทำให้ส่วนนำของทารกลงสู่อุ้งเชิงกรานได้ง่ายขึ้น ปากมดลูกเปิดเร็วขึ้น ส่งผลให้ช่วยลดความทุกข์ทรมานและลดระยะเวลาของการคลอด

4) การทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในการพัฒนารูปแบบการลดความเจ็บปวดในระยะรอคลอดของหญิงตั้งครรภ์ จากการผสมผสานวิธีการบริหารร่างกาย การนวด การเตรียมความพร้อมและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานในโครงการประชุมวิชาการงานวิจัย เขตสุขภาพที่ 3 ประจำปีงบประมาณ 2566 วันที่ 9 – 10 มกราคม 2567 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) นางสาวน้ำทิพย์ ประสิทธิการ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 85

2) นายวิสุทธิ์ โนจิตต์ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 10

3) นางหทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 5

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวน้ำทิพย์ ประสิทธิการ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ...../05 ม.ค. 2567/.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางสาวน้ำทิพย์ ประสิทธิการ	
2. นายวิสุทธิ์ โนจิตต์	
3. นางหทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวเนาวรัตน์ แกว่นกสิการณ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชาชีพชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลหนองฉาง

(วันที่) ..... 05 ม.ค. 2567 .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายอดิเทพ เกรียงไกรวณิช)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฉาง

(วันที่) ..... 05 ม.ค. 2567 .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์โดยใช้รูปแบบการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด
2. หลักการและเหตุผล

หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เพราะเป็นกลไกทางธรรมชาติ การเจ็บครรภ์คลอดเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงและเฉียบพลัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์หรือผู้คลอดกลัวการเจ็บครรภ์ กลัวการคลอด รวมถึงกลัวว่าทารกในครรภ์จะไม่ปลอดภัย ส่งผลให้เกิดความตึงเครียด และรับรู้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดเป็นความทุกข์ทรมานและเป็นความน่ากลัว (ธีระ ทองสง, 2564) แสดงให้เห็นว่าความเจ็บจากการคลอดมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความกลัว และความตึงเครียด (fear-tension-pain-syndrome) ซึ่งพบว่า หญิงตั้งครรภ์ท้องแรกมักมีระดับความปวดซึ่งมีความสัมพันธ์มาจากความวิตกกังกล ความกลัวมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน (ชาลินี เจริญสุข, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, 2561) การเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์เพื่อเข้าสู่ระยะคลอดด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการให้ข้อมูลคำแนะนำ ด้านร่างกาย และด้านการเป็นตัวแทนให้แก่หญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งการสนับสนุนจากญาติอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดขณะรอคลอดได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม (Martha, Mary & Leah, 2012; Iliadou, 2012)

การเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์เพื่อเข้าสู่ระยะคลอด ควรเริ่มเตรียมความพร้อมให้หญิงตั้งครรภ์เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ ในการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับกลไกการคลอด การเตรียมร่างกาย จิตใจ และของใช้จำเป็นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดให้พร้อม ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม (ปิยะนุช ขวัญเมือง, โสเพ็ญ ชูนวล และเบญญาภา ธิติมาพงษ์, 2563) ซึ่งระยะการคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 คือ เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมด ระยะที่ 2 คือ ระยะปากมดมูกเปิดหมดจนถึงทารกคลอด ระยะที่ 3 ระยะทารกคลอดจนถึงรกคลอด และระยะที่ 4 คือ ระยะที่รกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งในแต่ละระยะจะมีความเจ็บปวดที่มีความรุนแรงต่างกัน โดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอดหญิงตั้งครรภ์จะมีความเจ็บปวดยาวนานที่สุดประมาณ 8 – 24 ชั่วโมง (กุลรัตน์ บริรักษ์วาณิชย์ และคณะ, 2562)

