

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ต่อคะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

EFFECTS OF LABOUR PAIN COPING ENHANCEMENT PROGRAM ON PAIN SCORES AND PERCEIVED CHILDBIRTH EXPERIENCES IN PRIMIPAROUS MOTHERS

หญิง แท่นรัตน์ พย.บ. (Ying Tanrat, B.N.S.)¹

ปิริยา ศุภศรี พย.ม. (Piriya Suppasri, M.S.)²

วรรณทนา ศุภสีมานนท์ ปร.ด. (Wantana Suppaseemanont, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

การเผชิญการเจ็บครรภ์ และประสบการณ์การคลอดเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญ การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อคะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลองครั้งเดียว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุ 20 - 35 ปี มารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ได้มาจากการคัดเลือกแบบสะดวก รวมจำนวน 60 ราย โดย 30 รายแรกเข้ากลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติ และใน 30 รายหลังเข้ากลุ่มทดลอง โดยได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ ประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด เทคนิคในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด การบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการฝึกทักษะ การใช้เทคนิคต่างๆ ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการปรับทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก การดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดประคับประคองด้านจิตใจตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็น แบบสอบถามที่เป็นมาตรวัดระดับความเจ็บปวด ที่มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีแบ่งครึ่งแบบทดสอบ (Split - half) เท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที่ แบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = -4.89, p < .01$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = 3.52, p < .01$)

จากผลการวิจัยมีข้อสรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในครั้งนี้ บุคลากรทางการแพทย์ในห้องคลอดสามารถนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และเพิ่มการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด; การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ขั้นสูง) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: yingnarak108@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา - ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: supiriya@hotmail.com

³ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลมารดา - ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: suppasee@gmail.com

Abstract

Ineffective coping with labour pain leads to severe labour pain and negative perception of childbirth experiences. This quasi-experimental study of two groups with posttest only design aimed to determine the effects of labour pain coping enhancement program on pain score and perceived childbirth experiences in primiparous women. Sixty primiparous women with the age between 20 to 35 years old and giving birth at Samutprakarn Hospital were selected into the study by convenience sampling. The first 30 women were assigned to a control group receiving routine nursing care while the rest were assigned to an experimental group receiving both program and routine nursing care. Data were collected by using numerical pain scale with split-half coefficients 0.86, and perceived childbirth experience questionnaire having Cronbach's alpha coefficients .80. Data were analyzed by descriptive statistics and independent t-test.

Results revealed that the experimental group had significantly lower pain score ($t_{58} = -4.89, p < .01$) and higher perceived childbirth experience score ($t_{58} = 3.52, p < .01$) when compared to the control group.

Therefore, midwives might apply this program to help woman relieve labour pain and have positive perceived childbirth experiences.

Keywords: labour pain coping enhancement program; perceived childbirth experiences

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การหดตัวของมดลูก แรงผลักดันภายในโพรงมดลูก การยืดของกล้ามเนื้อส่วนล่าง การเปิดขยายของปากมดลูก แรงดึงรั้งต่ออวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน (เช่น เอ็น ท่อรังไข่ รังไข่ กระเพาะปัสสาวะ เยื่อช่องท้อง) ช่องทางคลอดและฝีเย็บยืดขยายในช่วงที่ทารกเคลื่อนต่ำลงมา ทำให้เกิดการปริหรือฉีกขาดของเนื้อเยื่อ และเกิดแรงกดบนข่ายประสาทระหว่างกระดูกเอวและกระเบนเหน็บ (Lumbosacral plexus) (Murray & McKinney, 2006) ซึ่งการเจ็บครรภ์ที่รุนแรงจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ทำให้มีการเพิ่มระดับของฮอว์โมน Catecholamines ซึ่งฮอว์โมนนี้จะทำให้หลอดเลือดในกล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัว และกล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานมีความตึงเครียดเพิ่มขึ้น การทำงานของกล้ามเนื้อ

มดลูกไม่ประสานสัมพันธ์กัน ทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดช้าลง ผู้คลอดที่ร่างกายมีความตึงเครียดเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดความอ่อนล้า รับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดวงจร กลัว – ตึงเครียด – เจ็บปวด (Fear- Tension – Pain) ของ Dick –Read (1972) การเจ็บครรภ์ที่รุนแรงจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดา และทารก คือ ร่างกายผู้คลอดอาจมีความผิดปกติของสมดุลกรด - ด่าง จากการที่ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น จึงหายใจเร็วขึ้น เกิดภาวะหายใจเร็ว (Hyperventilation) ร่วมกับภาวะเลือดเป็นด่าง (Respiratory alkalosis) (Reynolds, 2010) ส่วนผลระยะยาวอาจทำให้มีภาวะเครียดหรือเกิดความหวาดกลัวที่รุนแรง ซึมเศร้า มีพฤติกรรมย่ำคิดย่ำทำ มีปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในระยะหลังคลอด (Stewart, 1982) และมีปัญหาในการพัฒนาความผูกพันระหว่างมารดา และทารก (Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004) นอกจากนี้ การเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรงยังมีผล

