

ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อระดับความกลัวการคลอด
ระดับความปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1
ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

ธนวลี เพ็ชรลีเชียว¹, ทิวาวรรณ เทพา²

(วันที่รับบทความ: 14 กุมภาพันธ์ 2568, วันที่แก้ไข: 14 มีนาคม 2568, วันที่ตอบรับ 19 มีนาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง เพื่อเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมเตรียมคลอดตามกรอบแนวคิดของ Dick-Read ในผู้คลอดครรภ์แรกของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล, ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด, แบบประเมินความกลัว, แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และแบบประเมินความปวด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-Square Test กรณีข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณที่แจกแจงปกติใช้สถิติ T-Test และข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงปกติใช้สถิติ Mann Whitney U test การแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่าในระยะคลอดกลุ่มทดลองมีระดับความกลัวไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม มีคะแนนพฤติกรรมเผชิญความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อปากมดลูกเปิด 1-3 ซม. 4-7 ซม. และ 8-10 ซม. และมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อปากมดลูกเปิด 1-3 ซม. 4-7 ซม.

การให้กิจกรรมเตรียมคลอดในระยะฝากครรภ์จะทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้ที่ถูกต้อง และสามารถนำความรู้มาใช้ในระยะคลอดเพื่อให้เกิดพฤติกรรมเผชิญความปวดที่เหมาะสมและลดความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดลงได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการเตรียมคลอดผ่านไลน์แอปพลิเคชัน, ระดับความกลัว, ระดับความปวด, พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

¹⁻²หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author; ธนวลี เพ็ชรลีเชียว, E-mail: Thanavalee_pe@kkumail.com.

THE EFFECTIVE OF A LINE-BASED CHILDBIRTH PREPARATION PROGRAM ON THE LEVEL OF FEAR OF CHILDBIRTH, PAIN SCORE AND PAIN COPING BEHAVIOUR IN 1st STAGE OF LABOUR IN PRIMIPAROUS WOMEN.

Thanavalee Pedseekiaw¹, Thiwawan Thepha²

(Received 14th February 2025; Revised : 14th March 2025; Accepted 19th March 2025)

Abstract

This research project is quasi-experimental research. Measure result before and after the experiment. Aimed to compare the use of Dick-Read concept-based birth preparation program in primigravidarum of Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province total of 32 cases, divided into an experimental group and a control group of 16 cases each. Data were collected using a personal information interview form, Pregnancy and birth data recording form, Pregnancy Fear Assessment, Childbirth fear assessment, Observation form for pain coping behavior of those giving birth in the first stage of labor and Pain assessment in the first stage of labor. Data were analyzed using Chi-square Test for qualitative data, T-Test for qualitative data that were normally distributed, and Mann Whitney U test for non-normally distributed data.

The results findings that the experimental group that received online childbirth preparation had a similar level of fear about vaginal birth that was not different from the control group. During the first stage of labor, participants in the experimental group demonstrated significantly better pain coping behavior scores when the cervix dilates 1-3 cm., 4-7 cm., and 8-10 cm. And there was a lower pain level than the control group when the cervix dilates 1-3 cm., and 4-7 cm.

Midwives should provide childbirth preparation from the antenatal period among pregnant women for the correct knowledge, used during the birth period to appropriate behavior, and reduce pain during childbirth. This could help Makes the uterus contract effectively, have appropriate 1st stage of labor, and reduce pain during childbirth.

Keyword: A line-based childbirth preparation program, the level of fear, painscore, pain coping behavio

¹⁻²Master of Nursing Science Program in Midwifery. Khon Kaen University.

Corresponding author ; Thanavalee Pedseekiaw, E-mail: Thanavalee_pe@kkumail.com.

