

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะ ในการเผชิญความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในมารดาที่คลอดบุตรคนแรก The Effectiveness of Childbirth Preparation Program on Self-Efficacy in Pain Coping, Pain Level, and Pain Coping Behavior in the First Stage of Labor among the First Time Mothers

สุกัญญา บังเมฆ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง* วรรณภา พาหุวัฒน์กร
Sukanya Bungmek Piyanun Limruangrong* Wanna Phahuwatanakorn
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700
Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในมารดาที่คลอดบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ จำนวน 53 ราย เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 26 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 27 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ร่วมกับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยสายตา และแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติพีเชอร์ และสถิติแมน-วิทนียู

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่า มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากผลการศึกษาเสนอแนะว่า ควรนำไปพัฒนานวัตกรรมโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดให้แก่มารดาที่คลอดบุตร เพื่อช่วยลดภาระงานของพยาบาลในช่วงสถานการณ์โควิด-19 เช่น สร้างเป็นแอปพลิเคชันหรือออกแบบเป็นคิวอาร์โค้ด

คำสำคัญ: โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด, การรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด, พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด, มารดาที่คลอดบุตรคนแรก

Abstract

This study was based on a quasi-experimental research design aimed at studying the effectiveness of childbirth preparation program on self-efficacy in pain coping, pain level, and pain coping behavior in the first stage of labor among the first time mothers. The sample was 53 primiparous women who came to use services at the antenatal care department, Rachapiphat Hospital. They were divided into the control group with 26 subjects and the experimental group with 27 subjects. The control group received routine care only while the experimental group received the childbirth preparation program and routine care. Data were collected by using the Demographic Data Questionnaire, the Childbirth Data Recording Form, the Childbirth Self-Efficacy Inventory Questionnaire, the Visual Analogue Scale, and the Pain Coping Behavior Observation Form. Data were analyzed by using descriptive statistics, Fisher's exact test, and Mann-Whitney U Test.

According to the findings, the experimental group had higher self-efficacy in pain coping, lower pain levels during labor, and better pain coping behavior than the control group with statistical significance ($p < .001$). Based on the findings, the researcher offers the following recommendations: It should be used to develop innovative childbirth preparation programs to enhance self-efficacy in pain coping among maternity. To help reduce the workload of nurses during COVID-19, such as building an application or designing it as a QR code.

Keywords: Childbirth Preparation Program, Self-Efficacy in Pain Coping, Pain Coping Behavior, First Time Mothers

บทนำ

การคลอด เป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่มดลูกมีการบีบรัดตัวซึ่งมีความแรงและความถี่สม่ำเสมอเพียงพอเพื่อให้ปากมดลูกเปิดขยายให้ทารกเคลื่อนผ่านออกมาได้ การคลอดปกติจะเริ่มตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนถึงทารกคลอด ซึ่งครรภ์แรกมักจะเสร็จสมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมง¹ ในระยะคลอดมักพบว่ามารดาต้องเผชิญกับความกลัว ความเครียด และความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากการคลอด² โดยเหตุการณ์เหล่านี้ส่วนใหญ่จะเกิดในระยะที่หนึ่งของการคลอด ซึ่งประกอบด้วยระยะแฝงและระยะก้าวหน้าซึ่งใช้ระยะเวลายาวนานกว่าระยะอื่น ๆ มารดาที่คลอดบุตรคนแรกใช้เวลาในระยะแฝงประมาณ 20 ชั่วโมง และระยะก้าวหน้าประมาณ 4.9 ชั่วโมง³ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มารดาที่คลอดบุตรคนแรกเกิดความกลัว ความเครียดในระดับสูงจะส่งผลให้มีการรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นกว่าเดิม⁴ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดหรือควบคุมพฤติกรรมของตนเองขณะรอคลอดได้ นอกจากนี้ความเจ็บปวดยังกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System-SNS) ให้หลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) มากขึ้นทำให้กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานมีความตึงเครียดเพิ่มขึ้น ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกไม่สัมพันธ์กัน มีผลให้ความก้าวหน้าของ

