

**ผลของการใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อความเจ็บปวด
ระยะเวลาในการคลอด และความพึงพอใจของผู้คลอดครรภ์แรก
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร**

นฤมล ตั้งเจริญธรรม^{*} พย.ม. (บริหารการพยาบาล)
จิรภัค สุวรรณเจริญ^{**} พย.ม. (บริหารการพยาบาล)
นันทน์ภัส กาลปักษ์^{***} พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดสำหรับผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรม “เข้าใจการคลอด เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” (2) กิจกรรม “รู้วิธี หนีความปวด” และ (3) กิจกรรม “มีแนว เพื่อการคลอด” กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครรภ์แรกที่มาใช้บริการในห้องคลอด โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ประเมินผลลัพธ์โดยใช้ (1) แบบประเมินการเจ็บครรภ์คลอด (2) แบบบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด และ (3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรก มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่พัฒนาขึ้นนี้ ส่งผลให้ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มีผลการประเมินความเจ็บปวดในระยะที่ 1 น้อยกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ ยังส่งผลให้ระยะเวลาในการคลอดทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นลง รวมทั้งผู้คลอดกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรกสูงกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ระยะเวลาในการคลอด ความพึงพอใจต่อประสบการณ์คลอด

^{*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

^{**} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

^{***} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

Correspondence author E-mail: narumol789@hotmail.com

The effect of using a care model to promote labor pain coping, duration of giving birth and satisfaction towards the first childbirth experience of the laboring women,
Chumphon Khet Udomsak Hospital, Chumphon province

Narumol Tangcharoentham [*]	M.N.S. (Nursing Administration)
Jirapuk Suwanjaroen ^{**}	M.N.S. (Nursing Administration)
Nannapat Kalapak ^{***}	M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control)

Abstract

The purpose of this quasi-experiment research was to study the effect of using a care model to promote labor pain coping of the primigravidarum, Chumphon Khet Udomsak Hospital. The proposed model consisted of 3 activities: (1) "Understanding Childbirth for safe the mother and her child, (2) "Know how to escape the pain" and (3) "Maneevej for childbirth". The sample was the primigravidarum, who received services in the delivery room, Chumphon Khet Udomsak Hospital. A sample of 60 primigravidarum was recruited via purposive sampling technique and was divided into either experimental or control groups. Both control and control comprised of 30 primigravidarum. The outcomes evaluation included (1) Labor Pain Assessment Form, (2) Birth Progress Recording Form and (3) Satisfaction Assessment Form. Alpha Cronbah Coefficient of the Satisfaction towards the first childbirth experience was 0.78. Data were analyzed using mean, standard deviation and t test.

The results revealed the proposed care model to promote labor pain coping indicated that the participants in the experimental group experienced lower pain in the stage 1, than those in the control group. Besides, the participant in the experiment group had shorter duration of the 1st and 2nd stages of labor, than those in the control group. In addition, the participants in the experimental group had significantly higher satisfaction towards the first childbirth experience than those in the control group ($p < .05$).

Key words: coping with childbirth, duration of giving birth, satisfaction with the childbirth experience

^{*} Registered Nurse, Senior Professional Level, Chumphon Khet Udomsak Hospital

^{**} Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Suratthani

^{***} Registered Nurse, Chumphon Khet Udomsak Hospital

Correspondence author E-mail: narumol789@hotmail.com

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นกลไกตามธรรมชาติที่ผู้คลอดทุกคนต้องเผชิญ ซึ่งอาการปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอด ความปวดในระดับที่รุนแรง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้ ความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดความปวดได้นำมาสู่การพัฒนาวิธีการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด ปัจจุบันมีวิธีการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดแบบไม่ใช้ยาหลากหลายวิธี เพื่อช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย และอยู่กับความปวดได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด เป็นบทบาทอิสระในการวางแผนดูแลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความปวดแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม¹ การเจ็บครรภ์คลอดในครรภ์แรก มีการเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอดนานถึง 8-24 ชั่วโมง เฉลี่ย 12 ชั่วโมง และเจ็บครรภ์ในระยะที่สองของการคลอดใช้เวลาเฉลี่ย 1-2 ชั่วโมง² ซึ่งมากกว่าครรภ์หลัง นอกจากนี้ ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการคลอด การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ประสบการณ์เชิงลบ และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องจากคำบอกเล่าของผู้อื่น เป็นสาเหตุของความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการคลอด โดยในช่วงไตรมาสที่ 3 ความกลัวเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอดจะเพิ่มมากขึ้น จนมีระดับสูงสุดในระยะคลอด โดยเฉพาะครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน

สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอด ได้แก่ การหดตัวของมดลูก แรงผลักดันภายในโพรงมดลูก การยืดของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่าง การเปิดขยายของปากมดลูก แรงดึงรั้งต่ออวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน การยืดขยายของช่องทางคลอดและฝีเย็บในช่วงที่ทารกเคลื่อนต่ำลง ทำให้เกิดการปริหรือฉีกขาดของเนื้อเยื่อ และเกิด

แรงกดบนขั้วประสาทระหว่างกระดูกเอวและกระเบนเหน็บ³ ทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้นบริเวณต้นขา ช่องคลอด อวัยวะเพศ และก้น⁴ ซึ่งการเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรงจะส่งผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้ ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้มากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก ความพร้อมของปากมดลูก ปัจจัยทางด้านจิตสังคม เช่น ความกลัว ความเครียด ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดในครั้งก่อน การได้รับการเตรียมคลอด การมีผู้ดูแลอยู่ด้วยในระยะคลอด ผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่เคยผ่านการคลอด หรือมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน จะมีความเครียดและวิตกกังวลในระยะคลอดมากกว่าผู้ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว ส่งผลให้มีระดับการเจ็บครรภ์คลอดสูงกว่าผู้คลอดในครรภ์หลัง โดยเฉพาะผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด จะขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดความหวาดกลัว และวิตกกังวล ทำให้เกิดความตึงเครียดภายในร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์มากขึ้น ดังวงจร กลัว-ตึงเครียด-เจ็บปวด (Fear-Tension-Pain)⁵ คือ เมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์คลอดแล้วมีความกลัว จะทำให้กล้ามเนื้อมีความตึงเครียด และอ่อนล้ามากขึ้น ทำให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น โดยความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง ความกลัวในการคลอดทำให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดเป็นสาเหตุ ทำให้เกิดการต่อต้านการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูก เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเจ็บปวดและความเจ็บปวดที่มากขึ้นจะนำไปสู่ความตึงเครียดและความกลัวอย่างต่อเนื่องตามวงจรลูกโซ่ของความ

กลัว ความเครียด ความเจ็บปวด ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมและมีการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี ความเจ็บปวดและประสบการณ์การคลอดยังฝังแน่นอยู่ในความทรงจำของผู้คลอดก่อให้เกิดทัศนคติทางลบต่อการคลอด ส่งผลให้เกิดความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวว่าการผ่าตัดทำคลอดมีผลดีกว่าการให้คลอดทางช่องคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์จำนวนไม่น้อยขอให้แพทย์ผ่าตัดทำคลอดให้โดยไม่มีข้อบ่งชี้ จากการศึกษา พบว่าร้อยละ 7.7 ของอัตราผ่าตัดคลอดเกิดจากความต้องการของมารดา⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ryding⁷ ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวที่รุนแรงเป็นความเสี่ยงที่ต้องการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก ทำให้สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนามีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คือไม่เกินร้อยละ 10-15 ของการคลอด สำหรับโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ พบอัตราการผ่าตัดคลอดในปีงบประมาณ 2560-2563 เท่ากับร้อยละ 58, 62.69 และ 64.20 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ 5.8-6.4 เท่า ผู้คลอดที่มาคลอดมักไม่ได้รับการเตรียมคลอดมาก่อน ผากครรภ์จากคลินิก สถานพยาบาลเอกชน ผู้คลอดเหล่านี้มักจะขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการคลอด โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรก เมื่อเกิดความเจ็บปวดจะมีพฤติกรรมร้องเอะอะโวยวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ กระสับกระส่าย นอนดิ้นไปมา ทนความเจ็บปวดไม่รู้รู้สึกทรมานมาก และเรียกร้องให้ญาติเข้ามาอยู่ด้วย

สภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานห้องคลอด เล็งเห็นความสำคัญของการเตรียมคลอดเพื่อช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการคลอดได้อย่างเหมาะสม และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี จึงสนใจศึกษา

ผลของการใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อความเจ็บปวด ระยะเวลาในการคลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์คลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อ้างอิงวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอด จากงานวิจัยของ Abushaikh⁸ ประกอบด้วย การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (cognitive coping) การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (physiological coping) และการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (psychological coping method) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ครอบคลุมเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สติ ปัญญา และงานวิจัยของ Dick-Read, Wessel, Ellis⁹ ประกอบด้วย (1) การให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด (2) การออกกำลังกายเพื่อเตรียมความพร้อมของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการคลอด (3) การใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการหายใจ (4) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลช่วยในเรื่องการผ่อนคลายและความสบายของหญิงตั้งครรภ์โดยการนวด ซึ่งรูปแบบที่พัฒนานี้ จะเป็นรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพดี โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในขณะคลอดได้อย่างเหมาะสม มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี มีความมั่นใจในการคลอดธรรมชาติ สามารถลดระยะเวลาในการรอคลอดระยะที่ 1 ให้สั้นลง และสามารถคลอดได้เองตามธรรมชาติทางช่องคลอด ผลจากการวิจัยสามารถลดอัตราการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ อีกทั้งยังสร้างความพึงพอใจความประทับใจในการบริการของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้คลอดอีกด้วย ถือเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการอีกทางหนึ่งด้วย ทั้งนี้ภายหลังจากสิ้นสุดการวิจัย พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการและ

ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านการคลอดอื่น ๆ ใน จังหวัดชุมพร และเขตบริการสุขภาพที่ 11 สามารถนำ รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ไปใช้ในหน่วยงานของตน และสร้างความพึงพอใจต่อการ เข้ารับบริการ และที่สำคัญคือ “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย”

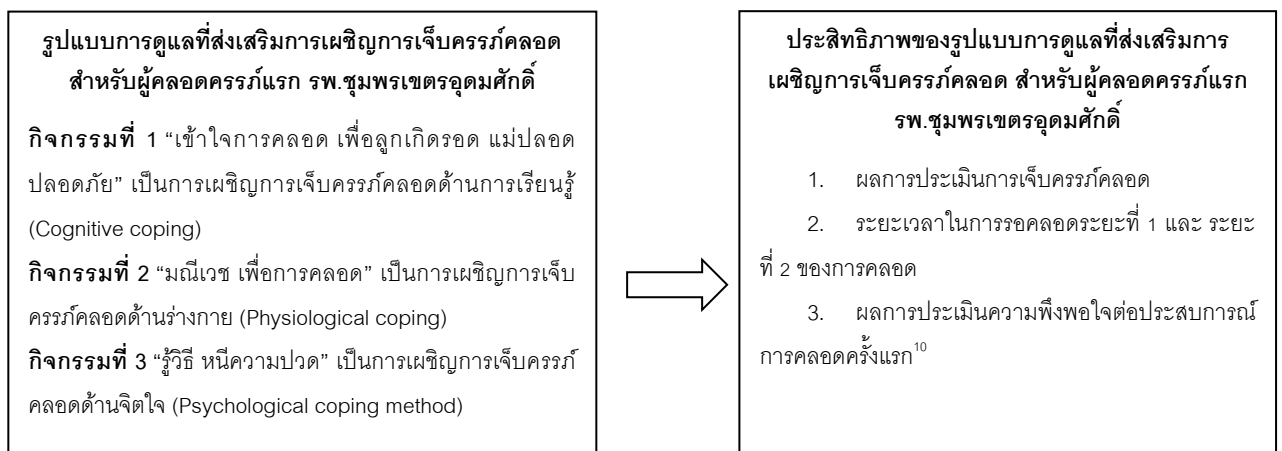
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลที่ ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด สำหรับผู้คลอด ครรภ์แรก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โดยการ เปรียบเทียบ (1) ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินการเจ็บครรภ์

คลอด (2) ระยะเวลาในการรอคลอดระยะที่ 1 และ ระยะ ที่ 2 ของการคลอด และ (3) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึง พพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรก ระหว่างกลุ่ม ทดลอง กับกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการพยาบาล ตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บ ครรภ์คลอด สำหรับผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลชุมพร เขตรอุดมศักดิ์ ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดทฤษฎีของ Abushaikha⁸ ร่วมกับรูปแบบการดูแลผู้คลอดของ Dick- Read, Wessel, Ellis⁹ ที่กล่าวแล้วข้างต้น (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีแบบแผนการศึกษาเป็นสองกลุ่ม วัดผลก่อน และหลังการทดลอง (pre-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อความเจ็บปวด ระยะเวลาในการคลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การ