บทนำ

ความกลัว คือสภาวะทางจิตใจที่สามารถพบได้ในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายในระยะคลอดทั่วโลกพบสถิติหญิงตั้งครรภ์มีความกลัวในระยะคลอดถึงร้อยละ 14⁽¹⁾ และในประเทศไทยว่าหญิงตั้งครรภ์มีความกลัวในระยะคลอดแบบรุนแรงมากถึงร้อยละ 28.12 และแบบปานกลางร้อยละ 31.25⁽²⁾ ผลกระทบจากความกลัวในระยะคลอดส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้คลอด ได้แก่ ทำให้ระยะที่ 1 ของการคลอดนานขึ้นเฉลี่ย 1.14 ชั่วโมง⁽³⁾ เกิดภาวะมดลูกแตก เพิ่มโอกาสการผ่าตัดคลอด⁽⁴⁾ รับรู้ต่อความปวดเพิ่มขึ้น ไม่สามารถเผชิญกับความปวดได้อย่างเหมาะสม เพิ่มโอกาสการใช้ยาบรรเทาความปวด เกิดความไม่มั่นใจต่อความสามารถในการคลอดบุตร⁽⁵⁾ และเกิดประสบการณ์ไม่ดีต่อการคลอดบุตร⁽⁶⁾ ในด้านทารกอาจทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดและขาดออกซิเจนภายหลังคลอดได้⁽¹⁾

ผลกระทบจากความกลัวที่ไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ผู้คลอดเกิดดวงจรที่เรียกว่า กลัว-เครียด-ปวด (Fear-tension-pain) ซึ่งเป็นแนวคิดของ ดิค-รีดที่เชื่อว่า หากผู้คลอดมีความรู้ต่อการคลอดที่ผิด จะทำให้ดวงจรนี้เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น⁽⁷⁾ ดังนั้นจะต้องทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้ที่ถูกต้องและมีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ การตัดดวงจรนี้ไปสามารถทำได้หลายวิธีแต่ที่นิยมใช้มักเป็นการให้ความรู้เพื่อเตรียมคลอดในระยะตั้งครรภ์ โดยพบหลักฐานสนับสนุนว่าผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมคลอดจะมีความกลัวในระยะคลอดลดลงและมีพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดมากกว่าผู้ที่ได้รับ

การดูแลตามปกติ⁽⁸⁾ มีหลายงานวิจัยที่พยายามลดความกลัวผู้คลอดในระยะคลอดโดยใช้วิธีการสอนให้ความรู้แบบกลุ่มแต่ยังไม่สามารถลดความกลัวในระยะคลอดลงได้^(9,10) ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการเตรียมคลอดผ่านไลน์แอปพลิเคชันเพื่อให้ความรู้ตามกรอบแนวคิดของ ดิค-รีด เนื่องจากพบว่ายังไม่มีการศึกษาใดประยุกต์การให้ความรู้ผ่านช่องทางนี้เพื่อเตรียมคลอดกับผู้คลอดครั้งแรกในระยะฝากครรภ์ ซึ่งจะเป็นการให้ความรู้แบบวิดีโอพร้อมคำบรรยาย โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่าการให้ความรู้แก่ผู้คลอดด้วยวิธีนี้สามารถเพิ่มความรู้ได้จริง⁽¹¹⁾ เป็นสื่อที่คนส่วนใหญ่นิยมใช้และสะดวกในการรับฟังความรู้ทุกที่ ทุกเวลา⁽¹²⁾

จากสถานการณ์ของผู้คลอดที่มารอคลอด ณ ห้องคลอดโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบผู้คลอดที่มีแนวโน้มการทำงานของมดลูกไม่ดีในระยะรอคลอดจำนวน 5 ราย มีพฤติกรรมร้อง ตะโกนโวยวาย รู้สึกกลัว และขอผ่าตัดคลอด รวมทั้งไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าที่ดีในระยะรอคลอด แม้ว่าจะได้รับการเตรียมคลอดของโรงพยาบาล โดยการสอนแบบรวมกลุ่มแล้วก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่าการเตรียมคลอดผ่านไลน์แอปพลิเคชันจะเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่จะช่วยให้ผู้คลอดครั้งแรกเกิดความรู้และมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์ และสามารถลดความกลัว ลดความปวด และมีพฤติกรรมเผชิญความปวดที่เหมาะสมในระยะที่ 1 ของการคลอดได้