การคลอดล่าช้า เกิดการคลอดที่ยาวนาน และระบบประสาทซิมพาเทติกยังทำให้เกิดการหดตัวของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงระบบต่าง ๆ ของร่างกายรวมทั้งไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนลดลง เกิดภาวะเลือดเป็นกรด ส่งผลให้หัวใจทารกในครรภ์เต้นผิดปกติ และทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ (Hypoxia)⁵

มารดาที่คลอดบุตรคนแรกยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเองได้ ทำให้เกิดการรับรู้ที่น่ากลัวมากยิ่งขึ้น⁶ เกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ กลัวสถานที่คลอด กลัวบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มขึ้น⁷ ซึ่งความกลัวและความเครียดเหล่านี้จะส่งผลให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรกเกิดการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอดบุตรต่ำ ทำให้รับรู้ความเจ็บปวดมากขึ้น และส่งผลให้ไม่สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ แสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่น เอะอะโวยวาย ร้องไห้เสียงดังและร้องขอผ่าตัดคลอด ทำให้การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี²

ดังนั้นหากต้องการช่วยให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรกมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ดีและมีการรับรู้ระดับ

ความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดลดลง ควรให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรกได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ได้มีการเตรียมตัวตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และอีกปัจจัยที่ช่วยให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรกลดความกลัว ความเครียด และสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดได้ดีคือ การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง หรือความมั่นใจในตนเองที่จะเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดได้ ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-Efficacy)⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดและการควบคุมตนเองระหว่างการคลอดของมารดาครรภ์แรกพบว่า การสอนส่วนใหญ่ใช้สื่อการสอนเป็นคู่มือแผ่นพับ ภาพพลิก เพาเวอร์พอยต์ และการสอนผ่านคอมพิวเตอร์ช่วยสอน แต่ไม่พบการกระตุ้นและติดตามการฝึกปฏิบัติการเตรียมตัวเพื่อการคลอด การให้ความรู้ด้วยแผ่นพับแจกให้ไปอ่านที่บ้านมีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถเห็นภาพเคลื่อนไหว⁹ และมารดาที่คลอดบุตรคนแรกบางคนก็ไม่สะดวกในการพกพาคู่มือ นอกจากนี้การฉายวิดีโอทัศน์ การสอนผ่านสไลด์หรือเพาเวอร์พอยต์และการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนมีข้อจำกัดคือ ต้องใช้อุปกรณ์ในการฉาย และบางสื่อก็มีความยาวต่อเนื่องกัน ไม่สามารถเลือกดูบางเรื่องที่น่าสนใจได้ และบางโปรแกรมการสอนไม่มีคู่มือให้ นอกจากนี้ยังพบว่าการฝึกปฏิบัติการเตรียมตัวเพื่อการคลอดที่หน่วยฝากครรภ์เพียงครั้งเดียวอาจทำให้ไม่สามารถจำรายละเอียดและวิธีการต่าง ๆ ได้หมด เพราะระยะเวลาการฝึกมีจำกัด และหากมาแก้ไขการปฏิบัติที่ผิดวิธีในวันที่มาคลอดมารดาที่คลอดบุตรอาจไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เพราะเคยชินกับการฝึกปฏิบัติที่ผิดวิธีมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดโดยสร้างไว้ในยูทูปและเผยแพร่ในเว็บไซต์ ปัจจุบันมีการใช้โทรศัพท์มือถือเข้าอินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลความรู้ทางเว็บไซต์เพิ่มขึ้นสำหรับประเทศไทยสำรวจพบว่ามีการพบว่ามีประชากรชาวไทยอายุ 6 ปีขึ้นไปใช้อินเทอร์เน็ตประมาณร้อยละ 85.27 และใช้โทรศัพท์มือถือร้อยละ 94.69¹⁰ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์บางคนศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ผ่านโทรศัพท์มือถือ และสามารถนำมาทบทวนในขณะที่อยู่ที่บ้านได้ตลอดเวลา¹¹ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าการใช้โทรศัพท์มือถือที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตเป็นที่นิยมมากและง่ายต่อการใช้งาน ดังนั้นจึงควรนำโทรศัพท์มือถือมาใช้ประโยชน์ในด้านสุขภาพ เช่นการใช้เป็นสื่อการสอนให้ความรู้แก่มารดาที่คลอดบุตรคนแรก หรือเป็นคู่มือในการเตรียมตัวเพื่อการคลอด

ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยสร้างเว็บไซต์เชื่อมต่อยูทูปที่มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการคลอด เรื่องเล่าของคุณแม่ครรภ์แรกที่ประสบความสำเร็จในการคลอดปกติทางช่องคลอด วิธีบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด ผู้วิจัยทำการสอนและสาธิตเพื่อให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรกฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดตาม และให้บันทึกการฝึกลงใน google form ซึ่งเป็นสื่อการสอนและคู่มือให้นำไปฝึกปฏิบัติต่อบ้าน และผู้วิจัยจะติดตามกระตุ้น สอบถามปัญหาและอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกับมารดาที่คลอดบุตรคนแรกทางไลน์และโทรศัพท์มือถือ

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในมารดาที่คลอดบุตรคนแรกระดับใด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ต่อการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดในมารดาที่คลอดบุตรคนแรก

สมมติฐานการวิจัย

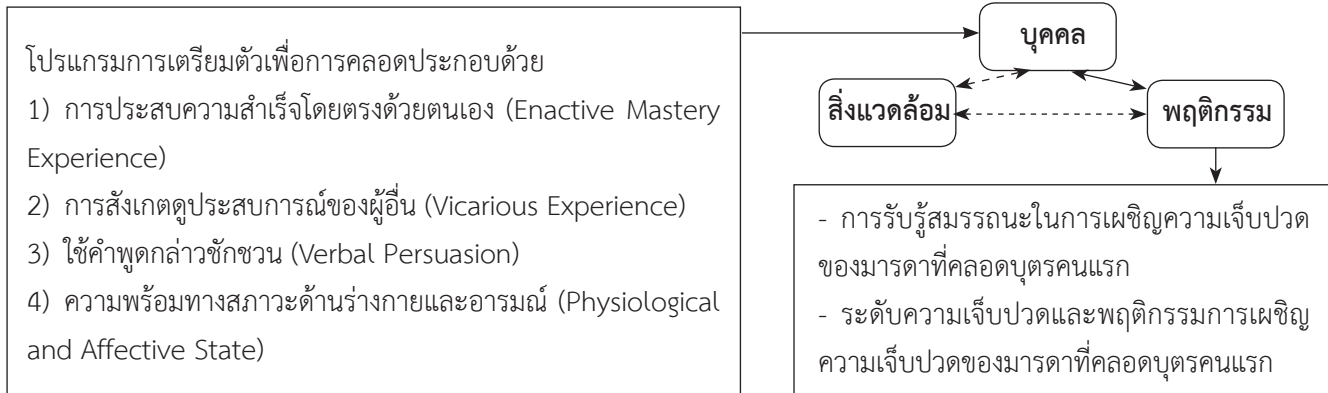
1. มารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ามารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. มารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ามารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดโดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-Efficacy)⁸ แนวคิดนี้ได้รับการพัฒนามาจากทฤษฎีการ

เรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่ง Bandura นิยามว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง คือการที่บุคคล ตัดสินความสามารถของตนเองที่จะกระทำหรือแสดงพฤติกรรม ในสิ่งที่กำหนดไว้ให้สำเร็จ และการที่บุคคลจะตัดสินใจในการ แสดงพฤติกรรมใด ๆ ออกมานั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะ

ของตนเอง ซึ่ง Bandura มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของคนเรา ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงเนื่องจากสิ่งแวดล้อมเพียง อย่างเดียวแต่ยังมีผลจากตัวบุคคลด้วย ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่ กำหนดซึ่งกันและกัน โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research Design) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์และห้องคลอด โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามเกณฑ์ การคัดเข้าดังนี้ สตรีตั้งครรภ์แรกอายุ ≥ 18 ปี ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ ตั้งใจจะคลอดที่โรงพยาบาล ราชพิพัฒน์ มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ และสามารถฟัง พูด อ่าน ภาษาไทยได้ ขณะดำเนินการวิจัยหาก สตรีตั้งครรภ์มีภาวะดังต่อไปนี้ผู้วิจัยจะยุติการเข้าร่วมงานวิจัย ทันที คือ มีอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์เมื่อรับเข้าสู่ห้องคลอด เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 2 ครั้งที่แผนกฝากครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องผ่าตัดคลอด ได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวด และได้รับยาเร่งคลอด

เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้มี 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

1. โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 5 ส่วนคือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด 2) เรื่องเล่าของคุณแม่ครรภ์แรกที่ประสบความสำเร็จในการคลอดปกติทางช่องคลอด 3) การสอนและสาธิตวิธีบรรเทาความเจ็บปวด

ระยะเจ็บครรภ์คลอด 4) การสอนวิธีการบันทึกในแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวด 5) การติดตามทางไลน์ และการกระตุ้นเตือนการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยสร้างคลิปวิดีโอในยูทูบเพื่อเชื่อมต่อกับเว็บไซต์และสร้างคิวอาร์โค้ดและ URL โหลดลงในโทรศัพท์มือถือเพื่อใช้เป็นสื่อการสอน

2. แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวด ผู้วิจัยสร้างขึ้นในรูปแบบของ google form ซึ่งอยู่ในเว็บไซต์โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกและส่งกลับให้ผู้วิจัย แบบบันทึกประกอบด้วย เวลาเริ่มและเวลาที่ฝึกปฏิบัติเสร็จ และวิธีบรรเทาความเจ็บปวด เพื่อติดตามและกระตุ้นการฝึกปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติหรือการเตรียมตัวเพื่อการคลอด

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย อายุครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ วันที่และเวลาเจ็บครรภ์จริง วันที่และเวลารับไว้ในโรงพยาบาล ผลของการตรวจภายในเมื่อแรกรับคคะแน

ความเจ็บปวดเมื่อแรกเริ่ม วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่เลือกใช้ในระยะที่หนึ่งของการคลอด ชนิดของการคลอด ระยะเวลาของการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และคะแนน앓การของทารกแรกเกิด

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเชื่อมั่นในตนเองขณะคลอด¹² ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 วัดความคาดหวังผลลัพธ์ของพฤติกรรมในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 และตอนที่ 2 คือ วัดความมั่นใจในตนเองในการกระทำพฤติกรรมในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 ที่แปลภาษามาจากแบบวัดความคาดหวังผลลัพธ์และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์คลอด (Childbirth Self-Efficacy Inventory: CBSEI)¹³ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และ .93 ตามลำดับ ผู้วิจัยเลือกเฉพาะตอนที่ 2 มาใช้ เนื่องจากสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามมีจำนวน 16 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 1-10 คะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 16-160 คะแนน การแปลผลคะแนนที่มีค่าสูงแสดงถึงความรู้สึกมีความมั่นใจมากที่สุดที่จะสามารถกระทำพฤติกรรมตามคำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด และคะแนนต่ำแสดงถึงความรู้สึกมีความมั่นใจเล็กน้อยที่จะสามารถกระทำพฤติกรรมตามคำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด

4. แบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด¹⁴ ซึ่งนำเครื่องมือไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอดจำนวน 50 ราย ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 เป็นเครื่องมือที่ดัดแปลงมาจากแบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญภาวะเครียดในการคลอด¹⁵ แปลมาจากแบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญภาวะเครียด ในระยะคลอดของ Sturrock (Sturrock Labor Coping Scale) มี 5 ด้าน คือ 1) ด้านการออกเสียง 2) ด้านคำพูด 3) ด้านการแสดงออกทางสีหน้า 4) ด้านการควบคุมการหายใจ และ 5) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ช่วงคะแนน คือ 0, 1 และ 2 คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน การแปลผล คะแนนที่มีค่าสูงแสดงถึงการมีพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดต่อการคลอดได้ดี สามารถควบคุมตนเองได้ดี และคะแนนน้อยแสดงถึงการมีพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดต่อการคลอดได้ไม่ดี