กระทบต่อสุขภาพทารก กล่าวคือ การที่ระดับของฮอร์โมน Catecholamines ที่เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดในมดลูกมีการหดตัว เลือดไหลเวียนไปสู่รกลดลง ทำให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนในกระแสเลือด และอาจเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) (Reynolds,2010) อันจะทำให้ทารกได้รับอันตรายถึงชีวิต และการหดตัวของมดลูกในระยะคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของการคลอด ซึ่งอยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของจิตใจ และยอมทำให้ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์คลอดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดควรเริ่มตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งถึงระยะคลอด โดยใช้กระบวนการต่างๆ อาทิเช่น การให้ความรู้ การฝึกทักษะด้านร่างกาย การสนับสนุนด้านจิตใจ จะช่วยให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลง แต่ยังมีงานวิจัยค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ สำหรับผู้คลอดที่อยู่ในระยะเจ็บครรภ์และไม่เคยได้รับการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์มาก่อน ผู้วิจัยจึงคาดหวังว่าการวิจัยในครั้งนี้ อาจช่วยให้ผู้คลอดกลุ่มนี้สามารถมีวิธีในการจัดการหรือเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดนั้นให้ได้

การที่ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้มากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก ความพร้อมของปากมดลูก ปัจจัยทางด้านจิตสังคม เช่น ความกลัว ความเครียด ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดในครั้งก่อน การได้รับการเตรียมคลอด การมีผู้ดูแลอยู่ด้วยในระยะคลอด ผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่เคยผ่านการคลอด หรือมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน จะมีความเครียดและวิตกกังวลในระยะคลอดมากกว่าผู้ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว ส่งผลให้ระดับการเจ็บครรภ์คลอดสูงกว่าผู้คลอดในครรภ์หลัง (Sheiner, Sheiner, & Shoham-Vardi, 1998; Harkness, & Gijssbers, 1989 cited in Brown-ridge,1995) โดยเฉพาะผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด จะขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความหวาดกลัว และวิตกกังวล ทำให้เกิดความตึงเครียดภายในร่างกาย และจิตใจ ส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์มากขึ้น

การเตรียมคลอดเป็นกลวิธีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับ

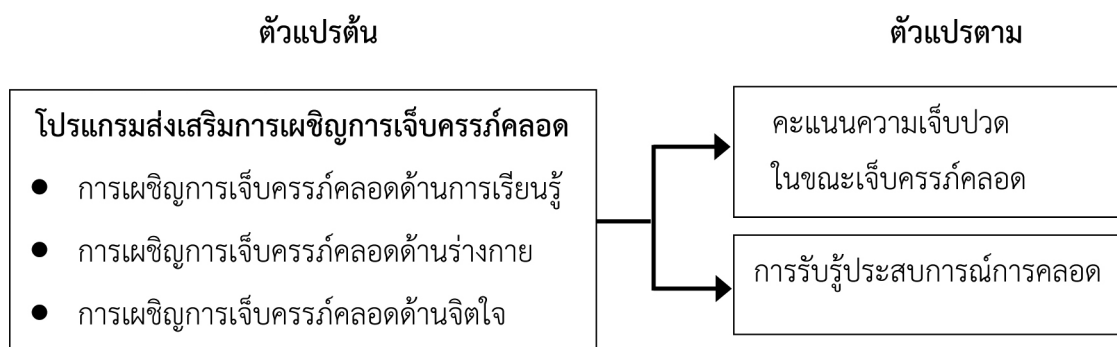
แล้วว่าสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ เผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ และเป็นบทบาทที่พยาบาลแผนกสูติกรรมสามารถกระทำได้อย่างอิสระ ซึ่งช่วงเวลาในการเตรียมคลอดที่เหมาะสมต้องทำเตรียมในระยะฝากครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีเวลาในการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะในการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัย พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมคลอด จะมีพฤติกรรมในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด กล่าวคือ การร้องเอะอะโวยวาย เรียกร้องความต้องการน้อยกว่า ควบคุมตนเองได้ดีกว่า ดังนั้น หากผู้คลอดไม่ได้รับการเตรียมคลอด ในระหว่างการตั้งครรภ์ ถ้าได้รับการเตรียมคลอดในระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) ก็น่าจะมีส่วนช่วยให้ผู้คลอดกลุ่มนี้ สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ดี