คลอดครั้งแรก ที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ซึ่งการดูแลเริ่มตั้งแต่ระยะแรกรับในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ถึงระยะเวลาที่ย้ายไปหน่วยงานหลังคลอด รวมถึงการติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 รวมระยะเวลาในการทำวิจัย 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ และได้รับการประเมินว่ามีอาการเจ็บครรภ์จริง จากพยาบาลวิชาชีพและสูติแพทย์ โดยให้เข้ารับบริการเพื่อรอคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครรภ์แรก มีอายุครรภ์ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ ได้รับการประเมินว่ามีอาการเจ็บครรภ์จริงจากพยาบาลวิชาชีพและสูติแพทย์ และเข้ารับบริการเพื่อรอคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มทดลอง หมายถึง กลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และ (2) กลุ่มควบคุม หมายถึง กลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลตามปกติ ศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบแล้วจึงศึกษาในกลุ่มทดลอง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) กำหนดอำนาจการทดสอบ 80% ตาม Polit, DF, Beck CT¹⁰ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และขนาดอิทธิพล คำนวณจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ตามสูตรของ Glass อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนารู¹¹ และผลการวิจัยที่ผ่านมาของจิตตานันท์ ศรีสุวรรณ¹² ได้ค่าขนาดอิทธิพล .70 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ และเปิดตารางประมาณขนาดตัวอย่างโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (1) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ (2) อายุระหว่าง 18-35 ปี (3) พัง พุด อ่าน และเขียนภาษาไทย

ได้ (4) มีอาการเจ็บครรภ์จริง ได้แก่ มีการหดตัวของมดลูก 4 ครั้งใน 20 นาที หรือตั้งแต่ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมง หรือทุก 10 นาที ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก (5) ปากมดลูกขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร (6) มีความบางของปากมดลูกมากกว่า 80% (7) มีอายุครรภ์แน่นอนจากการตรวจอัลตราซาวด์ หรือการตรวจครรภ์พบขนาดทารกใกล้เคียงอายุครรภ์ และ (8) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ในครรภ์ปัจจุบัน

เกณฑ์คัดออก (1) ผู้คลอดประสงค์ขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย (2) ผู้คลอดเลือกวิธีการคลอดอื่นที่ไม่ใช่การคลอดปกติทางช่องคลอด และ (3) ผู้คลอดมีการคลอดก่อนดำเนินการทดลองครบตามรูปแบบที่กำหนด

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ประเมินการเจ็บครรภ์คลอด ด้วยแบบวัดระดับความเจ็บปวด (pain measurement scale) โดยใช้ประเมินการเจ็บครรภ์คลอดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ

2. ทดลองใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด สำหรับผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ดำเนินการ 3 กิจกรรม คือ

2.1 “เข้าใจการคลอด เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” เป็นการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (cognitive coping) สื่อการสอนเป็นภาพเคลื่อนไหว animation และคิวอาร์โค้ด (Quick Response Code: QR Code) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดปกติเบื้องต้น การเตรียมตัวมาคลอด อาการเจ็บครรภ์เตือน/เจ็บครรภ์จริง และการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องคลอด สำหรับผู้คลอดและสามี/ ผู้ดูแล โดยให้ผู้คลอดสแกนคิวอาร์โค้ดในวันแรกที่นอนโรงพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในขณะนั้น เป็นผู้ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาที่ผู้คลอดดูแลสื่อการสอน

2.2 “รู้วิธี หนีความปวด” เป็นการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (psychological coping method) สื่อการสอนเป็นภาพเคลื่อนไหว animation และคิวอาร์โค้ดให้ความรู้เกี่ยวกับ วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้คลอด โดยสแกนคิวอาร์โค้ด เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด คือ มีอาการเจ็บครรภ์จริง และปากมดลูกเปิด และอาการเจ็บครรภ์ในระยะที่ 2 ของการคลอด เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดถึงทารกคลอด และวิธีการเบ่งคลอด โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในขณะนั้น เป็นผู้ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา สอนสาธิต และฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลาย ด้วยการหายใจให้กับผู้คลอด ได้แก่ cleansing breath, slow deep chest breathing, shallow accelerant decelerated breathing และ shallow breathing with forced blowing out รวมถึงฝึกปฏิบัติการนวดด้วยตนเอง (self-massage) ให้กับผู้คลอด และการนวดโดยผู้ดูแล (massage by other) ตลอดระยะเวลาที่ผู้คลอดดูสื่อการสอน

2.3 “มณีเวช เพื่อการคลอด” เป็นการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (physiological coping) สื่อการสอนเป็นวีดิทัศน์สาธิตวิธีการฝึกปฏิบัติโดยใช้ท่ามณีเวช เพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด บริหารร่างกายด้วยการจัดท่าและการเคลื่อนไหว (positions and maternal movement) เมื่อปากมดลูกเปิดมากกว่า 3 เซนติเมตร โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น เป็นผู้ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา ตลอดระยะเวลาที่ผู้คลอดดูสื่อการสอน และคลิปวิดีโอ

3. ประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรก หลังการทดลองใช้รูปแบบฯ กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บ

ครรภ์คลอด สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Abushaikh⁸ และ Dick-Read, Wessel, Ellis⁹ มี 3 กิจกรรม คือ (1) “เข้าใจการคลอด เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยตลอดภัย” (2) “รู้วิธี หนีความปวด” และ (3) “มณีเวช เพื่อการคลอด”

2. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ (1) แบบประเมินการเจ็บครรภ์คลอด เป็นแบบวัดระดับความเจ็บปวด (pain measurement scale) ดัดแปลงจาก Wong-Baker FACES Pain Rating Scale¹³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แบบวัดนี้เป็นเส้นตรงที่มีตัวเลขกำกับอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการปวด เริ่มจาก 0 คือไม่ปวด ถึง 10 คือ ปวดมากที่สุด โดยมีรูปหน้าคนที่แสดงความรู้สึกเจ็บปวด จำนวน 6 ภาพ เริ่มจากไม่ปวด แสดงหน้ายิ้มแย้มจนถึงปวดมากที่สุด แสดงหน้าร้องไห้ น้ำตาไหล (2) แบบบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด (WHO Partogram) และ (3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ สูติแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่สอนด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องของข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์ได้ค่า IOC .80 และประเมินคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบฯ 4 ด้าน คือ (1) ด้านความถูกต้องครอบคลุม-accuracy standards (2) ด้านความเหมาะสม-proprity standards (3) ด้านความเป็นไปได้-feasibility standards และ (4) ด้านอรรถประโยชน์-utility standards โดยมีผลการประเมินอยู่ในระดับดีขึ้นไปทุกด้าน มากกว่า 3.51 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient 0.86

วาระการพิจารณา

2. แบบประเมินการเจ็บครรภ์คลอด เป็นแบบวัดระดับความเจ็บปวด มีเกณฑ์แปลผลแบบ Numerical Pain Rating Scale (NRS) ดังนี้

0	=	ไม่ปวดเลย
1-3	=	ปวดน้อย
4-6	=	ปวดปานกลาง
7-9	=	ปวดมาก
10	=	ปวดมากที่สุด

3. แบบบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด (WHO Partogram) แกนแนวนอน คือ เวลา แกนแนวตั้ง คือ การเปิดขยายของปากมดลูกมีหน่วยเป็นเซนติเมตร ใช้แบบบันทึกนี้ เมื่อผู้คลอดมีการเจ็บครรภ์นานครั้งละไม่น้อยกว่า 20 นาที และเจ็บครรภ์อย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 10 นาที โดยบันทึก (1) ชีพจรทุก 30 นาที ความดันโลหิต และอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง (2) ผลการตรวจน้ำตาล และโปรตีนในปัสสาวะเมื่อแรกเริ่ม (3) อัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 30 นาที (4) ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง และ (5) ตรวจภายในแรกเริ่ม และทุก 4 ชั่วโมง

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการการคลอดครั้งแรก ดัดแปลงจาก Hodnett¹⁴ มีจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 6 ข้อ และคำถามด้านลบ 4 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 7 ระดับ โดยระดับที่ 1 หมายถึง เกือบตลอดเวลาจนถึงระดับ 7 หมายถึงไม่เคยเลย คำถามด้านบวก ให้คะแนนจาก 7 ถึง 1 คำถามด้านลบให้คะแนนจาก 1 ถึง 7 มีคะแนนรวม 70 คะแนน นำไปทดลองใช้กับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างการวิจัย จำนวน 30 ราย ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient 0.78 เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ มีดังนี้

คะแนน 1-14 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการบริการการคลอดในระดับน้อยที่สุด

คะแนน 15-28 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการบริการการคลอดในระดับน้อย

คะแนน 29-42 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการบริการการคลอดในระดับปานกลาง

คะแนน 43-56 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการบริการการคลอดในระดับมาก

คะแนน 57-70 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการบริการการคลอดในระดับมากที่สุด

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เลขที่ 2021/1 วันที่ 6 พฤษภาคม 2564 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กิจกรรม ข้อดีข้อเสีย ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และประโยชน์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ลงนามในใบยินยอมเมื่อสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุ/ พาดพิงถึงตัวบุคคล นำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่พัฒนานี้ มี 3 กิจกรรม คือ (1) “เข้าใจการคลอด เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” (2) “รู้วิธีหนีความปวด” และ (3) “มีนิเวศ เพื่อการคลอด” ผลการประเมินคุณค่าของรูปแบบ 4 ด้าน ในระดับดีขึ้นไปทุกด้าน และค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.86

2. การประเมินการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดครรภ์แรก พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการ

ดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินการเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดทั้ง 3 ระยะ คือ (1) ระยะปากมดลูกเปิด 1-3 ซม.

