



วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

Nursing Public Health and Education Journal
ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561 ISSN 0859-3949

การรักษามะเร็งทางรีเวชด้วยการผ่าตัดกับผลกระทบต่อผลกระทบด้านความบกพร่องทางเพศ

* ประวีตา คำแดง

การควบคุมอาหารชักและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคลมชัก: เปรียบเทียบระหว่างวัยสูงอายุกับวัยผู้ใหญ่

* อัจฉราภรณ์ ทองเย็น, ชุศักดิ์ ลิ้มหทัย, อธิมา วัฒนวิจิตรกุล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจโดยใช้รูปแบบผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเคราะห์

* ปรีศนา วะสี, มยุรฉัตร ด้วงนกร, บุษบา อัครวนสกุล, วรณิกา จะเรียมพันธ์, ชนาวิทย์ สิทธิสมบัติ, กฤตพัทธ์ ผิกฝน

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในทารกอายุ 6 เดือน
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3

* สุจิตรา บางสมบุญ

ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด
ที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

* วรินทร์ธร สุขกาย, ฉวี เบาทรงวง, นันทพร แสงศิริพันธ์

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

* ปัทมาพร ชนมาร

ความรู้ การรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ตำบลแวง อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด

* เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, ฉัตรลดา ดีพร้อม, ลฎาภา วังบง

รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในทศวรรษหน้า

* นิมิตรตรา แว, วิจิต เรืองบ้าน, วารุณี ทะยีสามะสา, นิสาวร มุหะมัด, นฤมล ทองมาก, อรรณพ สนธิไชย

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลจำปาหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

* ประจวบ แผลมหลัก, เพชรภรณ์ ชัยวีรัตน์, สรวิต บุญญศรี

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

* กาวินี ชุ่มเสียง, ปิ่นหทัย ศุกเมธาพร, นิชกานต์ ทรงไทย

การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านกอก
ตำบลดงแดง อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

* อรุณรัตน์ ปัญจะกลั่นเกษร, ฉัตรลดา ดีพร้อม,

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

* ญาดา เรียมริมมะดัน, พงษ์ณัฐวัฒน์ สมบัติภูธร,

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมอัตลักษณ์การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของนักศึกษา

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต(สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

* อรรณพ สนธิไชย, ถนอมศักดิ์ บุญสุ, นิธิศ ฮานี

ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งแรกบนหอผู้ป่วย

* กฤตพัทธ์ ผิกฝน, เปรมฤดี ศรีวิชัย, สุรางคนา ไชยรินคำ, ปกัษญา ธัญปานสิน

การพัฒนบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์แบบปฏิสัมพันธ์เพื่อใช้ในการเรียนเรื่องการตรวจสภาพจิต ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

* นงคาร รวงแดง, ดวงดาว อุบลรัมย์

Nursing
Public Health
Education



วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2561 ISSN 0859-3949

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม – เมษายน

พฤษภาคม – สิงหาคม

กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 ต.บ้านต้อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวทิน นพินิตย์

ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand

ดร.ธานี กล่อมใจ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน ดร.ปรีศนีย์ สมิทธิ์

เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ

อาจารย์สมศรี ทาทาน

อาจารย์อัมพร ยานะ

อาจารย์วรัญญากร โนนใจ

อาจารย์ฐิติพร เรือนกุล

นายเอกชัย หมั่นขัติย์

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อุทัย ภิรมย์รัตน์

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

รองศาสตราจารย์ ดร.ประวิต เอรารวรรณ

รองเลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ

มหาวิทยาลัยเนชั่น

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ตง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

เทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์รัตน์

ผู้อำนวยการหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.บรรจง ไชยรินคำ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.ประจวบ แผลมหลัก

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

มหาวิทยาลัยเนชั่น

ดร.นุสรุา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร.สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์

นครสวรรค์

ดร. ดาราวรรณ รองเมือง

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร.ดลนภา หงส์ทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

สารบัญ

หน้า

- การรักษามะเร็งทางนิวรีเวชด้วยการผ่าตัดกับผลกระทบต่อความบกพร่องทางเพศ 3
- การควบคุมอาการชักและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคลมชัก : เปรียบเทียบระหว่างวัยสูงอายุกับวัยผู้ใหญ่ 14
- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจโดยใช้รูปแบบผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ 27
- ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในทารกอายุ 6 เดือนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 40
- ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน 49
- การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 61
- ความรู้ การรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแวง อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด 73
- รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในทศวรรษหน้า 86
- แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลจำปาหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 97
- ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 108
- การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านกอก ตำบลดงแดง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด 120
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา 132
- รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมอัตลักษณ์การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี 145
- ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งแรกบนหอผู้ป่วย 161
- การพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิ่งแบบปฏิสัมพันธ์เพื่อใช้ในการเรียนเรื่องการตรวจสภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี 169



ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความเจ็บปวด และการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด ที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

วรินทร์ธร สุขกาย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
ฉวี เบาทรวง
นันทพร แสนศิริพันธ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

