

## แบบฟอร์มบทคัดย่อผลงาน

ประเภท Poster presentation [ / ] วิจัยฉบับสมบูรณ์ ประเภทหน่วยงาน [ / ] ระดับทุติยภูมิ (รพช.)

การเสนอผลงาน [ / ] ไม่เคยนำเสนอ เผยแพร่มาก่อน

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อความปวดและพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะ  
คลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ผู้นำเสนอ นางเรวดี เป็นน้อย, นางสาวภรณ์จุรีย์ พูนช่วย, นางสาวทิพยาภรณ์ เข็ญชุม, นางสาวจุฬินีย์ จำ  
ทิพย์

หน่วยงาน งานห้องคลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

มือถือ 0840693194

E-mail [redzee12@gmail.com](mailto:redzee12@gmail.com)

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อความปวด และ  
พฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก อายุครรภ์ 37 – 40 สัปดาห์  
ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์และระยะรอคลอด อยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด ไม่ได้รับยา  
เร่งคลอด ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือน  
มีนาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 ราย โดยจำนวน 35 ราย  
แรกจัดให้เข้ากลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ และจำนวน 35 รายหลัง จัดให้เข้ากลุ่มทดลอง ใช้  
โปรแกรมการจัดการความปวด โดยเริ่มทำการทดลองเมื่อปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร บาง 100% ประเมิน  
ความเจ็บปวดโดยใช้แบบวัดความรู้สึกปวดแบบ Visual Analogue Scale (VAS) ประเมินแบบพฤติกรรมการ  
เผชิญความปวดด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดในช่วง 2 และ 4  
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและ ค่า t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนความปวดอยู่ในระดับ  
ปานกลาง (ร้อยละ 36.67) และมีคะแนนเฉลี่ยความปวด น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ( $M=6.70$ ,  $SD=1.43$  และ  
 $M=7.65$ ,  $SD= 1.74$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ในส่วนของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญ  
ความปวดพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ  
53.34 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $M=6.82$ ,  $SD=1.61$  และ  
 $M=5.69$ ,  $SD= 1.82$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการ  
จัดการความปวดนี้สามารถช่วยบรรเทาความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์  
วัยรุ่นมีพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสมมากขึ้น พยาบาลห้องคลอดจึงควรนำไปใช้ในการบรรเทา  
ปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสม  
คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการความปวด, ความปวด, พฤติกรรมการเผชิญความปวด, หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

## ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อความปวดและพฤติกรรมการเผชิญความปวด

### ในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

#### ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด เริ่มต้นเมื่อมดลูกมีการหดตัวอย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมดประมาณ 10 เซนติเมตร ใช้เวลาประมาณ 12 ชั่วโมง ในครรภ์แรกและประมาณ 6 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง ความเจ็บปวดจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้ร่างกายมีความตึงเครียดหลังสารแคทีโคลามีน และคอร์ติซอลมากขึ้น รบกวนการไหลเวียนเลือดและทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็ง เกิดเป็นแรงต้านทานขณะมดลูกหดตัวทำให้ปากมดลูกเปิดช้าและเกิดความเจ็บปวดมากขึ้น (Melzack & Wall, 2003) หญิงตั้งครรภ์ที่ปวดเป็นเวลานานจะเหนื่อยอ่อน ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกอ่อนล้าและหดตัวไม่ดี นอกจากนี้ยังส่งผลให้ระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลงและตอบสนองต่อความเจ็บปวดด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น เอะอะ โวยวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่ให้ความร่วมมือในการคลอด อาจต้องสิ้นสุดการคลอดด้วยการใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบหรือได้รับยาทางไขสันหลัง ความเจ็บปวดที่รุนแรงยังส่งผลกระทบต่อจิตใจโดยทำให้เกิดความวิตกกังวลและหวาดกลัวต่อกระบวนการคลอด ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสภาพของจิตใจในการคลอดครั้งต่อไป (Murray & McKinney, 2005) ความเจ็บปวดยังส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ กล่าวคือการหดตัวของมดลูกที่รุนแรง นานและถี่ขึ้น จะทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูก รวมทั้งปริมาณออกซิเจนไปสู่ทารกในครรภ์ลดลง ซึ่งหากคงอยู่เป็นเวลานาน ๆ จะทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน จากการที่ระดับของฮอร์โมนแคทีโคลามีนที่เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดในมดลูกมีการหดตัว เลือดไหลเวียนไปสู่รกลดลง ทำให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนในกระแสเลือด และอาจเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) (Reynolds, 2010) ซึ่งจะทำให้ทารกได้รับอันตรายถึงชีวิต หรือมีปัญหาในการพัฒนาความผูกพันระหว่างมารดา และทารก (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004)