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำห้องคลอด จึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในกลุ่มผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอดมาก่อน เพื่อช่วยให้ผู้คลอดกลุ่มนี้สามารถเผชิญกับการคลอดได้อย่างเหมาะสม และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่พัฒนาขึ้นนี้ อิงวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอด จากงานวิจัยของ Abushaikha (2007) ประกอบด้วย การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (Physiological coping) และการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (Psychological coping method) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ครอบคลุมเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา จึงน่าจะเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพดีกว่าโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่แยกส่วนเพียงมิติเดียว โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดในขณะคลอดลดลง และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ต่อคะแนนความเจ็บปวด
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์
2. ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดหลังการทดลองครั้งเดียว (Two-groups only posttest design) โดยประกอบด้วยประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ประชากร คือ ผู้คลอดครั้งแรกที่มีอาการเจ็บครรภ์จริง มารับบริการที่หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครั้งแรกที่มีอาการเจ็บครรภ์จริง อายุ 20-35 ปี อายุครรภ์ 38-42 สัปดาห์ และปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร ตั้งครรภ์ปกติและไม่มีโรคทางอายุรกรรม และภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ในช่วงที่มารับบริการตั้งแต่เดือนมกราคม – เดือนเมษายน พ.ศ.2559 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การหาอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) ด้วยโปรแกรม G * Power โดยกำหนดขนาดของอิทธิพลที่มีขนาดกลาง (Effect size) $d=.50$ กำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .50 (Cohen, 1988 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยันทรากูร, 2550)

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย เพื่อต้องการให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 30 รายแรกเข้ากลุ่มควบคุม และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบเพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม (Contaminate) หลังจากนั้นจึงจัดกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย หลังเข้ากลุ่มทดลอง และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือวัดความเจ็บ เป็นมาตรวัดความปวดด้วยตัวเลขที่เป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตรแต่ละเซนติเมตรมีตัวเลขกำกับ ตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่เจ็บครรภ์เลย และ 10 หมายถึง เจ็บครรภ์มากที่สุด ประเมินโดยให้กลุ่มตัวอย่างบอกระดับตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ให้คะแนนความเจ็บปวดตามระดับที่ผู้คลอดบอก เป็นจำนวนเต็มตามตัวเลข คือ 0 ถึง 10 คะแนน หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีแบ่งครึ่งแบบทดสอบ (Split-half) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของมาตรวัด = 0.86
2. แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี พัฒนาจาก Marut & Mercer (1979) ร่วมกับบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้คลอด แบ่งเป็น 4 หมวด ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน พิจารณาตามลักษณะข้อคำถาม การแปลผลคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี คิดจากคะแนนรวม

ข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ โดยมีพิสัยของคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 31-124 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่ามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี คะแนนรวมน้อยแสดงว่าการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ด้อย ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้เท่ากับ .80

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เป็นชุดของกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้คลอดจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด โดยอิงวิธีการในการเผชิญการเจ็บครรภ์ตามงานวิจัยของ Abushaikh (2007) ประกอบด้วย 1.) การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) โดยการให้ 1.1) ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด 1.2) เทคนิคในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด 1.3) การบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับ 1.4) การฝึกทักษะ และ 2.) การปรับทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก โดยใช้ 2.1) แผนการสอนรายบุคคล และ 2.2) คู่มือ

ส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ผู้คลอดสร้างขึ้น โดยใช้เวลา 15 - 20 นาที ให้ในระยะปากมดลูกเปิดช้า (เปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร) การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (Physiological coping) โดยการดูแลความสบายด้านร่างกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยการใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย (เทคนิคการหายใจ การนวด การลูบหน้าท้อง) การปรับเปลี่ยนท่าทางและการเคลื่อนไหว การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (Psychological coping) โดยผู้วิจัยประคับประคองด้านจิตใจตลอดระยะที่ 1 ของการคลอดอยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิดเป็นกันเอง คอยปลอบใจ ให้กำลังใจ โดยใช้คำพูดที่มีความหมายด้านบวก การสัมผัสอย่างนุ่มนวล ซึ่งการสัมผัสเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกทางบวก เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี เป็นการให้กำลังใจช่วยเพิ่มความรู้สึกผ่อนคลาย และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะใกล้คลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง (n = 60)