ความเจ็บปวดในการคลอดเป็นสาเหตุของความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะในผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ดังนั้นการช่วยเหลือผู้คลอดให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอดที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือน กันยายน ถึงเดือน พฤศจิกายน 2560 จำนวน 44 ราย เลือ ก กลุ่ม ตัวอย่าง ตาม เกณฑ์ ที่ กำหนด แบ่ง เป็น กลุ่ม ควบคุม และ กลุ่ม ทดลอง กลุ่มละเท่า ๆ กัน และจับคู่ทั้งสองกลุ่มให้เหมือนกันด้วย ลำดับที่ของการมีบุตรและการเตรียมการคลอด กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจากพยาบาลผดุงครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการสนับสนุนในระยะคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของเดวีส์ และ ฮอดเนทท์ (2002) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินความเจ็บปวดชนิดเป็นตัวเลข และแบบสังเกตการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของสเตอร์รอดฉบับภาษาไทยโดยฉวี เบาทรวง (2526) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีการเผชิญความเจ็บปวดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้การสนับสนุนในระยะคลอด เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแลในการลดความเจ็บปวดในผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

คำสำคัญ : การสนับสนุนในระยะคลอด ความเจ็บปวด การเผชิญความเจ็บปวด ผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน



Effects of Labor Support on Pain and Pain Coping Among Parturients Undergoing Oxytocin Augmentation

Varintorn Sukkay
Boromarajonani College of Nursing Phayao
Chavee Baosoung
Nantaporn Sansiriphun
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Abstract

Labor pain causes discomfort and suffering, especially in parturients undergoing oxytocin augmentation. Therefore, helping women to cope with labor pain is an important role of nurse-midwives. This quasi-experimental research study aimed to examine the effects of labor support on pain and pain coping among parturients undergoing oxytocin augmentation. The subjects were 44 parturients admitted to the labor unit at the Health Promotion Hospital, Health Promotion Center Region 1 in Chiang Mai, Thailand between September and November 2017. The subjects were selected following the inclusion criteria and were assigned in an equal number into an experimental and a control group. Both groups were matched to ensure the similarity of gravida and childbirth preparation. Subjects in the experimental group received labor support from the nurse-midwife, while subjects in the control group received routine care. The research instrument was the labor support plan developed by the researcher based on the labor support model of Davies and Hodnett (2002). The data collection tools were the Numeric Pain Rating Scales and the Sturrock Labor Coping Scale, Thai version by Baosoung (1983). Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test. The study revealed that the experimental group had significantly less labor pain than the control group ($p < .001$). Moreover, the experimental group coped significantly better during labor than the control group ($p < .001$). This findings suggest that nurse-midwives should provide labor support to improve quality of care in reducing labor pain among parturient undergoing oxytocin augmentation.

Keywords : Labor support, Pain, Pain coping, Parturient undergoing oxytocin augmentation



บทนำ

การคลอตเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติในการให้กำเนิดบุตร แต่ประสบการณ์การคลอตก็มีความตึงเครียดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (Lowe, 1996) โดยผู้คลอตส่วนใหญ่มีกรับรู้ว่ากระบวนการคลอตก่อให้เกิดความเจ็บปวดเฉียบพลันที่รุนแรงซึ่งเป็นสัญญาณเตือนถึงภาวะที่เป็นอันตราย และอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา (Lowe, 2002) ผู้คลอตจะรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามความก้าวหน้าของการคลอต ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายจนถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานโดยเฉพาะผู้คลอตที่ได้รับการเร่งคลอตด้วยยาออกซิโทซิน ผู้คลอตจะรู้สึกเจ็บครรภ์มากกว่าการเจ็บครรภ์คลอตปกติเนื่องจากผลของยาออกซิโทซินที่ส่งเสริมให้มดลูกมีการหดรัดตัวที่แรงและถี่ขึ้น (Robinson, Norwitz, Cohen, McElrath, & Lieberman, 1999)

การเร่งคลอต (augmentation) เป็นการรักษาทางสูติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การคลอตสิ้นสุดลงในระยะเวลาที่เหมาะสม โดยการกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกหลังจากมีการเจ็บครรภ์จริงตามธรรมชาติ ทำให้มดลูกมีการหดรัดตัวแรงสม่ำเสมอ ปากมดลูกเปิดขยายและบางลง และศีรษะของทารกมีการเคลื่อนต่ำลงตามระยะที่ควรจะเป็น การคลอตมีความก้าวหน้า ไม่เกิดการคลอตยาวนาน ซึ่งจะทำให้ในรายที่มีการแตกของถุงน้ำคร่ำมาก่อนการเจ็บครรภ์เป็นเวลานาน หรือในรายที่ปากมดลูกเปิดขยายช้าจากการที่มดลูกหดรัดตัวไม่ดีพอ (Cunningham et al., 2014) โดยยาออกซิโทซินจะกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ทำให้ความแรงและความถี่ของการหดรัดตัวของมดลูกเพิ่มขึ้นมากกว่าการหดรัดตัวตามปกติ (ประสงค์ ตันมหาสมุทร และ บุญเลิศ วิริยะภาค, 2553) ซึ่งในผู้คลอตที่เจ็บครรภ์ตามธรรมชาติและมีความก้าวหน้าของการคลอตจนคลอตได้เองตามปกติทางช่องคลอด จะมีความแรงของการหดรัดตัวของมดลูกอยู่ระหว่าง 140-150 มอนเตวิดเดโอ (Seitchik, Amico, Robinson, & Castillo, 1984) แต่ในผู้คลอตที่ได้รับการเร่งคลอตด้วยยาออกซิโทซิน จะมีความแรงของการ

หดรัดตัวของมดลูกอยู่ระหว่าง 200-225 มอนเตวิดเดโอ (Hauth, Hankins, Gilstrap, Strickland & Vance, 1986)