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก ซึ่งขาดประสบการณ์ในการคลอด และความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ (Laursen, Hedgaard, & Johansen, 2008) เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (รุ่งทิพย์, เขียวลักษณ์, และอารีรัตน์, 2556) จึงมีการหลังของฮอร์โมนก่อความเครียด ส่งผลให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบ เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายน้อยลง (ชนิดาภา, สร้อย, และสุพรรณิ, 2554) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักจะมีอาการเจ็บปวดมากและจะแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม (ปาริฉัตร, เขียวลักษณ์, จวีวรรณ, และวรรณ, 2555) รวมถึงไม่ให้ความร่วมมือในการคลอด (วันเพ็ญ, สร้อย, และสุพรรณิ, 2555) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทารกให้ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอในระยะคลอด หรือเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (วิชญา, 2555) ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของทารกในระยะหลังคลอด

การบรรเทาความปวดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้กระบวนการคลอดดำเนินไปอย่างปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก ซึ่งวิธีลดปวดมีทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา การลดปวดโดยไม่ใช้ยานั้นเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำได้ จำแนกได้เป็น 3 แนวทาง ได้แก่ การปรับการเรียนรู้ทางสติปัญญา การกระตุ้นการเรียนรู้ และการกระตุ้นประสาทสัมผัสที่ผิวหนัง (Wong & Perry, 2002) ซึ่งการปรับการเรียนรู้ทางสติปัญญานั้นหญิงตั้งครรภ์มักได้รับการเตรียมคลอดจากบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นพื้นฐานตามปกติ ส่วนวิธีการกระตุ้นการเรียนรู้ และการกระตุ้นประสาทสัมผัสที่ผิวหนังนั้น จากการศึกษาพบว่าการใช้สองแนวทางผสมผสานร่วมกันเพื่อเสริมประสิทธิภาพในการลดปวดมากยิ่งขึ้น โดยการศึกษาการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดทำในระยะที่ 1 ของการคลอดช่วยลดปวดและทำให้ระยะเวลาของการคลอดสั้นลง (อุบลรัตน์, 2551) การศึกษาการนวดร่วมกับการประคบร้อนพบว่า สามารถลดความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทัศนีย์, ฉวีวรรณ, นันทนา และวรรณ, 2557) แต่การศึกษาที่ไม่พบประสิทธิภาพในการลดปวด เช่น การศึกษาผลของการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นมะกรูดนวดหน้าท้องในระยะที่หนึ่งของการคลอด พบว่าคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลักขณา, 2551) จากที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าผลการศึกษายังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงยังไม่ทราบว่าวิธีผสมผสานแบบใดที่จะลดปวดของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด ดังนั้นจึงยังคงต้องทำการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการลดปวดในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธีการอื่น ๆ เพื่อประสิทธิภาพในการลดปวดแก่หญิงตั้งครรภ์ต่อไป