(2) ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. และ (3) ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. น้อยกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดครรภ์แรก (N 60)

ระยะการประเมินอาการเจ็บครรภ์ในระยะที่ 1 ของการคลอด	Mean	SD	ระดับความปวด
ระยะปากมดลูกเปิด 1-3 ซม.			
กลุ่มทดลอง	3.41	0.77	ปวดน้อย
กลุ่มควบคุม	4.57	0.86	ปวดปานกลาง
ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.			
กลุ่มทดลอง	4.77	0.97	ปวดปานกลาง
กลุ่มควบคุม	7.07	0.78	ปวดมาก
ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.			
กลุ่มทดลอง	7.10	0.80	ปวดมาก
กลุ่มควบคุม	8.20	0.96	ปวดมาก

3. การประเมินระยะเวลาในการคลอดระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอดจากแบบบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

มีระยะเวลาในการรอคลอดระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ของการคลอด สั้นกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการพยาบาลปกติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระยะเวลาในการคลอดระยะที่ 1 และระยะที่ 2 (N 60)

ระยะการคลอด (นาที)	Mean	SD
ระยะที่ 1 ของการคลอด (เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง ถึงปากมดลูกเปิดหมด)		
กลุ่มทดลอง	536.17	87.70
กลุ่มควบคุม	773.83	79.99
ระยะที่ 2 ของการคลอด (เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมด ถึงทารกคลอด)		
กลุ่มทดลอง	32.13	5.92
กลุ่มควบคุม	53.30	7.30

4. การประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรก พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มีผลการ

ประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรกสูงกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรก (N 60)

คะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรก (70)	M	S.D.	t-test
กลุ่มทดลอง	64.57	4.55	2.513 [*]
กลุ่มควบคุม	49.97	6.64	

P < 0.05

อภิปรายผล

1. รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรม “เข้าใจการคลอด เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” (2) กิจกรรม “รู้วิธี หนีความปวด” และ (3) กิจกรรม “มีนิเวศ เพื่อการคลอด” จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังทดลองใช้รูปแบบฯ ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีการประเมินความเจ็บปวดในระยะที่ 1 และ 2 น้อยกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุม เนื่องจากในกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ผู้คลอดกลุ่มทดลองจะได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด อาการเจ็บครรภ์จริง การปฏิบัติตัวขณะรอคลอด และวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา เช่นวิธีการหายใจ วิธีการนวด วิธีการประคบ เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของธัญญรัตน์¹⁵ พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้คำแนะนำ สอนสาธิตเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดในระยะคลอด สามารถบรรเทาอาการปวดลง และช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับผลการวิจัยของสร้อย

และปราณีสา¹⁶ พบว่าผลของการทดลองใช้โปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติ ส่งผลให้ผู้คลอดมีการรับรู้ความปวดลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และสอดคล้องกับผลการศึกษาของทัศนีย์, จวีวรรณ, นันทนา, และวรรณ¹⁷ พบว่าการนวดและการสัมผัสโดยการนวดลึกๆ ด้วยมือเป็นวงกลมที่บริเวณก้นกบขณะมดลูกหดตัว ให้น้ำหนักมือคงที่ สม่ำเสมอ จะช่วยให้กล้ามเนื้อคลายและทำให้ระบบการควบคุมประจวบความเจ็บปวดที่ระดับไขสันหลังปิด

2. ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังทดลองใช้รูปแบบฯ ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการคลอดระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุมเนื่องจากในกิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3 ผู้คลอดกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์โดยไม่ใช้ยา เช่นวิธีการหายใจ วิธีการนวด วิธีการประคบ เป็นต้น และวิธีการหายใจเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด การเบ่งคลอดที่ถูกวิธี รวมไปถึงการฝึกปฏิบัติในการเตรียมร่างกายสำหรับการคลอดด้วยท่ามีนิเวศ ตามการเปิดขยายของปากมดลูกและความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งส่งผลให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในการเผชิญความเจ็บปวดที่