หรือไม่สามารถควบคุมตนเองได้

5. แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale; VAS) ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินความปวดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความเจ็บปวดแห่งประเทศไทย¹⁶ ซึ่งแปลมาจาก Visual Analogue Scale ของ Turk and Melzack มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร โดยจุดซ้ายมือสุดหมายถึงไม่เจ็บปวดเลย และจุดขวามือสุดหมายถึงเจ็บปวดมากที่สุด โดยให้มารดาที่คลอดบุตรคนแรกบอกระดับความรู้สึกเจ็บปวดด้วยการทำเครื่องหมายขีดทับแถบบนเส้นตรง แล้วจึงวัดความยาวจากจุดเริ่มต้นถึงจุดที่กากบาท หน่วยเป็นเซนติเมตร โดยให้คะแนนตามที่วัดได้คือ 0-10 การแปลผลคะแนนที่มีค่ามากที่สุด 10 คะแนนแสดงถึงการมีความเจ็บปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ และคะแนนน้อยที่สุด 0 คะแนนแสดงถึงการไม่มีความเจ็บปวดเลย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยนำเว็บไซต์โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด เสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์จำนวน 3 ท่าน พบว่า มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวด และเว็บไซต์โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดเท่ากับ 1, 1 และ .97 ตามลำดับ และผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมาทดลองใช้กับมารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 2-3 ราย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง สำหรับแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์ครอนบราคัลฟา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 และผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกตโดยนำแบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกในระยะที่หนึ่งของการคลอดให้พยาบาลประจำการในห้องคลอดที่มีประสบการณ์การทำงาน 5 ปี ขึ้นไป โดยใช้สถิติ Intraclass-Correlation นำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 ส่วนแบบประเมินความเจ็บปวดด้วยสายตาเป็นแบบประเมินที่เป็นสากลมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองโครงการวิจัย เลขที่ COA No. IRB-NS 2019/28.2706 ลงวันที่ 27 สิงหาคม 2563 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร เลขที่ COA U019h/62 ลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2564 ข้อมูลจากการร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อหรือนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง แต่จะใช้หมายเลขรหัสที่ผู้วิจัยกำหนดแทนการนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะถูกนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จจนครบ 27 ราย แล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบ 27 รายเช่นเดียวกัน ผู้วิจัยจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง คือ แผนกฝากครรภ์ 2 ครั้ง และห้องคลอด 1 ครั้ง โดยใช้ช่วงเวลาหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการและเข้าพบแพทย์แล้ว กลุ่มควบคุมผู้วิจัยติดสติ๊กเกอร์สีฟ้าที่มีชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัย และหมายเลขรหัส C01-C27 ไว้ที่สมุดฝากครรภ์ ส่วนกลุ่มทดลองผู้วิจัยติดสติ๊กเกอร์สีชมพูที่มีชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัย และหมายเลขรหัส E01-E27 และวิธีการใช้เว็บไซต์โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดพร้อมกับควอร์โค้ดสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างโหลดโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดและแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดไปใช้ติดไว้ที่สมุดฝากครรภ์ โดยมีขั้นตอนการศึกษาในแต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ ที่แผนกฝากครรภ์จัดกิจกรรมการสอนเป็นกลุ่มประมาณกลุ่มละ 10-20 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มควบคุมในการตอบแบบสอบถามส่วนบุคคลจำนวน 7 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดจำนวน 16 ข้อ (10 นาที) ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ ที่แผนกฝากครรภ์ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มควบคุม ในการตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดจำนวน 16 ข้อ (5 นาที) ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ ที่ห้องคลอดกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยทำการประเมินความเจ็บปวดและ

ประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาที่คลอดบุตรในระยะที่หนึ่งของการคลอดจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1) ปากมดลูกเปิด ≤ 3 เซนติเมตร ครั้งที่ 2) ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร และ ครั้งที่ 3) ปากมดลูกเปิด ≥ 8 เซนติเมตร โดยแต่ละครั้งเริ่มประเมินตั้งแต่มดลูกเริ่มหดตัวจนมดลูกคลายตัวแล้วบันทึกผลการสังเกตทันที

กลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ ที่แผนกฝากครรภ์ทำกิจกรรมเป็นกลุ่มประมาณกลุ่มละ 2-5 ราย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการ แผนกฝากครรภ์และพยาบาลห้องคลอดร่วมกับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดจากผู้วิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด (10 นาที) ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ของการใช้โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดและให้กลุ่มทดลองโหลดเว็บไซต์ลงในโทรศัพท์มือถือ ผู้วิจัยอธิบายวิธีการใช้และสอนวิธีการบันทึกการฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดลงใน google form และตอบข้อซักถาม (5 นาที) หลังจากนั้นจัดให้กลุ่มทดลองชมคลิปยูทูบในเว็บไซต์ผ่านโทรศัพท์มือถือ 3 เรื่องดังต่อไปนี้ 1. ความรู้เกี่ยวกับการคลอด (5 นาที) 2. เรื่องเล่าของคุณแม่ครรภ์แรก ที่ประสบความสำเร็จในการคลอดปกติทางช่องคลอด (10 นาที) 3. วิธีบรรเทาความเจ็บปวดระยะเจ็บครรภ์คลอด คือ การบริหารลมหายใจร่วมกับการลูบหน้าท้อง ผู้วิจัยบรรยายเรื่องการจัดท่าศีรษะสูงและการผ่อนคลายทุกส่วนของร่างกายและให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติ (15 นาที) หลังจากกลุ่มทดลองลงบันทึกใน google form ผู้วิจัยส่งข้อมูลย้อนกลับให้กลุ่มทดลองเห็นข้อมูลและความถี่ในการฝึกปฏิบัติของตนเอง ผู้วิจัยให้คำชมเชยและกำลังใจทางไลน์ และกระตุ้นเตือนการฝึกปฏิบัติผ่านโทรศัพท์มือถือทุกสัปดาห์หรือกรณีไม่พบการฝึกปฏิบัติ (5 นาที) ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ ที่แผนกฝากครรภ์ผู้วิจัยจัดกิจกรรม เน้นย้ำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดให้มากขึ้น โดยการทบทวนการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดระยะเจ็บครรภ์คลอดจากคลิปยูทูบในเว็บไซต์ผ่านโทรศัพท์มือถือ (10-15 นาที) ผู้วิจัยขอให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด (5 นาที) หลังจากกลุ่มทดลองบันทึกใน google form ผู้วิจัยส่งข้อมูลย้อนกลับ ให้กลุ่มทดลองเห็นข้อมูลและความถี่ในการฝึกปฏิบัติของตนเอง ผู้วิจัยให้คำชมเชยและกำลังใจทางไลน์และกระตุ้นเตือนการฝึกปฏิบัติผ่านโทรศัพท์

มือถือทุกสัปดาห์หรือกรณีไม่พบการฝึกปฏิบัติ (5 นาที) ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ ที่ห้องคลอดกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการฝึกทบทวนวิธีบรรเทาความเจ็บปวด (10 นาที) จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินความเจ็บปวดและประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาที่คลอดบุตรในระยะที่หนึ่งของการคลอดจำนวน 3 ครั้ง ตามการเปิดของปากมดลูก คือ ครั้งที่ 1) ≤ 3 เซนติเมตร ครั้งที่ 2) 4-7 เซนติเมตร และครั้งที่ 3) ≥ 8 เซนติเมตร

โดยแต่ละครั้งเริ่มประเมินตั้งแต่มดลูกเริ่มหดตัวจนมดลูกคลายตัวแล้วบันทึกผลการสังเกตทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) และสถิติ Fisher's exact test และเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดก่อนและหลังทำการทดลอง คะแนนความเจ็บปวดและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		Mann-Whitney U Test	p
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	46.70	8.45	42.96	12.57	-1.390	.167
หลังการทดลอง	78.67	2.53	40.04	9.79	-6.379	<.001***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

จากตารางที่ 1 คะแนนการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .167 ($p > .05$) ส่วนการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		Mann-Whitney U Test	p
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความเจ็บปวด						
latent phase	2.19	1.18	6.27	1.56	-6.251	<.001***
active phase	5.37	.84	9.46	.81	-6.424	<.001***
transitional phase	8.56	.85	9.88	.33	-5.783	<.001***
ระยะที่หนึ่งของการคลอด	5.37	.62	8.53	.69	-6.266	<.001***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