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการพยาบาลแบบประคับประคอง จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลช่วยเหลือ การสนับสนุน ด้านอารมณ์ช่วยให้มีความรู้สึกปลอดภัย ประสบความสำเร็จ และมีอึดทนโนที่ทนที่ดีขึ้น ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด การให้ข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการได้ตรงตามความต้องการ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ขั้นตอนการปฏิบัติตัว และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และการให้การช่วยเหลือทางด้านร่างกายทั่วไปให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความสุขสบาย จะทำให้ความวิตกกังวล และความปวดลดลง (พิริยา, 2535) ในระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์อาจจะรับรู้และแปลความหมายว่า การคลอดเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดที่สุดในชีวิต (May, 1994) ประเมินว่าตนเองได้ถูกคุกคามจากอันตราย ซึ่งจะแสดงออกทางอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น กลัว โกรธ หรือวิตกกังวล เป็นต้น (อุบลวรรณ, 2553) ซึ่งในสถานการณ์ของการเจ็บครรภ์คลอดนั้น หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง บุคลากรทางการพยาบาลจึงเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด

สำหรับการประคบร้อนและเย็นเป็นการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิที่ผิวหนังจะไปกระตุ้นปลายประสาทอิสระบริเวณไขประสาทส่วนปลาย ของกลุ่มเส้นใยประสาท C-fiber จึงส่งผลให้ศักยภาพในการรับกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดในการคลอดจาก thoracic nerves ในตำแหน่ง T10, T11 lumbar nerves ในตำแหน่ง L1 และ sacrum nerve ในตำแหน่ง S2 ถึง S4 มีความสามารถในการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดไปยัง substantia gelatinosa และกระตุ้น transmission cell ในไขสันหลังลดลง การส่งกระแสประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดไปยังสมองน้อยลงทำให้ความเจ็บปวดลดลงตามทฤษฎีควบคุมประตู

(Melzack & Wall, 1965) การประคบเย็นและการประคบร้อนที่ควบคุมอุณหภูมิอย่างเหมาะสมจะสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดได้ (นุสรา, สุกัญญา และนันทพร, 2555)

สำหรับวัสดุที่ใช้ประคบเย็นเป็นแผ่นเจล ขนาดกว้าง 20 เซนติเมตร และยาว 30 เซนติเมตร สามารถให้อุณหภูมิที่ -29 ถึง 100 องศาเซลเซียส ซึ่งสามารถใช้ได้มากกว่าจะพบการแตกตัวของแผ่นเจล ให้ความเย็นโดยการแช่ในตู้เย็น และจากการทดสอบโดยการแช่ตู้เย็นแบบประตูเดียวที่ใช้ในครัวเรือนทั่วไป ซึ่งแช่ช่องแช่ผักผลไม้ของตู้เย็นจะมีระดับอุณหภูมิ 10 องศาเซลเซียส ตามมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมตู้เย็น (สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม, 2547) นานอย่างน้อย 2 ชั่วโมง จะทำให้แผ่นเจลมีอุณหภูมิ 10 องศาเซลเซียสซึ่งเป็นอุณหภูมิที่ไม่เป็นอันตรายกับเนื้อเยื่อ (ปาริชาติชู และวิวรรธณ, 2548) และการประคบร้อนใช้ถุงเมล็ดถั่วเขียวเป็นเมล็ดพืชที่มีการดูดกลืนความร้อนได้ดี รวมทั้งคายความร้อนออกได้ช้า ทำความร้อนโดยใช้ไมโครเวฟซึ่งจะมีความถี่ 2,450 ล้านรอบต่อวินาที กำลังไฟ 800 วัตต์ ถึง 1000 วัตต์ ซึ่งสามารถแบ่งระดับความร้อนเป็นสูงสุด ปานกลาง น้อย ที่ระดับกลาง นาน 1 นาที จะทำให้ถั่วเขียวมีอุณหภูมิ 40-41 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นอุณหภูมิที่ไม่เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อ เมื่อนำมาประคบจะทำให้เกิดความร้อนส่งผ่านไปที่เนื้อเยื่อของผิวหนังมีระดับอุณหภูมิคงที่ตลอดเวลาที่ประคบ (นุสรา, สุกัญญา และนันทพร, 2555)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการความปวดต่อความปวดและพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด โดยได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ของโคเฮน และวิลส์ (Cohen & Wills, 1985) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ของเมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1965) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้านด้วยกัน คือ 1) การสร้างความไว้วางใจ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด 3) การส่งเสริมให้เกิดความผ่อนคลาย 4) การประคับประคองจิตใจ และ 5) การสร้างความสามารถในการเผชิญกับความปวด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความปวดจากการคลอดน้อยลง และมีพฤติกรรมการเผชิญกับความปวดในระยะคลอดที่เหมาะสม เป็นแนวทางนำไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความปวด ส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญกับความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการความปวดต่อความปวด และพฤติกรรมการเผชิญความปวด ในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการความปวดต่อความปวด และพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดพัทลุง ตั้งแต่ช่วงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่

### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 10-19 ปี
2. ตั้งครรภ์แรก
3. อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ทารกอยู่ในท่าปกติ
5. มีอาการเจ็บครรภ์ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร บาง 100%
6. ไม่มีปัญหาในการพูด ฟัง อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ ยินดี

และสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

### เกณฑ์ในการคัดเลือตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ได้รับโปรแกรมไม่ครบทุกด้าน หรือด้านที่ 4 และ 5 น้อยกว่า 2 ชั่วโมง หรือระยะเวลาปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 4-10 เซนติเมตร น้อยกว่า 4 ชั่วโมง
2. มีภาวะแทรกซ้อนในระยะรอคลอดก่อนปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร

## ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis จากผลงานการวิจัยเรื่องผลของการนวดร่วมกับการประคบร้อนต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก (ทัศนีย์, ฉวีวรรณ, นันทนา และวรรณมา, 2013) มีค่า Effect size ขนาด .56 หากำหนดกลุ่มตัวอย่างในตารางทดสอบค่าทีแบบหางเดียว (power table for Independent t-test) กำหนด power = .80  $\alpha$  = .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 ราย โดยจำนวน 35 รายแรกจัดให้เข้ากลุ่มควบคุม และจำนวน 35 รายหลัง จัดให้เข้ากลุ่มทดลอง

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และข้อมูลการคลอด จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ จำนวนของการฝากครรภ์ ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บครรภ์จริงและเวลาที่ปากมดลูกเปิดหมด ตำแหน่งที่ปวด เวลาของระยะที่ 1 ของการคลอด

2. แบบวัดระดับความปวด แบบ Visual Analogue Scale (VAS) ของ Turk and Melzack ประเมินโดยให้ผู้ทดลองบอกระดับความรู้สึกเจ็บปวดด้วยการทำเครื่องหมายขีดทับแถบบนเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่วง โดยมีตัวเลขกำกับไว้ คะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนเริ่มจากเลข 0 ไม่ปวด เลข 1, 2, 3 ปวดเล็กน้อย เลข 4, 5, 6 ปวดปานกลาง เลข 7, 8, 9 ปวดมาก และเลข 10 ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ คะแนนความปวดหลังการทดลองได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในชั่วโมงที่ 2, 4 และ 6 และในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเจ็บปวดมาใช้โดยมิได้หาความเชื่อมั่นเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงสูงและใช้กันอย่างแพร่หลาย

3. แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ของพรรณิภา รักย์กุล โดยแบบประเมินแบ่งการสังเกตพฤติกรรมออกเป็น 5 ข้อ คือ ด้านการออกเสียง ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ด้านการควบคุมการหายใจ ด้านการแสดงออกของใบหน้า และด้านการตอบสนองด้านคำพูดการให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ 0, 1, 2 คะแนน 0 หมายถึง ลักษณะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ คะแนน 1 หมายถึง ลักษณะที่ควบคุมตนเองได้ปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง ลักษณะที่ควบคุมตนเองได้ ซึ่งคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดหลังการทดลอง ได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในชั่วโมงที่ 2, 4 และ 6 มีค่าตั้งแต่ 0-10 คะแนน ถ้ามีคะแนนสูงแสดงว่าผู้ทดลองสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี ถ้ามีคะแนนปานกลางแสดงว่าผู้ทดลองสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ปานกลาง ถ้ามีคะแนนต่ำแสดงว่าผู้ทดลองเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ไม่ดีการวิจัยครั้งนี้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกต (interrater reliability) เท่ากับ .80

### เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ทดลองในการศึกษารุ่นนี้ คือ

1. โปรแกรมการจัดการความปวดในระยะคลอด ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ของโคเฮน และวิลล์ (Cohen & Wills, 1985) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ของเมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1965) ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้านด้วยกัน คือ 1) การสร้างความไว้วางใจ 2) การให้ความรู้เรื่องกระบวนการคลอด 3) การส่งเสริมให้เกิดความผ่อนคลาย 4) การประคับประคองจิตใจ และ 5) การสร้างความสามารถในการเผชิญกับความปวด โดยกิจกรรมในแต่ละด้านมีดังนี้

1. ด้านการสร้างความไว้วางใจ เป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อสร้างความรู้สึกไว้วางใจและมั่นคงปลอดภัยให้กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วยกิจกรรม

- 1) การดูแลด้วยหน้าตาขมขื่นแจ่มใส อบอุ่น มีความเป็นกันเอง
- 2) การแจ้งชื่อ-สกุลของผู้วิจัย

3) การให้การพยาบาลโดยเปิดเผยร่างกายเฉพาะส่วนที่จำเป็น สถานที่มีฉัตรและมีความเป็นส่วนตัว

4) การชี้แจงให้ทราบว่าในห้องคลอดมีเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ทันสมัยบุคลากรมีประสบการณ์และพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือได้ตลอดเวลา

5) การให้บริการพยาบาลด้วยความมั่นใจ นุ่มนวล

## 2. การให้ความรู้เรื่องกระบวนการคลอด

1) การแนะนำให้ทราบว่า จะได้รับการตรวจเป็นระยะ ๆ เช่น การตรวจทางช่องคลอดทุก 1-2 ชั่วโมง

2) การบอกให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการตรวจ การพยาบาล รวมทั้งผลของการตรวจและการพยาบาลทุกครั้ง

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ของการคลอด

4) การอธิบายให้ทราบถึงเหตุผลของการจำกัดกิจกรรม เช่น การงดอาหารและน้ำทางปาก การนอนพักบนเตียง

## 3. การส่งเสริมให้เกิดความผ่อนคลาย

1) การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ช่วยเช็ดตัว ใบน้ำ เมื่อมีเหงื่อออก ช่วยทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ให้ภายหลังการถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ หรือมีน้ำคร่ำไหลเปียกชุ่ม

2) การกระตุ้นและดูแลช่วยเหลือให้ถ่ายปัสสาวะเมื่อปวด ถ้าไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เองและกระเพาะปัสสาวะเต็ม พยาบาลจะช่วยสวนปัสสาวะให้

3) การดูแลให้อ่อนหลับพักผ่อนตามสมควร ช่วยจัดท่านอนให้สุขสบาย ผ่อนคลาย

4) การดูแลจัดสภาพแวดล้อมเหมาะสมแสงสว่างพอเหมาะ ไม่มีเสียงดังรบกวนที่นอนแห้งสะอาด

## 4. การประคับประคองจิตใจ

1) การอยู่เป็นเพื่อน ให้ความเห็นอกเห็นใจ

2) การสนใจ และให้ความช่วยเหลือทันทีเมื่อขอความช่วยเหลือ

3) การพูดปลอบโยน ให้กำลังใจในระยะเจ็บครรภ์ และระยะคลอด

## 5. การสร้างความสามารถในการเผชิญกับความปวด

1) การประคบร้อน โดยนำถุงถั่วเขียวประคบร้อนที่ผ่านความร้อนจากไมโครเวฟที่ระดับกลาง นาน 1 นาที ขณะประคบร้อนวัดอุณหภูมิทุก 1 นาที ต่อเนื่องนาน 20 นาทีจะมีระดับอุณหภูมิบริเวณผิวหนังสัมผัสในช่วง 40-45 องศาเซลเซียส และไม่พบอันตรายต่อผิวหนังบริเวณที่ทำการประคบ