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมเตรียมคลอดผ่านไลน์แอปพลิเคชันในผู้คลอดครรภ์แรกต่อระดับความกลัว พฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดและความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐาน

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความกลัวในระยะที่ 1 ของการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

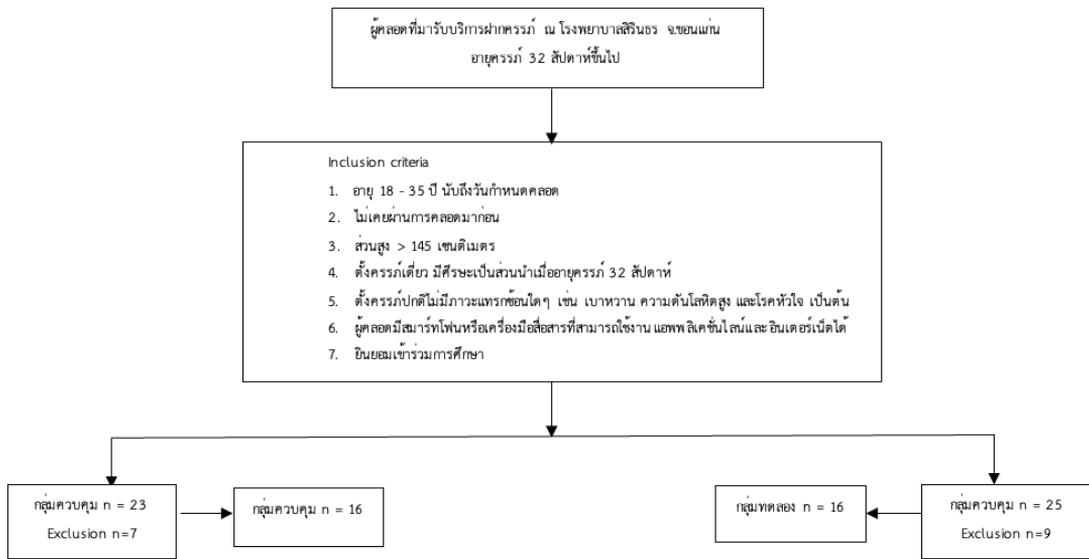
วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้วิธีการวิจัยแบบ Quasi-Experimental Designs เนื่องจากจำนวนประชากรมีน้อยจึงไม่ได้ทำการสุ่ม ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและทดสอบก่อน-หลัง ระหว่างเดือนเมษายน ถึงกรกฎาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ใช้โปรแกรม G*POWER 3.1.9.2 ทดสอบ A priori แบบ Compute required sample size กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบที่ .80 และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 สมมติฐานทางเดียว และหาขนาดค่าอิทธิพล จากวิจัยของ ชูลีพร การระกักดี และคณะ⁽¹³⁾ ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.9 นำมาคำนวณใน G*POWER ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มละ 16 คน ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยไม่ได้เผื่อกลุ่มตัวอย่างสูญหายไป การวิจัยในครั้งนี้สามารถรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 48 คน พบว่ามีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไปคลอดที่อื่น 4 คน, ได้รับการผ่าตัดคลอดเนื่องจากทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน 1 คน, ทารกตัวโต 1 คน และเกิดภาวะ CPD 8 คน, ทารกคลอดก่อน 37 สัปดาห์ 1 คน และ Refer เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะ Prolong PROM with Covid-19 1 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น

1. โปรแกรมเตรียมคลอดผ่านไลน์

แอปพลิเคชันแบบ OA ตามกรอบแนวคิดของ ดิค-รีด ชื่อว่า “เตรียมคลอด” เป็นการให้ความรู้โดยใช้วิดีโอ แบบการส่งเนื้อหาครั้งเดียวตั้งแต่ แสกนเข้าโปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรมลด ความกลัวในระยะที่ 1 ของการคลอด ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคลอดทางช่องคลอด, วงจรความ กลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด, การสร้างความ คืบหน้ากับสถานที่คลอด และกิจกรรมลด ความปวดและส่งเสริมพฤติกรรม การเผชิญความ เจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ได้แก่ วิธี การบรรเทาความเจ็บปวด, วิธีการส่งเสริมความ ก้าวหน้าของการคลอด, วิธีการเตรียมความ พร้อมของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเพื่อการคลอด ทางช่องคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบ สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ, ส่วน ที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