จากตารางที่ 2 คะแนนความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		Mann-Whitney	p
	Mean	SD	Mean	SD	U Test	
คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด						
latent phase	9.85	.60	5.23	1.45	-6.503	<.001***
active phase	8.63	1.52	.92	1.38	-6.395	<.001***
transitional phase	6.04	.59	.15	.37	-6.627	<.001***
ระยะที่หนึ่งของการคลอด	8.17	.67	2.10	.90	-6.303	<.001***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

จากตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 มารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ามารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า มารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ามารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้ จากการวิจัยจะเห็นได้ว่าแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-Efficacy) ช่วยทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอดบุตรได้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด โดยการสร้างการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้ โดยใช้แหล่งกระตุ้นการรับรู้สมรรถนะของตนเอง 4 แหล่ง⁹ โดยจัดกิจกรรม 3 ครั้ง คือ แผนกฝากครรภ์ 2 ครั้ง และห้องคลอด 1 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองที่มีอายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ได้เรียนรู้เพื่อให้เกิดการประสบความสำเร็จโดยตรงด้วยตนเองโดยให้รับชมยูทูปความรู้เกี่ยวกับการคลอดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดในเว็บไซต์ผ่านโทรศัพท์มือถือ ให้กลุ่ม

ทดลองฝึกปฏิบัติตามจนสามารถปฏิบัติได้ และให้กลุ่มทดลองสังเกตดูประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการคลอดปกติทางช่องคลอดของผู้อื่น ผู้วิจัยใช้คำพูดชักชวนให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติทุกวันและแนะนำวิธีการบันทึกการฝึกปฏิบัติลงในแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดทุกครั้ง หลังจากฝึกปฏิบัติเสร็จ เพื่อส่งข้อมูลการฝึกปฏิบัติให้แก่ผู้วิจัยทุกครั้ง ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง ให้คำชมเชยและกำลังใจทางไลน์และติดตามกระตุ้นเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ และผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเน้นย้ำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวด ในครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ที่ห้องคลอด โดยทบทวนการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดจากยูทูปในเว็บไซต์ผ่านโทรศัพท์มือถือ ซึ่งกลุ่มทดลองทุกรายสามารถปฏิบัติได้เองโดยอัตโนมัติและถูกต้อง ซึ่งกลุ่มทดลองสะท้อนความคิดเห็นว่าเป็นโปรแกรมที่ใช่ง่าย และใช้ได้จริง หลังปฏิบัติแล้วรู้สึกผ่อนคลายขึ้นและความเจ็บปวดลดลง ทำให้มีความมั่นใจมากขึ้น ลดความกลัวและความเครียดลงได้

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ ส่วนใหญ่ได้ให้ความคิดเห็นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลแล้วไม่ได้นำวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดไปฝึกปฏิบัติเลย มีความกลัวและไม่มีความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดจากการคลอดได้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁷ ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ผ่านซอฟต์แวร์ต่อการรับรู้สมรรถนะของมารดาที่คลอดบุตรคนแรกในการเผชิญการคลอดบุตร ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะ

ของตนเองในการคลอดบุตรระยะหลังทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะที่หนึ่งและระยะที่สองของการคลอด ($p<.001$)

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 มารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ามารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า มารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่าและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ามารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สามารถอธิบายได้ ดังนี้ มารดาที่คลอดบุตรกลุ่มทดลองที่ได้รับการรู้เกี่ยวกับการคลอดและได้ฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาความเจ็บปวดจนเกิดความชำนาญ จะเกิดการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดได้ดี ส่งผลให้ความกลัว ความเครียด และรับรู้ความเจ็บปวดลดลง และมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้ก็จะนำทักษะการบรรเทาความเจ็บปวดที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติมาใช้ในการควบคุมความเจ็บปวด และหากความเจ็บปวดรุนแรงมากขึ้น ก็จะมีพยายามและมีความอดทนที่จะหาวิธีบรรเทาความเจ็บปวดอื่น ๆ มาใช้ เพื่อช่วยให้ตนเองสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดไปได้

ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการสอนเป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การผ่อนคลายความเจ็บปวดตั้งแต่ไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ แต่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายความเจ็บปวดทุกวัน เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจึงสะท้อนความรู้สึกว่าตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ก็รู้สึกวิตกกังวลกลัว และรู้สึกเจ็บปวดมาก ยิ่งใกล้คลอดยิ่งกลัวและเจ็บปวดจนทนไม่ไหว มีความต้องการผ่าตัดคลอด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁸ ได้ศึกษาผลของดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดของทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แต่หลัง

การทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอดของทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ดังนั้นมารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดจึงมีการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่า มีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่า และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ามารดาที่คลอดบุตรคนแรกที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย ควรมีการนำผลการวิจัยในระดับประเทศเพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดที่สร้างเป็นเว็บไซต์ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดให้แก่มารดาที่คลอดบุตรคนแรก โดยเริ่มตั้งแต่วินิจฉัยครรภ์จนถึงระยะคลอด เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและมีการแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป นำไปพัฒนานวัตกรรมโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะในการเผชิญความเจ็บปวดให้แก่มารดาที่คลอดบุตร เพื่อช่วยลดภาระงานของพยาบาลในช่วงสถานการณ์โควิด-19 เช่น การสร้างเป็นแอปพลิเคชันหรือออกแบบเป็นคิวอาร์โค้ด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจากสมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย)

References

1. Medforth J, Ball L, Walker A, Battersby S, Stables S. Oxford handbook of midwifery. 3nded. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; 2017.
2. Schwartz L, Toohill J, Creedy DK, Baird K, Gamble J, Fenwick J. Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. BMC Pregnancy and Childbirth 2015;15(29):1-9.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams obstetrics. 25thed. New York: Mc Graw-Hill Education; 2018.
4. Sansiriphun N. Fear of Childbirth. Nursing Journal 2013;40 Suppl:S103-S112. (in Thai)
5. Pan PH, Booth JL. The pain of childbirth and effect on the mother and the fetus. In: Chestnut DH, Wong CA, Tsen LC, Kee WDN, Beilin Y, Mhyre J, et al, editors. Chestnut's obstetric anesthesia e-book. 7thed. Chicago: Elsevier Health Sciences; 2022. 422-40.
6. Kittisakchai T, Sansiriphun N, Kantaruksa K. Fear of childbirth in pregnant women and related factors. Nursing Journal 2013;40 Suppl:S12-S21. (in Thai)
7. Khosuk C, Anusornteerakul S. Nursing care to reduce fear of childbirth. Journal of Nursing Science and Health 2017;40(3):160-70. (in Thai)
8. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company; 1997.
9. Sinlatamkij C, Sinlatamkij S, Supaksri P. Effects of labor support program on pain-coping behavior and childbirth experience among primiparous women who received oxytocin. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019; 20(1):216-25. (in Thai)
10. National Statistical Office. Information and communication technology statistics. 2021. (in Thai)
11. Gao LL, Larsson M, Luo SY. Internet use by Chinese women seeking pregnancy-related information. Midwifery 2013;29(7):730-5.
12. Tanglakmankhong K, Perrin NA, Lowe NK. Childbirth self-efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: Psychometric properties of Thai language versions. Journal of Advanced Nursing 2011; 67(1):193-203.
13. Lowe NK. Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. Research in Nursing & Health 1993;16(2):146-9.
14. Arayajaru P, Serisathien Y, Yusamran C, Phahuwatanakorn W. Impact of a educating programme on teenage first-time mothers' childbirth anxiety, pain levels and pain-coping behavior. Thai Journal of Nursing Council 2012;27(3):96-108. (in Thai)
15. Baosoung C. Effects of structured and exposure counseling on reducing anxiety and stress coping behavior during childbirth [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 1983. (in Thai)
16. Ittichaikulthol W. Clinical guidance for management of acute postoperative pain management/The Royal College of Anesthesiologists of Thailand together with the Pain Education Association of Thailand 2011;1(1):1-58. (in Thai)
17. Rahimparvar SFV, Hamzehkhani M, Geranmayeh M, Rahimi R. Effect of educational software on self-efficacy of pregnant women to cope with labor: A randomized controlled trial. Arch Gynecol Obstet 2012;286(1):63-70
18. Wadyim N, Ratinthorn A, Phahuwatanakorn W, Kovavisarach E. Impact of music on primigravidae's mental images of pain and pain-coping behaviour during the first stage of labour. Thai Journal of Nursing Council 2014;29(1):95-107. (in Thai)