2) ประคบเย็นจะวัดอุณหภูมิทุก 1 นาที ต่อเนื่องนาน 20 นาที ทำการประเมินการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิผิวหนังบริเวณที่ทำการประคบต่อเนื่องนาน 20 นาที จะมีระดับอุณหภูมิบริเวณผิวหนังในช่วง 10 - 15 องศาเซลเซียส และไม่พบอันตรายต่อผิวหนังบริเวณที่ทำการประคบ

3) การบอกผลความก้าวหน้าของการคลออดเป็นระยะ ๆ

4) การสอบถามความรู้สึกถึงผลของการ ลดความเจ็บปวด ภายหลังจากให้คำแนะนำ และให้การช่วยเหลือ

### วิธีปฏิบัติ (กลุ่มทดลอง)

1. ปากมดลูกเปิด 4 ซม. บาง 100% ประเมินความปวดและพฤติกรรมการเผชิญความปวด โดยใช้แบบประเมิน Visual Analogue Scale (VAS) และแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะคลออด

2. ให้การดูแลตามกิจกรรมด้านที่ 1-5

3. ประเมินคะแนนความปวดและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลออด หลังทดลองชั่วโมงที่ 2 และ 4

### วิธีปฏิบัติ (กลุ่มควบคุม)

1. ปากมดลูกเปิด 4 ซม. บาง 100% ประเมินความปวดและพฤติกรรมการเผชิญความปวด โดยใช้แบบประเมิน Visual Analogue Scale (VAS) และแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะคลออด

2. ให้การดูแลตามรูปแบบปกติ คือ

- ประเมินการหดตัวของมดลูกและฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง
- ตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมง
- แนะนำเทคนิคการหายใจเพื่อบรรเทาปวด
- การให้ความช่วยเหลือเมื่อร้องขอ

3. ประเมินคะแนนความปวดและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลออด ในชั่วโมงที่ 2 และ 4

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความปวด และคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติค่าที (Independent t-test)

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ศึกษามีอายุระหว่าง 14-19 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุระหว่าง 17-19 ปี (ร้อยละ 82.10) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 75.10) จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 48.50) สถานภาพสมรสคู่ แต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 87.40) ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 39.20) ลักษณะการอยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่กับสามีและพ่อแม่ของสามี (ร้อยละ 36.90) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 53.10) โดยรายได้ส่วนใหญ่เป็นของสามี (ร้อยละ 35.40) ซึ่งมีความเพียงพอใช้จ่ายในครอบครัว (ร้อยละ 66.20)

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 51.50 และมารับการฝากครรภ์จำนวน 4-6 ครั้ง ร้อยละ 35.90 อายุครรภ์ที่พบมากที่สุด อยู่ในช่วง 39-40 สัปดาห์ ร้อยละ 45.60 โดยก่อนตั้งครรภ์ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 74.60 เคยรับฟังประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด ร้อยละ 83.10 และส่วนใหญ่มีความคาดหวังที่จะคลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 72.10

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ( $M=6.70$ ,  $SD=1.43$ ) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ( $M=7.65$ ,  $SD=1.74$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 70$  ราย)

คะแนนความปวด	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
กลุ่มควบคุม	7.65	1.74	.502	<.001
กลุ่มทดลอง	6.70	1.43		

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนความปวดพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนความปวดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 36.67) และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนความปวดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 46.67) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนความปวด (N=70 ราย)

ระดับความปวด	กลุ่มควบคุม (n=35)		กลุ่มทดลอง (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเล็กน้อย (1-3 คะแนน)	2	6.67	5	16.67
ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	10	33.33	11	36.67
ระดับสูง (7-10 คะแนน)	14	46.67	8	26.66
	(M=7.65, SD= 1.74)		(M=6.70, SD=1.43)	

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความปวดหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (M=6.82, SD=1.61) มากกว่ากลุ่มที่ควบคุม (M=5.69, SD= 1.82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.001$ ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดของกลุ่มตัวอย่าง (N = 70)

คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวด	M	SD	t	p
กลุ่มควบคุม	5.69	1.52	.305	.001
หลังทดลอง	6.82	1.61		

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.34) และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N=70)

ระดับคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวด	กลุ่มควบคุม (n=35)		กลุ่มทดลอง (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	7	23.33	4	13.33
ระดับปานกลาง	18	60.00	10	33.33
ระดับสูง	5	16.67	16	53.34
	(M=5.69, SD= 1.82)		(M=6.82, SD=1.61)	

## อภิปรายผล

### 1. ความปวด

หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนความปวดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 36.67) และมีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ( $M=6.70$ ,  $SD=1.43$  และ  $M=7.65$ ,  $SD=1.74$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

เนื่องจากระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 ชม.) ความปวดมีสาเหตุมาจากการได้รับการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกรู้สึกความปวดที่ใยประสาทนำความรู้สึกปวด ที่ใยประสาทขนาดเล็ก C-fiber โดยจะส่งกระแสประสาท ไปยังไขสันหลังส่งผ่านทาง dorsal horn ซึ่งมีระบบควบคุมประจุในระยะนี้กระแสประสาทผ่านทาง T10 - 12 และ L1 โดยจะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาท ในชั้น substantiagelatinosa ทำให้ transmission cell ส่งกระแสประสาทขึ้นไปยังสมอง และจะก่อให้เกิด ความรู้สึกปวด (เจือกุล, 2546) โดย จะมีความปวดบริเวณหน้าท้อง และหลังส่วนล่าง (Gupta et al., 2006) เมื่อทำการประคบเย็น หรือการประคบร้อน ซึ่งมีกลไกคล้ายคลึงกัน คือ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิที่ผิวหนังและไปกระตุ้นปลาย ประสาทอิสระบริเวณใยประสาทส่วนปลายของกลุ่ม เส้นใยประสาท C-fiber เช่นกัน จึงส่งผลให้ศักยภาพในการรับกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดลดลง การส่ง กระแสประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดไปยังสมองน้อยลง ความปวดจึงลดลงตามทฤษฎีควบคุมประจุ (Melzack & Wall, 1965) ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประคบเย็นและการประคบร้อน จึงมีความปวดในการคลอดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปารีชาติ และ วีรวรรณ (2548) ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการประคบเย็นในระยะปากมดลูก เปิดเร็ว จะมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ รับการประคบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของทัศนีย์, นวีรวรรณ, นันทนา และวรรณ (2557) พบว่ากลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการบรรเทาความปวดโดยการนวดร่วมกับการประคบร้อนมีระดับ ความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสาเหตุที่ได้ผล สอดคล้องกันอาจมาจากการระยะเวลาและตำแหน่งในการประคบและเย็นใกล้เคียงกัน จึงส่งผลให้มีผลการวิจัยที่สอดคล้องกัน

### 2. พฤติกรรมการเผชิญความปวด

หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.34) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $M=6.82$ ,  $SD=1.61$  และ  $M=5.69$ ,  $SD=1.82$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกต่อความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดได้นั้น เป็นผลจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการประคบร้อนและเย็นซึ่งเป็นการกระตุ้นการส่งสัญญาณประสาทไปยังบริเวณเรติคูลาร์ฟอร์มชัน ผ่านเข้าสู่ไฮโปทาลามัสและไปสิ้นสุดบริเวณลิมบิกใน

สมองส่วนหน้ากระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งสารเอนดอร์ฟินเพิ่มมากขึ้นซึ่งสารดังกล่าวมีฤทธิ์ลดอาการปวดลง (เจือกุล, 2546) หูยั้งตั้งครรภ์จึงเกิดการผ่อนคลาย เษชัญกับความปวดได้ดีขึ้น นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการประคบร้อน และเย็นเป็นการสัมผัสอย่างใกล้ชิดมีผลต่อจิตใจ ทำให้ผู้คลอดเกิดความรูสึกอบอุ่น ปลอดภัยเป็นผลให้ลดความตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความอดทนต่อความปวดเพิ่มมากขึ้น ทำให้หูยั้งตั้งครรภ์สามารถปรับตัวต่อความปวดขณะมดลูกหดรัดตัว และมีการแสดงพฤติกรรม การเษชัญความปวดทางด้านร่างกายและอารมณ์อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ หูยั้ง (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเษชัญการเจ็บครรภ์ตลอดต่อคะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของจิตตานันท์ (2550) ที่ศึกษาผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้ ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรม การเษชัญความปวดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก พบว่าคะแนนพฤติกรรมการเษชัญความปวดของหูยั้งตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับการเตรียมเพื่อการคลอด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