การรับรู้ความเจ็บปวดที่รุนแรงจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งผู้คลอตและทารกในครรภ์ ผลกระทบด้านร่างกายผู้คลอต คือ การเจ็บครรภ์คลอตที่รุนแรง จะทำให้อัตราการใช้ออกซิเจนของร่างกายเพิ่มขึ้น ระบบประสาทอัตโนมัติจะกระตุ้นให้มีการหายใจเร็วขึ้น ทำให้เกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำ และเกิดภาวะเลือดเป็นด่างที่เป็นผลมาจากการหายใจตามมา และความเจ็บปวดทำให้ระดับของอีพิเนฟริน และ คอร์ติซอล สูงขึ้น ส่งผลให้มดลูกหดรัดตัวผิดปกติและจังหวะการหดรัดตัวไม่สม่ำเสมอ ทำให้เกิดระยะเวลาของการคลอตยาวนาน เพิ่มความเสี่ยงของการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอตและการผ่าตัดทำคลอตสูงขึ้น นอกจากนี้ร่างกายยังมีการหลั่งสารแคททีโคลามีน ซึ่งส่งผลให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น เพิ่มแรงต้านที่หลอดเลือดส่วนปลาย และเพิ่มแรงต้านการไหลเวียนเลือดออกจากหัวใจ ความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังรกลดลง อาจทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะค้ำขั้น (Charlton, 2005; Cunningham et al., 2014) ส่วนผลกระทบต่อด้านจิตใจ พบว่าความเจ็บปวดที่รุนแรงจะส่งผลให้เกิดความกลัว ซึ่งกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร แคททีโคลามีน ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและเพิ่มระดับความเจ็บปวด เมื่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ความกลัวและความตึงเครียดจะเพิ่มขึ้น จนเกิดเป็นกลุ่มอาการกลัว ตึงเครียด และเจ็บปวด (fear-tension-pain syndrome) เป็นวงจรต่อเนื่องต่อไป (Dick-Read, 1984) ซึ่งการรับรู้ความเจ็บปวดที่เป็นความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้คลอตรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเอง ไม่มีพลังอำนาจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และไม่พึงพอใจต่อการคลอต (Nilsson & Lundgren, 2009) และยังเป็นประสบการณ์ทางลบที่ฝังติดอยู่ในจิตใจ เป็นความทรงจำในช่วงหนึ่งของชีวิตการมีบุตร (Lowe, 2002)



การรับรู้ความเจ็บปวดของผู้คลอดแต่ละคนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ อายุของผู้คลอดและลำดับของการมีบุตร โดยผู้คลอดที่มีอายุมาก หรือเคยมีประสบการณ์ในการคลอดมาก่อน จะมีการรับรู้ความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดที่มีอายุน้อยและเป็นผู้คลอดครั้งแรก (Nichols & Humenick, 2000) นอกจากนี้มีปัจจัยเกี่ยวกับท่าของทารกในครรภ์ ท่าทางและการเคลื่อนไหวของผู้คลอด ความเหนื่อยล้า ภาวะแทรกซ้อนของผู้คลอด และการได้รับยาเร่งคลอด ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้คลอด ปัจจัยด้านจิตใจที่สำคัญ คือ ความกลัว และความวิตกกังวล ซึ่งกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร แคททีโคลามีน ส่งผลให้ความรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงขึ้น (Lowdermilk et al., 2016) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม โลวี (Lowe, 2002) อธิบายว่า ในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม จะมีรูปแบบการปฏิบัติเพื่อลดความเจ็บปวดในการคลอด การปฏิบัติตามสังคมและวัฒนธรรมถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสบการณ์ความเจ็บปวดในการคลอด ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะของห้องคลอด เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ที่อยู่ในห้องคลอด แสงสว่าง เสียงต่างๆที่เกิดขึ้นในห้องคลอด ระดับอุณหภูมิ เป็นต้น พบว่า เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้คลอด (Lowdermilk et al., 2016)

เป้าหมายสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลผู้คลอด เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ ซึ่งบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์สามารถช่วยเหลือผู้คลอดในการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา จะมุ่งเน้นให้ผู้คลอดยอมรับความเจ็บปวดในทางบวก มีความเข้าใจธรรมชาติของการคลอด ธรรมชาติของการเจ็บครรภ์ อยู่กับการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน และที่สำคัญมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้และผ่านพ้นการคลอดไปได้ด้วยดี (Leap, Sandall, Buckland, & Huber, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะคลอด (Simkin & Bolding, 2004) พบว่าวิธีที่มีประสิทธิภาพมีหลายวิธี เช่น การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง การเคลื่อนไหว และการเปลี่ยนท่าทาง การสัมผัส การให้ความรู้ การผ่อนคลาย การนวด เป็นต้น