เกิดขึ้น สามารถเลือกวิธีการบรรเทาปวดและปฏิบัติตามได้ เมื่อปากมดลูกเปิดหมดสามารถเบ่งคลอดได้ ถูกวิธี จึงทำให้ระยะเวลาในการคลอดทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของผู้คลอดสั้นลง สอดคล้องกับผลการวิจัยของพยุศรี และ อาลี¹⁸ พบว่า การใช้ท่ามถีนเวทในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรก ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวของหญิงเจ็บครรภ์คลอดกลุ่มทดลอง หลังเข้าโครงการ ในระยะที่ 1 ของการคลอด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยระยะเวลาคลอดระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มทดลอง (M 194.60 นาที) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (M 261.17 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับผลการศึกษาศึกษาของธรรมบุญ และคณะ¹⁹ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนและหลังได้รับการฝึกท่ามถีนเวทและการใช้ศาสตร์แพทย์แผนไทย มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัว ของหญิงเจ็บครรภ์คลอดหลังเข้าโครงการของกลุ่มทดลอง (mean 5.10) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (mean 7.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

3. รูปแบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรม “เข้าใจการคลอด เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” (2) กิจกรรม “รู้วิธี หนีความปวด” และ (3) กิจกรรม “มถีนเวท เพื่อการคลอด” จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบฯ ครบทั้ง 3 กิจกรรม ผู้คลอดกลุ่มทดลองมีผลการประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรกสูงกว่าผู้คลอดกลุ่มควบคุม เนื่องจากผู้คลอดกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอด ได้รับคำแนะนำ และการช่วยเหลือจากพยาบาลผดุง

ครรภ์ในขณะที่ยืดหยุ่นการนอนของทั้ง 3 กิจกรรม พร้อมทั้งมีการสาธิตย้อนกลับการทำท่ามถีนเวท เพื่อเตรียมร่างกายให้เหมาะสมกับการคลอดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ส่งผลให้ผู้คลอดสามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในขณะมดลูกหดตัวทั้งในระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้คลอดมีการฝึกการเบ่งคลอดที่ถูกวิธี จึงส่งผลให้ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดครั้งแรกได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของวิไลพร, วรางคณา, สุรีย์พร, วัชรวิ และกัลยาณี²⁰ พบว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการเตรียมตัวเพื่อคลอด มีคะแนนเฉลี่ยประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาศึกษาของวรางคณาและคณะ²¹ พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนเจ็บครรภ์คลอด โดยการเยี่ยมชมสถานที่คลอด การสอนอาการเจ็บครรภ์ในระยะคลอด จะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล และสร้างความมั่นใจในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ ผู้คลอดจึงเกิดความรู้สึกดีต่อประสบการณ์การคลอดในทางที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาของชาลินี, สุพิศ, ตติรัตน์ และชลธิชา²² พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ ในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดกิจกรรมตามรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ต้องคำนึงถึงการทดลองใช้ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อทั้งผู้คลอดและพยาบาลผดุงครรภ์ เนื่องจากผู้คลอดจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงในภาวะระบาดใหญ่ แม้ว่า

แพทย์จะยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดว่าไวรัสนี้ จะส่งผลกระทบต่อการจัดตั้งครรภ์มากน้อยเพียงใด ผู้คลอดที่ติดเชื้อจะแสดงอาการในระดับที่ไม่รุนแรงจนถึงปานกลาง และสามารถหายได้ ไม่ต่างไปจากคนทั่วไป อาการเหล่านี้มีทั้งไอ มีไข้ หายใจติดขัด ปวดหัว และไม่รับรู้กลิ่น แต่ผู้คลอดที่ติดเชื้อนี้ย่อมมีความวิตกกังวลอย่างมาก ดังนั้น การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ต้องคำนึงถึงหลักการ DMHTT อย่างเคร่งครัด

2. ควรพัฒนาระบบการกำกับติดตามหลังคลอด เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ การตรวจหลังคลอดตามนัด และการวางแผน

ครอบครัว ในช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อความสะดวกในการติดตาม เช่น การจัดตั้งกลุ่มไลน์ หรือกลุ่มเฟสบุ๊กที่เป็นกลุ่มปิด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการคลอดปกติแบบบูรณาการตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ที่ออกแบบให้เป็นความร่วมมือระหว่างแผนกฝากครรภ์ งานห้องคลอด และแผนกหลังคลอด เพื่อสร้างความมั่นใจในการเลือกวิธีการคลอด ซึ่งสามารถลดอัตราการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ต่อไป