กลุ่ม	n	Mean	SD	Mean difference	t	df	p
กลุ่มควบคุม	30	9.20	0.71	-1.03	-4.89	58	<.01
กลุ่มทดลอง	30	8.16	0.91				

$p < .01$

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลอง (N =60)

กลุ่ม	n	Mean	SD	Mean difference	t	df	p
กลุ่มควบคุม	30	86.17	9.92	8.06	3.52	58	<.01
กลุ่มทดลอง	30	94.23	7.71				

$p < .01$

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้วว่า ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของการวิจัยตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การวิจัยขึ้นกับความสมัครใจ รวมทั้งเมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้วสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบต่อกับกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informal consent form)

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในกลุ่มทดลองเมื่อแรกรับเข้าห้องคลอด ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล หลังจากนั้นผู้วิจัยให้โปรแกรมส่งเสริมการเจริญการเจ็บครรภ์คลอด แจกคู่มือการส่งเสริมการเจริญการเจ็บครรภ์ให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาด้วยตนเอง ร่วมกับได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลหน่วยงานห้องคลอด ประเมินความปวดด้วยมาตรวัดความปวดในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร และผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้ประสบการณ์การคลอด โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ภายใน 2-6 ชั่วโมง

ส่วนกลุ่มควบคุม เมื่อแรกรับเข้าห้องคลอด ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยแจกคู่มือส่งเสริมการเจริญการเจ็บครรภ์ให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาด้วยตนเอง ผู้ทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลหน่วยงานห้องคลอด ประเมินความปวดด้วยมาตรวัดความปวดในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร และประเมินระดับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดด้วยแบบสอบถามการ

รับรู้ประสบการณ์การคลอด ภายใน 2-6 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที่แบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดครั้งแรก หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 24.40 ปี ($SD = 3.97$) และ 24.60 ปี ($SD = 3.51$) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี (กลุ่มควบคุม: ร้อยละ 66.7, กลุ่มทดลอง : 76.7) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. (กลุ่มควบคุม: ร้อยละ 60, กลุ่มทดลอง: 46.7) สถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มควบคุม : ร้อยละ 100, กลุ่มทดลอง: 93.3) กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้างและอาชีพแม่บ้านเท่ากันคิดเป็น (ร้อยละ 50) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 24,900.00 บาท ($SD = 6,839.79$) ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านคิดเป็น (ร้อยละ 60) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย 26,466.67 บาท ($SD = 8,791.58$)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลองการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบค่าที่ แบบอิสระ (Independent t-test) พบว่า ผู้คลอดกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = -4.89$, $p < .01$; กลุ่มทดลอง : $M=8.16$, $SD = 0.91$; กลุ่มควบคุม : $M = 9.20$, $SD = 0.71$) ดังตารางที่ 2

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบอิสระ (Independent t-test) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{58} = 3.51$, $p < .01$; กลุ่มควบคุม ($M = 86.17$, $SD = 9.92$; กลุ่มทดลอง $M = 94.23$, $SD = 7.71$) ดังตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ มีคะแนนความเจ็บปวด น้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อาจเป็นผลมาจากกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นการเตรียมความพร้อมต่อการคลอดให้กับผู้คลอด ซึ่งประกอบด้วย

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด เทคนิคในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด การบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการฝึกทักษะ การใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการปรับทัศนคติต่อการคลอดในเชิงบวก ทำให้ผู้คลอดมีการประเมินและการแปลความหมายเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ไปในด้านบวก เป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการรับรู้ที่ถูกต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง ช่วยให้ผ่านเหตุการณ์ที่เกิดความเครียดจากการเจ็บครรภ์คลอดไปได้ (Butler, Damarin, Beaulieu, Schwebel, & Thorn, 1989 cited in Browning, 2000) เป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการรับรู้ที่ถูกต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง ช่วยให้ผู้คลอดมีความกลัว ความวิตกกังวลลดลง และความตึงเครียดของร่างกายในระยะเจ็บครรภ์ลดลง (Murry & McKinney, 2006) ผู้คลอดจึงรับรู้ว่าการเจ็บครรภ์ลดลง (ทัศนีย์ กลั่นเชตรกิจ, 2549)