จำนวน 13 ข้อ, ส่วนที่ 3 แบบประเมินความ กลัวในการคลอดทางช่องคลอด 2 ระยะ ได้แก่ 1) แบบประเมินความกลัวการคลอดในระยะ ตั้งครรภ์ W-DEQ⁽¹⁴⁾ รูปแบบ A มี 33 ข้อคำถาม คะแนนรวมน้อยกว่า 37 คือ มีความกลัวเล็กน้อย คะแนน 38 - 65 คือ มีความกลัวปานกลาง คะแนน 66 - 83 คือ มีความกลัวรุนแรง และ คะแนนมากกว่า 84 คือ มีความกลัวรุนแรงมาก 2) แบบประเมินความกลัวการคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด DFS⁽¹⁵⁾ มี 10 ข้อคำถาม คะแนน 1-69 คือ มีความกลัวปกติ และคะแนนมากกว่า 70 คือ มีความกลัวรุนแรง, ส่วนที่ 4 แบบสังเกต พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด ในระยะที่ 1 ของการคลอดของ รสสุคนธ์ ลิ้ม ทะวงศ์⁽¹⁶⁾ ประเมินตามพฤติกรรมของผู้คลอด 5 ด้าน คะแนน 11 - 15 คือ ผู้คลอดเผชิญความ ปวดในได้ดี คะแนน 6 - 10 คือ ผู้คลอดเผชิญ ความปวดได้ปานกลาง และคะแนน 1 - 5 คือ ผู้คลอดเผชิญความปวดได้ไม่ดี และส่วนที่ 5 แบบ ประเมินระดับความปวดในระยะที่ 1 ของการ

คลอดของ Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Wilson⁽¹⁷⁾ เป็นตัวเลขและประมาณค่าด้วยสายตาระดับ 0 - 10 คะแนน โดยตัวเลข 0 คือไม่มีอาการปวด 1-4 คือ ปวดเล็กน้อย 5-6 คือปวดปานกลาง และ 7-10 คือ ปวดมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง ความเป็นปรนัย และความเหมาะสมในการใช้ภาษา โดยนำโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อเตรียมคลอดผ่านไลน์แอปพลิเคชันขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และปรับปรุงตามคำแนะนำ ได้ค่า S-CVI = 0.95 ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความกลัว W-DEQ รูปแบบ A, แบบประเมินความกลัว DFS และ, แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด ไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.73 0.70 และ 0.92 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้ากับหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบประเมินความกลัวครั้งที่ 1 ก่อนให้การพยาบาล และผู้วิจัยจะเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูล โดยในกลุ่มทดลองหญิงตั้งครรภ์จะได้โปรแกรมเตรียมคลอดและกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2 ร่วมกับการดูแลตามปกติ และในกลุ่มทดลองเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะให้โปรแกรมเตรียมคลอดร่วมกับกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2 และ

ให้การพยาบาลตามปกติ ภายหลังจากทดลองเมื่อผู้คลอดทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 ซม. และมีอายุครรภ์ 37 - 40 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ประเมินความกลัวครั้งที่ 2 ในกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มทดลองหากสอบถามพบว่าได้ดูแลเนื้อหาการสอนครบทั้ง 6 เรื่องจึงจะให้ทำแบบประเมินความกลัวครั้งที่ 2 และประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ระดับความปวดของผู้คลอดทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองครั้งละ 15 นาที จำนวน 3 ครั้งคือ เมื่อปากมดลูกเปิด 1 - 3 4 - 7 และ 8 - 10 ซม.