ที่ผ่านมาแผนการรักษาของแพทย์จะไม่ใช้ยาลดปวดในช่วงระยะเวลารอคลอด ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการความปวดและเผชิญความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสมซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ประกอบด้วย การตัดสินใจหรือแก้ปัญหาตามมาตรฐานจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย และแนวทางที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย (กองการพยาบาล, 2561) การออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการความทุกข์ทรมานจากความปวดในการคลอด โดยเฉพาะระยะที่ 1 ซึ่งเป็นระยะที่ใช้เวลายาวนานที่สุด จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ในการนำกิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการลดระดับความเจ็บปวด และลดระยะเวลาการคลอดมาช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามารับบริการคลอดลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการค้นพบปัญหาในระยะที่ 1 ของการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เพราะเป็นกลไกทางธรรมชาติ การเจ็บครรภ์คลอดเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงและเฉียบพลัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์หรือผู้คลอดกลัวการเจ็บครรภ์ กลัวการคลอด รวมถึงกลัวว่าทารกในครรภ์จะไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรกส่งผลให้เกิดความตึงเครียด และรับรู้ว่าการเจ็บครรภ์คลอดเป็นความทุกข์ทรมานและเป็นความน่ากลัว (fear-tension-pain-syndrome) ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์ ท้องแรกมักมีระดับความปวดซึ่งมีความสัมพันธ์มาจากความวิตกกังกล ความกลัว มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน (ชาลินี เจริญสุข, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, 2561) ซึ่งในระยะที่ 1 ของการคลอดหญิงตั้งครรภ์จะมีความเจ็บปวดยาวนานที่สุดประมาณ 8 – 24 ชั่วโมง (กุลรัตน์ บริรักษ์วาณิชย์ และคณะ, 2562) ทำให้หญิงตั้งครรภ์บางรายมีความต้องการให้สิ้นสุดการคลอดให้เร็วที่สุดโดยการผ่าตัดคลอด เนื่องจากไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดต่อไปได้ (พิริยา ศุภศรี, 2561) แผนการรักษาของแพทย์จะไม่ใช้ยาลดปวดในช่วงระยะเวลารอคลอดถ้าไม่จำเป็น ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการความปวดและเผชิญความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสมซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ประกอบด้วย การตัดสินใจหรือแก้ปัญหาตามมาตรฐานจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย และแนวทางที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย (กองการพยาบาล, 2561) และลดความทุกข์ทรมานจากการรอคลอด

จากการสัมภาษณ์พยาบาลแผนกงานการพยาบาลผู้คลอด ได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาคลอด ข้อมูลเวชระเบียนและหลักฐานเชิงประจักษ์ พบประเด็นสำคัญดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ดูแลหญิงตั้งครรภ์แรก

ประเด็น	สาระสำคัญที่เป็นข้อค้นพบ
ปัญหาที่พบในระยะที่ 1 ของการคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก	1. ความกลัวจากการปวดจากเป็นครรภ์แรก 2. ขาดการเตรียมความพร้อมในด้าน ด้านร่างกาย โดยเฉพาะอุ้งเชิงกราน และด้านจิตใจเกี่ยวกับการเผชิญสถานการณ์ในระยะคลอด ช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์เผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม 3. ไม่มีคู่มือการปฏิบัติตนก่อนเตรียมมาคลอดที่ทันสมัยและน่าสนใจ 4. วิธีการจัดการกับความปวดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน
ความต้องการของการให้บริการ	กิจกรรมหรือโปรแกรมการบริหารความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดที่เหมาะสม

การประเมินสถานการณ์การบริหารจัดการความปวดในหญิงตั้งครรภ์แรก จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกการคลอดในพื้นที่โดยตรงร่วมกับการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจสถานการณ์การบริหารความปวดและความต้องการของพยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลได้อย่างชัดเจน

สอดคล้องกับ ฉวีวรรณ ดียิ่งและคณะ(2564) รวมทั้งการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลสามารถช่วยให้พยาบาลนำความรู้และกิจกรรมจากรายงานวิจัยมาปรับใช้เป็นกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับบริบทความต้องการของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นของหญิงตั้งครรภ์สอดคล้องกับ เบญญาภา ธิติมาพงษ์ และคณะ (2563)

แนวความคิด

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดจากรายงานวิจัย จำนวน 22 เรื่อง สรุปสาระสำคัญดังนี้

โปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก ตามแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนอย่างตอเนื่อง
1) การสนับสนุนด้านร่างกาย - การบริหารร่างกายด้วยศาสตร์มณีเวชท่าผีเสื้อกระพือปีก - การให้สามีหรือญาตินวดหลัง
2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ - การให้ข้อมูล ความรู้ กระบวนการคลอด - การให้สามีและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล
3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร - การให้ข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีไร้สายในรูปแบบวิดีทัศน์ ผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์
4) การเป็นผู้แทน - ปกป้องสิทธิ์ สร้างความมั่นใจ เคารพในการตัดสิน