References

1. Thanyarat Kunneejitmethee . Pain and pain management during labor. Journal of the Association of Private Higher Education Institutions of Thailand under the patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn The Crown Prince. 2017;6(2):158-65. Thai.
2. Jiraporn Worawong. Basic knowledge of childbirth. In Maneeporn Somanusorn, Editor. Obstetric Nursing 2010;2(1-6). Nonthaburi: Yuttarin Publication. Thai.
3. Murray SM, McKinney, ES. Foundation of maternal newborn nursing. 4th ed. New York: Lippincott. 2005.
4. Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology. 1995;59(Suppl):9-15.
5. Dick-Read G. The practice of natural childbirth 4th ed. New York: Harper & Row.1976.
6. Wilkinson C, McIlwaine G, Boulton-Jones C, Cole S. Is a rising cesarean section rate inevitable? Br J Obstetric Gynaecol. 1998;105(1):45-52.
7. Ryding EL, Lukasse M, Parys AV, et al. Fear of childbirth and Risk of Cesarean Delivery: A Cohort Study in Six European Countries. Birth. 2015;42(1):48-55.
8. Abushaikh LA. Methods of Coping with Labor Pain Used by Jordanian Women. Journal of Transcultural Nursing. 2007;18, 35-40.
9. Dick-Read G. Childbirth without Fear. 5th ed. New York: Harper & Row. 1984.
10. Polit, D.F. and Beck, C.T. Nursing Research: Principles and Methods. 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2004.
11. Boonjai Srisathit Narakun . Research Methods in Nursing Science. Bangkok: You & I Intermedia Co., Ltd. 2010.
12. Chittanan Srisuwan. The effect of family-involved childbirth preparation on knowledge of anxiety. Pain level and pain coping behavior of first-born adolescent mothers. Nursing thesis. Master of Arts Family Nursing graduate school Khon Kaen University. 2007.
13. Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, ML., Ahmann, E., & DiVito-Thom- as, P.A. (1999). Whaley and Wong's Nursing Care of Infants and Children. 6th ed. St. Louis: Mosby.
14. Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. Res Nurs Health. 1987;10(5):301-10.
15. Thanyarat Kunneechitmethee. Pain and pain management during labor. Journal of the Association of Private Higher Education Institutions of Thailand under the patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn The Crown Prince. 2017;6(2): 158-165. Thai.

16. Soi Anusorntheerakul, Panisa Kittipritsada. Effects of Relative Education and Assistance Programs on Pain, Fear and Anxiety of First Pregnancy Participants in the First Stage of Childbirth. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2014;36(1): 23-30. Thai.
17. Tassanee Klaikham, Chaweewan Yosamran, Nantana Thananoworawan and Wanna Phahuwattanakon. Effects of massage combined with hot compress on pain and pain coping of preterm laborers. *Journal of Nursing Science*. 2013;31(2): 38-47. Thai.
18. Phayungsri Uthairat, Ali Saejeao. Effects of Tha Maniwet use on pain coping and delivery time in the first trimester. *Surat Thani Hospital. District Medical Journal* 11. 2018;32 (1):791-804. Thai.
19. Thammanoon Sukumanan, Ali Saejeao, Ta Pattaropong. Integration of health care and promotion for pregnant and postpartum women with Thai traditional medicine. *Surat Thani Hospital. Journal of Medicine District 6-7*. 2012;26 (2) (insert edition): 507-520. Thai.
20. Wilaiporn Samanaksikorn, Warangkana Chatchawet, Sureeporn Kritcharoen, Watcharee Jongpaiboonpatana Kalyanee Boonsin. First childbirth and helpers. *Songklanakarin Journal of Nursing*. 2016;36(1): 99-113. Thai.
21. Warangkana Chatchawet, Sasikan Kala, Sureeporn Kritcharoen, Watcharee Jongpaiboonpatana Kanlayanee Boonsin. Development of a model of childbirth preparation on childbirth experiences of first-term labourers. and helpers. *Songklanakarin Journal of Nursing*. 2012;30(3):143-151. Thai.
22. Chalinee Charoensuk, Supit Siriarunrat, Tatirat Techasaksak Chonthicha Osotprasor. Effects of maternity support by female relatives on suffering from labour. coping with childbirth and satisfaction with the delivery experience of the first-term caregivers. *Faculty of Nursing Journal Burapha University*. 2018;26(2):67-75. Thai.