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมในการคำนวณคือ IBM SPSS V.28. ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพจะถูกนำเสนอด้วยค่า ร้อยละและทดสอบความแตกต่างโดยการทดสอบ Chi-Square Test ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การทดสอบ T-Test ในกรณีข้อมูลแจกแจงแบบปกติ และการทดสอบ Mann Whitney U test ในกรณีข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662077 ณ 2 เมษายน พ.ศ. 2567 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 (ขก.0033.202/1153) ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยยึดหลักความ

เคารพในบุคคล คุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และความยุติธรรม

ผลการวิจัย นำเสนอดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
ลักษณะประชากรของทั้งสองกลุ่ม พบว่าส่วนใหญ่ประชากรทั้งสองกลุ่มอยู่ในสถานภาพสมรส จบชั้น มัธยมศึกษาและไม่ได้ประกอบอาชีพ ในระยะคลอดประชากรทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาเร่งคลอดและยาบรรเทาความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ น้ำคร่ำแตกเองและมีลักษณะสีใส อายุเฉลี่ย 20-21 ปี มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 8,000-10,000 บาท มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.6-22.9 กก./ม และระยะที่ 1 ของการคลอดทั้งสองกลุ่มใช้เวลาเฉลี่ย 480-727 นาที พบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

1.2 เปรียบเทียบระดับความกลัวการคลอดก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง
เปรียบเทียบระดับความกลัวการคลอด คะแนนความปวด พฤติกรรมเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด

1.2.1 คะแนนความกลัว

ก่อนการทดลองพบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความกลัวของกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 75.0 อยู่ในระดับปานกลาง และค่ามัธยฐานคะแนนความกลัวของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 74.5 อยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความกลัวการคลอดบุตรก่อนทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความกลัว	กลุ่มควบคุม (n=16)	กลุ่มทดลอง (n=16)	p-value
	median (IQR)	median (IQR)	
คะแนนความกลัวกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง	75.0 (16.5)	74.5 (10.25)	1.0

ภายหลังการทดลองในระยะที่ 1 ของการคลอดพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวของกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 53.31 อยู่ในระดับปกติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวของกลุ่มทดลอง

อยู่ที่ 51.25 อยู่ในระดับปกติ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดบุตรหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

คะแนนความกลัว	กลุ่มควบคุม (n=16)	กลุ่มทดลอง (n=16)	p-value
	mean (SD)	mean (SD)	
คะแนนความกลัวกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง	53.31 (19.04)	51.25 (11.85)	0.358

คะแนนพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวด ในระยะที่ 1 ของการคลอดได้ผลดังนี้ ในระยะ ปากมดลูกเปิด 1-3 ซม.กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมเผชิญความปวดมากกว่ากลุ่ม ควบคุม โดยที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมเผชิญความปวด 15 คะแนน (ระดับ ดี) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมเผชิญความปวด 13.5 คะแนน (ระดับ ดี) ($p = 0.023$) ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.กลุ่ม ทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเผชิญความ ปวดมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยที่กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเผชิญความปวด 15 คะแนน (ระดับดี) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเผชิญความปวด 10 คะแนน (ระดับปานกลาง) ($p < 0.001$) และ ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.กลุ่มทดลองมี ค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมเผชิญความปวด มากกว่ากลุ่มควบคุม โดยที่กลุ่มควบคุมมีค่า มัธยฐานคะแนนพฤติกรรมเผชิญความปวด 11.25 คะแนน (ระดับดี) ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมเผชิญความปวด 9.06 คะแนน (ระดับปานกลาง) ($p = 0.003$) สรุป ได้ว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมเผชิญความ ปวดดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ในระยะ ปากมดลูกเปิด 1-3 ซม. 4-7 ซม. และ 8-10 ซม. ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่1 ของการคลอดระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองผู้วิจัยไม่ได้เปรียบเทียบค่าตัวแปรด้วย Paired t-test เนื่องจากเป็นผลการวิจัยที่อาจารย์ที่ปรึกษา Prove แล้ว