โปรแกรมการจัดการความปวดนี้ สามารถลดความปวดและส่งเสริมให้หูยั้งตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอดมีพฤติกรรมการเษชัญความปวดที่เหมาะสม ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลลดปวด และส่งเสริมพฤติกรรมการเษชัญความปวดที่เหมาะสมให้กับหูยั้งตั้งครรภ์ในระยะคลอดทุกคน

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยนำโปรแกรมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับวิธีลดความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยาอื่น ๆ เช่น การนวด การใช้ดนตรีบำบัด หรือการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการลดปวดระหว่าง การประคบร้อน และการประคบเย็น เป็นต้น

### บรรณานุกรม

- จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ. (2550). *ผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิตติพร อิงคถาวรวงศ์, อา นวย ลอยกุลนันท์, เสรีเยี่ยม เตชะภักทรกุล และนันทิยา สุวรรณรัตน์. (2543). *ผลการให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตนอย่างมีแบบแผนต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทัศนีย์ คล้ายขำ, จีวีวรรณ อยู่สำราญ, นันทนา ชนาโนวรรณ และวรรณภา พานูวัฒน์กร. (2557). *ผลของการนวดร่วมกับการประคบร้อนต่อความเจ็บปวดและ การเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก*. *Journal of Nursing Science*. 31(2), 38-47
- ลักขณา ทานะผล. (2551). *ผลของการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นมะกรูด ในการนวดหน้าท้องต่อความเจ็บปวด ระยะเวลาและความพึงพอใจของผู้คลอด ในระยะที่หนึ่งของการคลอด*. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นุสรรา อึ้งอภิธรรม, สุกัญญา ปริสัจญกุล และ นันทพรแสนศิริพันธ์. (2555). *ผลของการประคบเย็นและการประคบร้อนต่อความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก*. *พยาบาลสาร*, 39(4), 46-58.
- ปาริฉัตร อารยะจารุ, เขวลักษณ์ เสรีเสถียร, จีวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณภา พานูวัฒน์กร. (2555). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(4), 96-107.
- ปาริชาติ ชูประดิษฐ์และวีวีวรรณ ภาษาประเทศ (2548) *ผลของการประคบด้วยความเย็นต่อระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของมารดาครรภ์แรก*.
- อุบลรัตน์ สุทธิวิชชศักดิ์. (2551) *ผลของการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับการจัดทำ ในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ระยะเวลาของการคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ของหญิงรอคลอดครรภ์แรก*. มหาวิทยาลัยมหิดล/กรุงเทพฯ.
- อุบลวรรณ เกษสุวรรณ. (2553). *การส่งเสริมครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- Cohen, S. and T.A. Wills. (1985, February). "Stress Social Support and The Buffering Hypothesis," *Psychological Bulletin*. 98 : 310-353.
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: A new theory. *The American Association for the*

*Advancement of Science, 150(3699), 971-979.*

Melzack R & Wall PD. Pain management, China: Churchill Livingstone; 2003.

Murray, S. M., & McKinney, E. S. (2005). *Foundations of maternal-newborn nursing* (4th ed.).  
New York: Lippincott.

Reynolds, F. (2010). The effects of maternal labour analgesia on the fetus. *Clinical Obstetrics and Gynaecology, 24(3), 289-302.*

Wong DL & Perry SE, Hockenberry MJ. Maternal child nursing care 2<sup>nd</sup> ed. Missouri: Mosby; 2002.