→ - ระดับความเจ็บปวด
- ระยะเวลาการคลอด

การนำแนวคิดการได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องมาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์แรกสามารถช่วยทำให้ลดความปวดและลดระยะเวลาการคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ระยะฝากครรภ์และระยะที่ 1 ของการคลอด ช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด สอดคล้องกับสุดารักษ์ ประสาร, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศร (2563) 2) การสนับด้านร่างกาย พบว่า บริหารร่างกายด้วยศาสตร์มณีเวชท่านั่งผีเสื้อกระพือปีกตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ไนไตรมาสที่ 3 จนถึงระยะที่1 ของการคลอด ช่วยทำให้ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง (กิตติมา ด้วงมณี, เยาวเรศ สมทรัพย์, ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์ และศศิกานต์ กาละ, 2560: รีนา มะโน, โสเพ็ญ ชูนวล และวิไลพร สมานกสิกรณ์, 2564) การบริหารดังกล่าวช่วยปรับแนวกระดูกสันหลังให้ตรง เพิ่มความยืดหยุ่นและการยืดขยายให้กับพื้นเชิงกราน ช่องคลอด และฝีเย็บ เป็นปัจจัยที่ช่วยทำให้ปากมดลูกเปิดเร็วขึ้น ผลการศึกษาจึงช่วยยืนยันว่า การบริหารด้วยท่าผีเสื้อกระพือปีกช่วยทำให้ปากมดลูกเปิดเร็วขึ้น จึงส่งผลให้ระยะเวลาในการคลอดสั้นลงมากกกว่าปกติ (กุลรัตน์ บริรักษ์วาณิชย์ และคณะ, 2562) การนวดหลังโดยสามีหรือญาติ ในขณะหญิงตั้งครรภ์มีอาการปวดหลัง สามารถช่วยลดอาการปวดได้ (ดาว แดงดี และคณะ, 2558) เป็นเพราะว่าการนวดและการสัมผัสส่งผลให้ยับยั้งข้อมูลความปวดของ SG Cell ไปยัง T cell ที่ไขสันหลังเป็นการปิดประตูการส่งสัญญาณความปวดไปสู่สมอง (Melzack,R &Wall, 1967) ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากการปวดส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ถึงความรู้สึกปวดลดลง 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การทำสื่อการเตรียมความพร้อมในการคลอดในรูปแบบวีดีทัศน์ที่สามารถชมได้ในแอฟลิเคชันไลน์ มีเนื้อหา

ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอด วิธีการปฏิบัติตน โดยเฉพาะวิธีการบริหารโดยศาสตร์มณีเวชท่าผีเสื้อกระพือปีก และวิธีการลดปวดจากการนวดหลังโดยสามีหรือญาติ และคู่มือสำหรับศึกษาด้วยตนเอง ทำให้หญิงตั้งครรภ์ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว สามารถศึกษาได้ทุกเวลาที่ต้องการ และนำความรู้ไปใช้ในการ เตรียมตัวทั้งที่บ้านและขณะรอคลอดที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของปิยาณี นักบุญและคณะ (2566); และบุษยมาส หนูเอียด (2565) และ 4) การสนับสนุนด้านการเป็นผู้แทน เป็นการปกป้องหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการดูแลตรงกับความต้องการและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้คลอดและบุตรในครรภ์ การให้ความเคารพให้ความเป็นส่วนตัว ไม่เปิดเผยส่วนต่างๆของร่างกายของผู้คลอดโดยไม่จำเป็น สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยแก่ผู้คลอด รับฟังความคาดหวังของผู้คลอดและให้ความเคารพต่อการตัดสินใจในการรักษาถ้าไม่ขัดต่อแผนการดูแลการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของสุดารักษ์ ประสาร, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศร (2563) ที่กำหนดให้พยาบาลผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นผู้แทนหญิงตั้งครรภ์ พิทักษ์สิทธิ์ที่พึงได้รับ จนทำให้หญิงตั้งครรภ์มีระดับความปวดลดลงและสามารถลดระยะเวลาในการคลอดลงได้ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีประสบการณ์การรับรู้การคลอดที่ดี เกิดความพึงพอใจในการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย/มาตรการ และความร่วมมือในการทำงานร่วมกันของบุคลากรในหน่วยงานทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก ร่วมแก้ปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน และตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการช่วยเหลือที่รวดเร็วทันเวลา ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2. การสร้างให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้คลอดโดยการบูรณาร่วมกันในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ จนมารับบริการคลอดที่งานการพยาบาลผู้คลอดเพื่อให้ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนด

3. การเตรียมความพร้อมให้หญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญในทุกไตมาสของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ที่จะเข้าสู่ระยะของการคลอด ควรนำรูปแบบการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดไปดูแลในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีข้อห้าม

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. ข้อจำกัดในเรื่องบุคลากรไม่เพียงพอ แนวทางแก้ไข คือ การเตรียมญาติหรือสามีให้อยู่กับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้การดูแลความสุขสบายให้หญิงตั้งครรภ์ และเป็นผู้แทนหญิงตั้งครรภ์ในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ตามโปรแกรมที่ได้เรียนรู้ร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ที่แผนกฝากครรภ์จนเข้าสู่ระยะคลอด