การสนับสนุนในระยะคลอด (labor support) มีแนวคิดพื้นฐานมาจากการสนับสนุนทางสังคม และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง หมายถึง การอยู่ด้วยกับผู้คลอด พร้อมทั้งให้การดูแลสนับสนุนช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด โดยพยาบาลผดุงครรภ์ที่เป็นผู้ดูแลจะตอบสนองความต้องการของผู้คลอดอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Davies & Hodnett, 2002; Sauls, 2002) การสนับสนุนในระยะคลอดโดยพยาบาลผดุงครรภ์ตามแนวคิดของ เดวิสและฮอดเนทท์ (2002) ประกอบด้วย การสนับสนุน 3 ด้าน ดังนี้ 1) การให้ข้อมูลและคำแนะนำ 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด การให้กำลังใจ และการทำให้สบายใจ หายกังวล และ 3) การสนับสนุนด้านการบริการ เป็นการช่วยเหลือให้ร่างกายสุขสบาย ซึ่งการสนับสนุนในระยะคลอดนั้นเป็นแนวทางสำคัญในการดูแลที่ให้ผลย้อนกลับทางบวกเกิดผลลัพธ์ของการคลอดที่ดี ผู้คลอดมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดและจัดการกับสถานการณ์ของการคลอดได้เหมาะสม มีความพึงพอใจต่อการคลอด ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อมารดาและทารก (Corbett & Callister, 2000)

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้คลอดที่ได้รับ การเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ถึงแม้ที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนในระยะคลอดโดยพยาบาลผดุงครรภ์ แต่ยังไม่สามารถนำมาอธิบายการลดความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินได้ เนื่องจากผู้คลอดในกลุ่มนี้จะมีความรู้สึกเจ็บปวดมากกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับยาเร่งคลอด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ตามแนวคิดของ เดวิสและฮอดเนทท์ (2002) ประกอบด้วย การให้ข้อมูล



และคำแนะนำ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของ กระบวนการคลอดในระยะเจ็บครรภ์ การเร่งคลอดด้วย ยาออกซิโทซิน การปฏิบัติตัวที่ช่วยบรรเทาความ เจ็บปวดด้วยตนเองโดยใช้เทคนิคการหายใจช้าๆ ด้วย ทรวงอก การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการใช้คำพูดให้ กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อน และการสัมผัส และการ สนับสนุนด้านการบริการ โดยการดูแลความสบาย ด้านร่างกาย การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและเปลี่ยน ท่าทาง และการนวดบริเวณกระดูกสันหลัง โดยพยาบาล ผดุงครรภ์ให้การสนับสนุนในระยะคลอดทั้ง 3 ด้าน อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทาง สำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการบรรเทาความเจ็บปวด และส่งเสริมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับ การเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินอย่างมีประสิทธิภาพใน โอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดและกลุ่มที่ ได้รับการดูแลตามปกติ

2. เปรียบเทียบการเผชิญความเจ็บปวดของ ผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดและกลุ่มที่ ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับการเร่ง คลอดด้วยยาออกซิโทซินกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนใน ระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. การเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินกลุ่มที่ได้รับการ สนับสนุนในระยะคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสอง กลุ่มวัดหลังการทดลอง (two-group posttest

) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอดที่มาคลอดในแผนกห้อง คลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) อายุ 20-35 ปี 2) ครรภ์เดี่ยว ครรภ์ครบกำหนด และทารก ในครรภ์อยู่ในท่าปกติ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทาง อายุรกรรมและสูติกรรม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคติดเชื้อ ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะตกเลือด ก่อนคลอด 4) แรกครรภ์ไว้ในการดูแล ปากมดลูกเปิด ขยายไม่เกิน 5 เซนติเมตร 5) สามารถสื่อสารภาษาไทย ได้ 6) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย ได้แก่ กลุ่ม ตัวอย่างยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ได้รับการดูแลในระยะคลอด น้อยกว่า 2 ชั่วโมง และเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่าง รอคคลอด ได้แก่ ทารกมีภาวะค้ำขื่น การคลอดไม่ ก้าวหน้า และแพทย์พิจารณาผ่าตัดทำคลอด

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดลอง สองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (two samples independent group test) โดยใช้การวิเคราะห์ อำนาจทดสอบ (power analysis) ที่ .80 กำหนดค่า ความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) ที่ระดับ .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลของกลุ่ม ตัวอย่าง (effect size) ที่ .50 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 44 ราย (Burns & Grove, 2010) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการ สนับสนุนในระยะคลอด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ ดูแลตามปกติ กลุ่มละ 22 ราย และทั้งสองกลุ่มได้รับการ จับคู่ให้มีลักษณะเหมือนกันในเรื่อง ลำดับที่ของการ มีบุตรคือ มีจำนวนบุตร 1 คน หรือ 2 คน และการ เตรียมคลอด คือ มีการเตรียมคลอด หรือไม่มีการ เตรียมคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ แผนการสนับสนุนในระยะคลอดและภาพพลิกการ



ปฏิบัติตัวสำหรับผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของเดวิสและฮอดเนทท์ (2002) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย การให้ข้อมูลและคำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการบริการ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้คลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัวต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ลำดับที่ของการคลอดบุตร การเตรียมคลอด การได้รับยาระงับปวด ระยะเวลาที่ได้รับยาเร่งคลอด ความเจ็บปวดก่อนทดลอง และการเผชิญความเจ็บปวดก่อนทดลอง

2.2 แบบประเมินความเจ็บปวดชนิดเป็นตัวเลข (Numeric Pain Rating Scales) ของแมคคัฟเฟอร์ และบีบี (McCaffery & Beebe, 1989) มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่กำหนดด้วยตัวเลข มีความต่อเนื่องกันจาก 0 - 10 คะแนน คะแนนความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้นตามลำดับตัวเลขจากน้อยไปมาก ประเมินโดยผู้คลอดบอกคะแนนบนเส้นตรงที่ตรงกับระดับความเจ็บปวดของตนเอง

3. แบบสังเกตการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของสเตอร์ร็อค (Sturrock Labor Coping Scale) (Sturrock, cited in Vijatrasil, 1976) ฉบับภาษาไทยโดยฉวี เบาทรวง (2526) ประกอบด้วยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดขณะมดลูกหดรัดตัวทั้งหมด 5 ด้าน คือ ด้านลักษณะออกเสียง ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านการควบคุมการหายใจ ด้านการแสดงออกทางใบหน้า และด้านคำพูด การให้คะแนนให้ตามลักษณะและการแสดงออก ดังนี้
คะแนน 0 หมายถึง การแสดงออกในลักษณะที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ได้แก่ เอะอะ

โวยวาย ไม่สามารถควบคุมการหายใจ หน้าตาบูดเบี้ยว พูดอย่างหมดหวัง ไม่สามารถทนต่อไปอีกแล้ว

คะแนน 1 หมายถึง การแสดงออกในลักษณะกลางๆ สามารถควบคุมตนเองได้พอสมควร ได้แก่ ร้องครางเบาๆ เคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนด้วยความไม่สุขสบาย ควบคุมการหายใจไม่สม่ำเสมอ คิ้วขมวด เม้มหรือขบริมฝีปาก บ่นถึงความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบาย

คะแนน 2 หมายถึง การแสดงออกในลักษณะที่สามารถควบคุมตนเองได้ดี ได้แก่ พูดคุยด้วยน้ำเสียงปกติ นั่งหรือนอนอย่างผ่อนคลาย ควบคุมการหายใจได้สม่ำเสมอ กล้ามเนื้อใบหน้าผ่อนคลาย คำพูดแสดงถึงความพยายาม ความอดทน

การแปลผล คะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเจ็บปวดที่มีค่าคะแนนมาก แสดงว่าผู้คลอดมีการเผชิญความเจ็บปวดดีกว่าผู้คลอดที่มีคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเจ็บปวดน้อย

ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยผู้วิจัยและพยาบาลผดุงครรภ์ 1 ท่าน ร่วมกันสังเกตการเผชิญความเจ็บปวดขณะมดลูกหดรัดตัวพร้อมกัน จำนวน 10 ครั้ง และนำคะแนนของผู้สังเกต 2 คน มาหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (inter-rater reliability) ได้เท่ากับ 1.00

การรวบรวมข้อมูล

โครงการนี้ได้รับการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่โครงการ 121 - 2560 และรหัสโครงการ FULL046 - 2560) และเสนอเอกสารต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้แจ้งสิทธิ์และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน หลังจากนั้นจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง



1. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

เมื่อรับใหม่ไว้ในห้องคลอด ตั้งแต่แรกถึงจนถึงปากมดลูกเปิดหมด กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำ การปฏิบัติตัว การดูแลความสบาย การบรรเทาความเจ็บปวด จากบุคลากรทางสุขภาพตามมาตรฐาน การดูแลผู้คลอด และผู้วิจัยประเมินความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด และสังเกตการเผชิญความเจ็บปวดเมื่อแรกรับกลุ่มตัวอย่างได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน และปากมดลูกเปิดขยายไม่เกิน 5 เซนติเมตร เพื่อเก็บไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน หลังจากนั้น ผู้วิจัยติดตามประเมินความเจ็บปวดและติดตามสังเกตการเผชิญความเจ็บปวด ทุก ๆ 1 ชั่วโมง จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

เมื่อแรกรับกลุ่มตัวอย่างได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน และปากมดลูกเปิดขยายไม่เกิน 5 เซนติเมตร ผู้วิจัยประเมินความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด และสังเกตการเผชิญความเจ็บปวด เพื่อเก็บไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน แล้วให้การสนับสนุนในระยะคลอด 3 ด้าน ตามลำดับ ดังนี้

2.1 การสนับสนุนในระยะคลอดครั้งแรก เมื่อเริ่มดูแลผู้คลอด 1) ให้ข้อมูลและคำแนะนำ ผู้วิจัยให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้คลอด มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคลอดในระยะเจ็บครรภ์ การเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเองโดยใช้เทคนิคการหายใจช้าๆ ด้วยทรวงอก (slow chest breathing) โดยมีสื่อการให้ข้อมูลเป็นภาพพลิกประกอบการสอน ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที จากนั้น 2) ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการใช้คำพูดให้กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อน และการสัมผัสเป็นเวลา 10-15 นาที และ 3) ให้การสนับสนุนด้านการบริการ โดยการดูแลความสบายด้านร่างกาย การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่าทาง และการนวดบริเวณกระดูกก้นกบ เป็นเวลา 5-10 นาที รวมเวลาให้การสนับสนุนในระยะคลอดทั้ง 3 ด้านในครั้งแรกประมาณ 40-55 นาที และภายหลังเสร็จสิ้นการให้การ

สนับสนุนในระยะคลอดครั้งแรก ผู้วิจัยประเมินความเจ็บปวดและสังเกตการเผชิญความเจ็บปวด