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (Physiological coping) โดยการดูแลความสบายด้านร่างกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด หรือการบรรเทาปวดด้วยเทคนิคต่าง ๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การปรับเปลี่ยนท่าทางและการเคลื่อนไหว การนวดสัมผัสที่นุ่มนวล เป็นการทำให้ร่างกายเกิดความสมดุลของพลังงานร่างกาย มีความก้าวหน้าในการคลอด ลดความเจ็บปวด และลดระยะเวลาในการคลอด มีการรับรู้ต่อความเจ็บปวดในระดับสมองลดลง จึงเจ็บปวดลดลง (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ และตติรัตน์ สุวรรณสุจริต, 2546)

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (Psycho-

logical coping) โดยผู้วิจัยระดับประคองด้านจิตใจตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด อยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิดเป็นกันเอง คอยปลอบใจ ให้กำลังใจ ใช้คำพูดที่มีความหมายด้านบวก ใช้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล ซึ่งการสัมผัสเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกทางบวก เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี เป็นการให้กำลังใจช่วยเพิ่มความรู้สึกผ่อนคลาย และเปิดโอกาสให้ผู้คลอดระบายความรู้สึก เป็นการช่วยเพิ่มความมั่นใจ การรับรู้ความสามารถในการคลอด (Kannan, Jamison, & Datta, 2001; Tumblin & Simkin, 2001) ทำให้ร่างกายเกิดความสมดุล มีความก้าวหน้าในการคลอด ซึ่งส่งผลให้ความเจ็บปวดลดลง (Chang, et al., Eberhand et al., 2005; Lee et al., 2004 cited in Abushaikh, 2007)

2. หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์มีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมากกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อาจเป็นผลมาจากกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ที่เกี่ยวกับการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (Psychological coping) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนผู้คลอดอย่างต่อเนื่องตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด จะทำให้ผู้คลอดลดความเครียด และรู้สึกได้รับการดูแลช่วยเหลือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกปลอดภัย ทำให้ผู้คลอดลดความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการตัดวงจรกลัว – ตึงเครียด – เจ็บปวด (Fear- Tension – Pain) และมีกำลังใจในการเผชิญกับความเจ็บปวด รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด จะทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ขั้นตอนการปฏิบัติตัว และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการเผชิญการเจ็บครรภ์ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประสบการณ์การคลอดที่ดี (บุญทวี สุนทรลิมศิริ และคณะ, 2555)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ มีผลทำให้ผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ มีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่า และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ทีมทางการแพทย์ ได้แก่ พยาบาลห้องคลอด สูติแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดไปประยุกต์ใช้ ประกอบพฤติกรรมกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเจ็บปวดในระยะคลอด และมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

2. ด้านการศึกษาการพยาบาล คณาจารย์ในสถาบัน การศึกษาพยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์นี้ ไปใช้ในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

การวิจัยครั้งต่อไป หากจะมีการพัฒนาต่อยอด โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ ควรคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์คลอด เช่น ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก ความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอด รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด เช่น อายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกรู้สีก่อนค่าในตนเอง มาออกแบบในงานวิจัยเชิงทดลองโดยใช้ตัวแปรดังกล่าวมาเป็นตัวแปรปฏิสัมพันธ์ร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อลดความเจ็บปวดและเพิ่มประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอด

เอกสารอ้างอิง

- ทัศนีย์ กลั่นเขตรกิจ. (2549). ผลของการเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเอง ต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวใน ระยะคลอดของสตรีครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูเอนต์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญทวี สุนทรลัมศิริ, ศรีสมร ภูมนสกุล และอรพินธ์ เจริญผล. (2552). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคอง ในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. *Rama Nursing Journal*, 15(3), 361-372.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ และตติรัตน์ สุวรรณสุจริต. (2546). การดูแลและส่งเสริมสุขภาพหญิงในระยะคลอดและทารกแรกเกิด (พิมพ์ครั้งที่ 3) ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- Abushaikha, L. A. (2007). Methods of coping with labor pain used by Jordanian women. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1), 35-40.
- Brownridge, P. (1995). The nature and consequences of childbirth pain. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 59(Suppl), 9-15.
- Dick-Read, J. (1972). *The practice of natural childbirth*. New York: Harper & Row.
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.
- Kannan, S., Jamison, R. N., & Datta, S. (2001). Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 26(5), 468-472.
- Murray, S. M., & McKinney, E. S. (2006). *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 Gynecology*, 24(3), 289-302.
- Stewart, D. E. (1982). Psychiatric symptoms following attempted natural childbirth. *Canadian Medical Association Journal*, 127(8), 713-716.
- Tumblin, A., & Simkin, P. (2001). Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth*, 28(1), 52-56