2. หญิงตั้งครรภ์ทุกรายมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการที่ผิดปกติหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลาทั้งจากตนเอง และทารกในครรภ์ แนวทางแก้ไข คือ บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีการเฝ้าระวังและติดตามอาการของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานของการพยาบาลผู้คลอด

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด ลดความทุกข์ทรมานขณะรอคลอด

2. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าสู่ระยะคลอดมีการเปิดขยายของปากมดลูกเร็วขึ้น ทำให้ลดระยะเวลาในการคลอด

3. หญิงตั้งครรภ์และญาติพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด

4. บุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด

5. มีการนำโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ไปใช้เป็นแนวทางเดียวกันในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดปกติทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ระดับความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ระยะที่ 1 ของการคลอดลดลงจากเดิม ร้อยละ 20

2. ระดับความพึงพอใจของบุคลากรที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด มากกว่าร้อยละ 85

3. ระดับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์/ญาติในระยะรอคลอด มากกว่าร้อยละ 85

6. บรรณานุกรม

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกรทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2561). บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.

กิตติมา ด้วงมณี, เยาวเรศ สมทรัพย์, ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์ และศศิกานต์ กาละ. (2560) ผลของการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์ต่อความปวด และระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด. *วารสารมหาวิทยาลัย นราธิวาสราชนครินทร์*, 9(1), 35-49.

กุลรัตน์ บริรักษ์วาณิชย์, เสาวรส ป้อมเย็น, คำภา อยู่สุข และไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์. (2562). ผลการใช้ท่านั่งมณีเวชต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาการคลอด และปริมาณการสูญเสียเลือดในผู้คลอดปกติ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข. 28*(3), 455-465

ฉวีวรรณ ดียิ่ง, วันวิสาข์ ศิริวาสน์, รัชนี พจนา, ปัทมา ทองไพบูลย์และมุกดา คงแสง. (2564).การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดของผู้คลอดในระยะที่หนึ่งของการคลอด.*วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.*44(2), 24-36.

ชาลินี เจริญสุข, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2561). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 26*(2), 67-75

ดาว แดงดี, เอมพร รตินธร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และสมชัย โกวิทเจริญกุล. (2558). ผลของการกดจุด L14 และ BL32 ต่อความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารพยาบาลศาสตร์. 33(4), 15-26.

ทัศนีย์ คล้ายขา, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, นันทนา ธนาโนวรรณ และวรรณา พาหุวัฒนกร. (2556). ผลของการนวดร่วมกับการประคบร้อนต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์. 31*(2), 38-47.

ธีระ ทองสง.(2564).*สูติศาสตร์*.เชียงใหม่: หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารก ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุษยมาส หนูเอียด. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการคลอดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันต่อความกลัวการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น: การวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต), สงขลา. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปิยะนุช ขวัญเมือง, โสเพ็ญ ชูนวด และเบญญาภา ธิติพงษ์. (2563). ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความปวดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 30(3): 115-127

ปิยาณี นักบุญ, ไฝทอง สวนงาม, ศุภธาภรณ์ มะหุวรรณ์ และนิตยา กุลตังวัฒนา. (2566). การศึกษาเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติด้านการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการหายใจในหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการสอนโดยใช้สื่อแบบมัลติมีเดียกับการสอนตามปกติของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 26*(1), 78-88

พิริยา ศุภศรี. (2561). *การพยาบาลในระยะคลอด.* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.

รีนา มะโน, โสเพ็ญ ชูนวล และวิไลพร สมานกสิกรณ์. (2564). ผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบมณีเวชร่วมกับการหายใจแบบปราณายามะต่อการเจ็บครรภ์คลอดและระยะเวลาคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 8*(1), 69-84

ศิวพร สุดเพชร, นันทนา ธนาโนวรรณ, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และชานนท์ เนื่องตัน. (2557). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล. 29*(3), 42-54.

สุดารักษ์ ประสารสุพิศ, ศิริ อรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอดและผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข,31*(1),148-160.

Iliadou M. Support women in labour. (2012). Health Sciences Journal. 6(3): 385-391

Martha A MKayne Mary Beth Greulich & Leah L. Albers. (2001). Doulas: An Alternative Yet Complementary Addition to Care During Childbirth. University of New Mexico, School of Medicine, Albuquerque, New Mexico.

Melzack,R. and Wall,P.D. (1967). Pain mechaisms: a new theory. Survey of anesthesiology. 11(2): 89-90.

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวน้ำทิพย์ ประสิทธิการ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ..... 05 ม.ค. 2567 .....

ผู้ขอประเมิน