2.2 การสนับสนุนในระยะคลอดครั้งต่อไปทุก ๆ ชั่วโมง โดยในแต่ละครั้งผู้วิจัยให้การสนับสนุนทั้ง 3 ด้าน ดังนี้ การให้ข้อมูลและคำแนะนำ เป็นการทบทวนข้อมูลที่ได้แนะนำไปแล้วในการสนับสนุนครั้งแรก โดยบอกความก้าวหน้าของการคลอดในปัจจุบันและอธิบายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า กระตุ้นให้ใช้เทคนิคการหายใจขณะมดลูกหดตัว เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามข้อสงสัย ตอบคำถาม และอธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจในสิ่งที่สงสัย ซึ่งการให้ข้อมูลและคำแนะนำ ผู้วิจัยกระทำไปพร้อมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการใช้คำพูดให้กำลังใจ การอยู่เป็นเพื่อน และการสัมผัส ระยะเวลาในการสนับสนุนทั้งสองด้านนี้ประมาณ 10-15 นาที สำหรับการสนับสนุนด้านการบริการ ผู้วิจัยดูแลความสบายด้านร่างกาย ส่งเสริมการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่าทาง และการนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที รวมเวลาที่ใช้ในการสนับสนุนทุก ๆ ชั่วโมงครั้งละประมาณ 15-25 นาที และสิ้นสุดการสนับสนุนในระยะคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมด ภายหลังเสร็จสิ้นการให้การสนับสนุนในระยะคลอดทุก ๆ ชั่วโมงในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยประเมินความเจ็บปวดและสังเกตการเผชิญความเจ็บปวด

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test) กำหนดการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน จำนวน 44 ราย เป็นกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดจำนวน 22 ราย และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 22 ราย กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 20-34 ปี อายุเฉลี่ย 26.55 ร้อยละ 45.45 มีช่วงอายุระหว่าง 20-25 ปี ร้อยละ 95.45 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 36.38 มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย



ร้อยละ 50 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 54.55 มีรายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 90.91 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 81.82 เป็นการตั้งครุครั้งแรก ร้อยละ 54.55 ไม่ได้รับการเตรียมการคลอด ร้อยละ 95.45 ไม่ได้รับยาระงับปวด ระยะเวลาที่ได้รับยาเร่งคลอดเฉลี่ย 231.82 นาที คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนทดลองเท่ากับ 4.23 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเจ็บปวดก่อนทดลองเท่ากับ 9.45 คะแนน

กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 20-34 ปี อายุเฉลี่ย 27.68 ร้อยละ 50 มีช่วงอายุระหว่าง 20-25 ปี ร้อยละ 95.45 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 40.92 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.18 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 54.55 มีรายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 86.36 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 81.82 เป็นการตั้งครุครั้งแรก ร้อยละ 54.55 ไม่ได้รับการเตรียมการคลอด ร้อยละ 77.28 ไม่ได้รับยาระงับปวด ระยะเวลาที่ได้รับยาเร่งคลอดเฉลี่ย 234.55 นาที คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนทดลองเท่ากับ 4.95 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเจ็บปวดก่อนทดลองเท่ากับ 7.86 คะแนน

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเรื่อง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ จำนวนครั้งการตั้งครุ การเตรียมการคลอด การได้รับยาระงับปวด และระยะเวลาที่ได้รับยาเร่งคลอด พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน แต่มีความแตกต่างกัน ในเรื่องคะแนนความเจ็บปวดก่อนทดลอง และคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดก่อนทดลอง

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนน	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ความเจ็บปวดในระยะคลอด	7.05	0.77	8.62	0.75	6.83	<.001

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนน	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด	7.54	0.92	3.28	1.10	-13.94	<.001



อภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัย ความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) และการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนในระยะคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด ประกอบด้วย การให้ข้อมูลและคำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการบริการ การสนับสนุนทั้ง 3 ด้านอย่างต่อเนื่องมีส่วนสำคัญในการลดความเจ็บปวดและส่งเสริมการเผชิญความเจ็บปวด ดังนี้ การให้ข้อมูลและคำแนะนำ เป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระยะคลอด และความก้าวหน้าของการคลอด (Davies & Hodnett, 2002) หากผู้คลอดไม่ได้รับคำแนะนำเหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ (fear of unknown) ไม่รู้ว่าจะมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้น (Melender, 2002) ความกลัวนั้นจะทำให้เกิดความตื่นตระหนกทางอารมณ์แล้วทำให้ระดับความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความกลัวและความตื่นตระหนก กลายเป็นวงจรของกลุ่มอาการความกลัว - ความตื่นตระหนก - ความเจ็บปวด

(fear-tension-pain syndrome) (Dick-Read, 1984) ซึ่งการที่ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้คลอดสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองและเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดี (Perry, 2006) อีกทั้งกลุ่มทดลองยังได้รับคำแนะนำการใช้เทคนิคการหายใจช้าๆ ด้วยทรวงอก (slow chest breathing) เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) จากความเจ็บปวด และยังช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเจ็บปวด และมีความสุขสบายเพิ่มขึ้น (Adams & Bianchi, 2008) ดังเช่นการศึกษาของทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์ และคณะ (2557) พบว่า การให้ผู้คลอดควบคุมการหายใจ ทำให้ผู้คลอดมีระดับความเจ็บปวดลดลง และมีการเผชิญความเจ็บปวดดีขึ้น

การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด การให้กำลังใจ การทำให้สบายใจ หายกังวล และการสนับสนุนการใช้กลไกการเผชิญกับความตื่นตระหนก (Davies & Hodnett, 2002) โดยการใช้คำพูดเพื่อให้กำลังใจ สามารถทำให้ผู้คลอดอบอุ่นใจ มั่นใจในตนเองว่าจะสามารถผ่านการคลอดได้ (Bower, 2002) การอยู่เป็นเพื่อน คอยให้กำลังใจ และรับฟังความรู้สึกของผู้คลอด ทำให้ผู้คลอดรู้สึกได้รับการดูแลเอาใจใส่ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความรู้สึกวางใจ มั่นคง สามารถช่วยลดความกลัว ความหวาดหวั่น และความวิตกกังวลในระยะคลอดได้ เป็นการช่วยตัดวงจรความกลัว-ความตื่นตระหนก-ความเจ็บปวด (Dick-Read, 1984) ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้คลอดและพยาบาลผดุงครรภ์ผู้ดูแล ส่งผลต่อสภาวะอารมณ์ของผู้คลอดทางด้านบวก (Mackinnon, McIntyre, & Quance, 2005) อีกทั้งกลุ่มทดลองยังได้รับการสัมผัสทำให้รู้สึกสุขสบาย ส่งผลให้ผู้คลอดมีการรับรู้ความ



เจ็บปวดลดลง ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับ การสนับสนุน ด้านอารมณ์ พบว่า ช่วยให้ผู้คลอดสามารถจัดการกับ อารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองในระยะเจ็บ ครรภ์ได้ จึงช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวด ได้ดี และตอบสนองต่อความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม (Morhason-Bello et al., 2009)

การสนับสนุนด้านการบริการ เป็นการช่วย ดูแลให้ร่างกายสุขสบาย (Davies & Hodnett, 2002) ซึ่งการดูแลความสุขสบายด้านร่างกายนั้น ช่วยให้ผู้ คลอดสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นใน ระยะคลอดได้ดีขึ้น (Simkin & Bolding, 2004) อีกทั้ง กลุ่มทดลองยังได้รับการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและ เปลี่ยนท่าทาง ทำให้ลดแรงกดบริเวณกระดูกเชิงกราน และเนื้อเยื่ออ่อน ส่งผลให้เกิดการผ่อนคลายของ กล้ามเนื้อและบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ ได้ (Simkin & Bolding, 2004) ดังเช่นการศึกษาของ ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์ และคณะ (2557) พบว่า การ ให้ผู้คลอดอยู่ในท่าที่เหมาะสม ทำให้ผู้คลอดมีระดับ ความเจ็บปวดลดลง และมีการเผชิญความเจ็บปวดดีขึ้น ส่วนการนวดบริเวณกระดูกก้นกบ ทำให้กลุ่มทดลอง รู้สึกเจ็บปวดลดลง ดังเช่นการศึกษาของดาริกา วรวงศ์ และคณะ (2554) พบว่า การบรรเทาปวดโดยการนวด บริเวณกระดูกก้นกบในระยะที่ 1 ของการคลอด ทำให้ ผู้คลอดมีระดับความเจ็บปวดลดลง

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การให้การ สนับสนุนในระยะคลอดทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การให้ข้อมูล

และคำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการ สนับสนุนด้านการบริการ ส่งผลให้ผู้คลอดที่ได้รับการ เร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซินมีความเจ็บปวดลดลง และ มีการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ผลการศึกษาสามารถ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวด และส่งเสริมการเผชิญ ความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยา ออกซิโทซิน ซึ่งการสนับสนุนในระยะคลอดเป็นบทบาท ที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระเพื่อ เพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้คลอดต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผลของการศึกษาการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความ เจ็บปวด และการเผชิญความเจ็บปวดของ ผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน ผู้วิจัยมี ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาล ผดุงครรภ์ในหน่วยคลอดสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ เป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลผู้คลอดที่ได้รับ การเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน เพื่อลดความเจ็บปวด และส่งเสริมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

2. ด้านการศึกษา ผลการศึกษา สามารถ นำไปใช้เผยแพร่ให้ความรู้แก่นักศึกษาพยาบาล หรือ พยาบาลผดุงครรภ์ที่สนใจ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน



เอกสารอ้างอิง

- ดารีกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และวิชุดา ไชยศิยามงคล. (2554). ระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับการบรรเทาปวด โดยใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้องและการนวดก้น กบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 31-39.
- ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์, นริชชญา หาดแก้ว, และจันทรมาศ เสาวรส. (2557). การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็วด้วยวิธีการควบคุมการหายใจ กับวิธีการอยู่ในท่าที่เหมาะสม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 25(2), 14-25.
- ประสงค์ ตันมหาสมุทร และ บุญเลิศ วิริยะภาค. (2553). *ตำราสูติศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(1), 106-115.
- Bowers, B.B. (2002). Mothers' experiences of labor support: Exploration of qualitative research. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(6), 742-752.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2010). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (7th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Charlton, J. E. (2005). Pain in pregnancy and labor. *Core curriculum for professional education in pain* (3rd ed., pp. 1-5). Retrieved from <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=2307#TOC>.
- Corbett, C. A., & Callister, L. C. (2000). Nursing support during labor. *Clinical Nursing Research*, 9(1), 70-83.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). *Williams Obstetrics* (24th ed). New York: McGraw-Hill C.
- Davies, B. L., & Hodnett, E. (2002). Labor support: Nurses' self-efficacy and views about factors influencing implementation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(1), 48-56
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without fear: The original approach to natural childbirth*, New York: Haper & Rows Publishers.
- Hauth, J. C., Hankins, G. D., Gilstrap III, L. C., Strickland, D. M., & Vance, P. (1986). Uterine contraction pressures with oxytocin induction/augmentation. *Obstetrics & Gynecology*, 68(3), 305-309.
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., & Huber, U. (2010). Journey to confidence: Women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 55(3), 234-242.
- Lowe, N. K. (1996). The pain and discomfort of labour and birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(1), 82-92.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 16-24.



เอกสารอ้างอิง

- Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, K., Alden, K., & Olshansky, E. (Eds.). (2016). *Maternity & women's health care* (11th edition. ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- MacKinnon, K., McIntyre, M., & Quance, M. (2005). The meaning of the nurse's presence during childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(1), 28-36.
- McCaffery, M., & Beebe, A., (1989). *Pain: Clinical manual for nursing practice*. St. Louis: CV Mosby.
- Melender, H. L. (2002). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(4), 256-263.
- Morhason-Bello, I.O., Adedokun, B.O., Ojengbede, O.A., Olayemi, O., Oladokun, A., & Fabamwo, A.O. (2009). Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: A randomised controlled trial. *The Australian and New Zealand Journal Obstetrics and Gynaecology*, 49(2), 145-150.
- Nichols, F. H., & Humenick, S. S. (2000). *Childbirth education*. Philadelphia: W.B. Saunders company.
- Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), 1-9.
- Perry, S. E. (2006). *Maternal child nursing care* (3rd ed.). Missouri: Mosby Elsevier.
- Robinson, JN., Norwitz, E. R., Cohen, AP., McElrath, TF. & Lieberman ES. (1999). Epidural analgesia and third-or-fourth degree lacerations in nulliparas. *Obstetrics and Gynecology*, 94, 259-262.
- Sauls, D. J. (2002). Effects of labor support on mothers, babies, and birth outcomes. *Journal Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(6), 733-741.
- Seitchik, J., Amico, J., Robinson, A. G., & Castillo, M. (1984). Oxytocin augmentation of dysfunction labor. IV. Oxytocin pharmacokinetics. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 150, 225-228.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of midwifery & women's health*, 49(6), 489-504.
- Vijatrasil, K. (1976). *Touch relaxation and response to labor contractions*. (Unpublished Master of Science Degree Thesis). University of Utah.



คำแนะนำ



การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา พ.ศ.2561

เพื่อให้การจัดทำวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีคุณภาพ จึงขอให้ยกเลิกคำแนะนำปี 2558 และใช้คำแนะนำนี้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้น ๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในบทความที่ส่งขอรับการตีพิมพ์อย่างน้อย 2 คนที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพสามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัยบทความวิชาการหรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษามีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อนยกเว้นเป็นผลงาน

วิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากโดยผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนดมิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. อัตราค่าบำรุงวารสารฯ / ค่าธรรมเนียมในการนำผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารฯ

2.1. กรณีส่งตามปกติอัตราค่าธรรมเนียม 3,000 บาท/ 1 บทความ

2.2. กรณีส่งแบบเร่งด่วน (Fast track) อัตราค่าธรรมเนียม 5,000 บาท/ 1 บทความ



โดยชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการใช้เงินมาที่ บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขา พะเยา เลขบัญชี 512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี(งานวารสาร)

3. การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยมีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้ง ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

3.2. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract)

3.3. ชื่อ-สกุลและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

3.4. คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.5. บทนำเป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัยเขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

3.6. วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

3.7. ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

3.8. ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัยหากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

3.9. อภิปรายผลเป็นการแปลความหมายของผลการวิจัยและอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไรทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุน

ด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3.10. ข้อเสนอแนะในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคตทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

3.11. ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปีมีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจนควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูลและบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

4. การเตรียมต้นฉบับบทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้ง ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

4.2 ชื่อผู้พิมพ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

4.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้ง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ(Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

4.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

4.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

4.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่าง ๆ มาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้



4.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

4.8 เอกสารอ้างอิง

5. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำความเข้าใจสำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของAPAปี ค.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษาจากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมาย และต่อด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดังตัวอย่าง

5.1 หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*. (2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Health.

5.2 วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เพชฌัญญู กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

5.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนื่องเฉลิม. (2549). วิทยาศาสตร์พื้นฐาน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรม ท้องถิ่นการบูรณาการ ความรู้พื้นฐานกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน:กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู้ตา. ใน ฉลาด จันทร์สมบัติ (บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี 2548 – 2549* (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม: สารคาม-การพิมพ์-สารคามเปเปอร์

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

5.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550, จาก <http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php>



Wollman, N. (1999, November 12).

Influencing attitudes and behaviors for social change.

Retrieved July 6, 2005, from

<http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

6. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่าง ๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่าง ๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

7. การตั้งค่าน้ำกระดาษให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ Angsana New ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

8. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้นิพนธ์จะได้รับวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 150 บาท

9. การส่งต้นฉบับให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

9.1. ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.docx) ไปที่เว็บไซต์ของวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสารและดำเนินการส่งบทความผ่านระบบ

ออนไลน์ของ TCI ทั้งนี้ผู้เขียนสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้นิพนธ์ที่เมนูด้านขวามือของหน้าเว็บไซต์ หรือตามคู่มือแนบท้าย

9.2. เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

9.3. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในวารสารเมื่อได้รับหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการข้อ 8. วารสารมีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับคือฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายนฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล
การสาธารณสุขและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000
โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114
โทรสาร 0-5443-1889
มือถือ 06-1289-5926
E-mail : journal@bcnpy.ac.th