คะแนนพฤติกรรม เผชิญความเจ็บปวด	กลุ่มควบคุม (n=16)	กลุ่มทดลอง (n=16)	p-value
	mean (SD) / median (IQR)	mean (SD) / median (IQR)	
1. ปากมดลูกเปิด 1-3 cms.	13.5 (4.0) ^ก	15.0 (0.75) ^ก	0.023* ^ก
2. ปากมดลูกเปิด 4-7 cms.	10.0 (3.75) ^ก	15.0 (2.75) ^ก	<0.001* ^ก
3. ปากมดลูกเปิด 8-10 cms.	9.06 (2.02) ^ข	11.25 (2.21) ^ข	0.003* ^ง

* p-value < 0.05 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

^ก มัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์: IQR)

^ข ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: SD)

^ค Mann-Whitney U test

^ง t-test for independent

คะแนนความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดได้ผลดังนี้ ในระยะปากมดลูกเปิด 1-3 ซม.กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่ม โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด 4.69 คะแนน (ระดับเล็กน้อย) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด 6.60 คะแนน (ระดับปานกลาง) ($p = 0.005$) ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยที่กลุ่มทดลองมีค่า

มัธยฐานคะแนนความปวด 8 คะแนน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานคะแนนความปวด 10 คะแนน ($p = 0.017$) และระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม โดยที่กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความปวด 10 คะแนน (ระดับมากที่สุด) และกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานคะแนนความปวด 10 คะแนนเช่นกัน (ระดับมากที่สุด)

สรุปได้ว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอยู่ 2 ระยะ ได้แก่ ในระยะปากมดลูกเปิด 1-3 ซม. และ 4-7 ซม. แต่ในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.คะแนนความปวดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความปวด	กลุ่มควบคุม (n=16)	กลุ่มทดลอง (n=16)	p-value
	mean (SD) หรือ median (IQR)	mean (SD) หรือ median (IQR)	
1. ปากมดลูกเปิด 1-3 cms.	6.60 (2.27) ^ข	4.69 (1.82) ^ข	0.005* ^ง
2. ปากมดลูกเปิด 4-7 cms.	10.0 (1.25) ^ก	8.0 (3) ^ก	0.017* ^ค
3. ปากมดลูกเปิด 8-10 cms.	10.0 (0) ^ก	10.0 (2) ^ก	0.102 ^ค

* p-value < 0.05 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

^ก มัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์: IQR)

^ข ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: SD)

^ค Mann-Whitney U test

^ง t-test for independent

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการเตรียมคลอดผ่านไลน์แอปพลิเคชันมีระดับความกลัวต่อการคลอดบุตรทางช่องคลอดไม่แตกต่างจากผู้ที่ได้รับการดูแลตามปกติซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากอาจเป็นเพราะการเผชิญกับสถานการณ์เจ็บครรภ์จริงจะกระตุ้นให้ผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์รู้สึกกลัวเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁸⁾ อีกทั้งความปวดในระยะคลอดก็จะเพิ่มความรู้สึกกลัวเนื่องจากมีความทุกข์ทรมานเกิดขึ้นเช่นกัน⁽⁷⁾ และเนื่องจากการศึกษานี้ทำการทดลองในผู้คลอดครรภ์แรกทั้งสองกลุ่มจึงทำให้ผลของความกลัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของสุตารักษ์ ประสาร และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่แม้จะให้ความรู้ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์และระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกกลับพบว่าไม่สามารถลดความกลัวในระยะคลอดได้ แต่พบว่ามีการศึกษาของนภากรณ์ เพิ่มทรัพย์และคณะ⁽⁸⁾ ที่ให้โปรแกรมการเตรียมคลอดแก่ผู้คลอดครรภ์แรกเน้นฝึกปฏิบัติและให้สามีมีส่วนร่วม พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความกลัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระยะคลอด อาจเป็นไปได้ว่านอกจากการให้ความรู้แล้ว การได้รับแรงสนับสนุนจากสามีถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อระดับความกลัวในระยะคลอดให้ลดลงได้ แม้การศึกษาในครั้งนี้ไม่ทำให้ระดับความกลัวต่างกันแต่พบว่าไม่ทำให้ผู้คลอดมีความกลัวระดับรุนแรงในระยะคลอด ซึ่งความกลัวในระดับปกตินี้ผู้คลอดจะสามารถเตรียมรับมือและตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากสถานการณ์ที่เป็นภัยคุกคามได้ดีมากขึ้น^(19,20)

ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการเตรียมคลอดแบบออนไลน์มีคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดมากกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลตามปกติเมื่อปากมดลูกเปิดทั้ง 3 ระยะ อธิบายได้ว่าการรับฟังความรู้แบบออนไลน์ ซึ่งเป็นสื่อออนไลน์สมัยใหม่ที่เหมาะกับผู้คลอดยุคปัจจุบัน ช่วยให้ผู้คลอดมีเวลาทบทวนความรู้⁽¹⁵⁾ อีกทั้งเนื้อหากิจกรรมที่ได้รับในโปรแกรมตามกรอบแนวคิดของ ดิค-ริต ยังช่วยให้ผู้คลอดครรภ์แรกมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการได้ฝึกฝนทักษะเพื่อเผชิญกับอาการเจ็บครรภ์คลอดยังช่วยเพิ่มความมั่นใจในศักยภาพของตนเองในการคลอดบุตร ทำให้สามารถเผชิญความปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁹⁾ และแม้ผู้คลอดกลุ่มทดลองจะเป็นครรภ์แรกกลับแสดงพฤติกรรมเผชิญความปวดได้ในระดับดีจนกระทั่งปากมดลูกเปิด 10 ซม. สอดคล้องกับทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาทที่แม้ร่างกายจะรับรู้ถึงความรู้สึกปวดที่เกิดขึ้น แต่ผลจากการได้รับความรู้ของโปรแกรมเตรียมคลอดที่เนื้อหาครอบคลุมตามแนวคิดของ ดิค-ริตกล่าวคือมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ได้แก่ วิธีการลดความเจ็บปวดในช่วงรอคลอด การส่งเสริมความก้าวหน้าในระยะที่ 1 ของการคลอด การบริการร่างกายเพื่อเตรียมความพร้อมของอู่เชิงกราน เป็นต้น รวมทั้งการให้ความรู้แบบออนไลน์ในไตรมาส ที่สามของการตั้งครรภ์ที่ถือเป็นระยะเหมาะสมเนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้คลอดให้ความสนใจไปที่การคลอดบุตร ทำให้ร่างกายประมวลผล

และตอบสนองต่อความรู้สึกปวดได้ดี สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ และแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่ดีในระยะที่ 1 ของการคลอด⁽²¹⁾

ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการเตรียมคลอดแบบออนไลน์มีระดับความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลตามปกติเมื่อปากมดลูกเปิด 1-3 ซม. 4-7 ซม. แต่ระดับคะแนนความปวดเมื่อปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน อธิบายได้ว่าแม้ว่ามดลูกจะเริ่มทำงานในระยะคลอดแต่การเตรียมคลอดตามแนวคิดของ ดิค-ริตที่ให้ผู้คลอดมีความรู้สึกสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ดี และหากผู้คลอดได้ฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในระยะคลอด เช่น การหายใจ การจัดทำที่เหมาะสมในระยะของการคลอด และรวมไปถึงการเตรียมกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจะช่วยลดความปวดในระยะคลอดได้เช่นกัน⁽²²⁾ แต่เนื่องจากในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. มดลูกจะบีบตัวแรงที่สุดทำให้ส่วนนำของทารกกดทับที่อุ้งเชิงกราน กระเพาะปัสสาวะ ผิเย็บ และทวารหนัก ผู้คลอดจึงมีความรู้สึกปวดมากและต้องการขับทารกออกมา⁽¹⁹⁾ ความปวดในระยะนี้จะเป็นระดับปวดที่รุนแรง ไม่ว่าจะใช้วิธีการใดก็ไม่สามารถที่จะลดความปวดนี้ลงไปได้

ข้อเสนอแนะมีดังนี้ โปรแกรมเตรียมคลอดผ่านไลน์แอปพลิเคชันนี้เป็นส่วนหนึ่งของแนวโน้มการดูแลผู้คลอดสมัยใหม่จากผลลัพธ์ที่พบ อาจนำโปรแกรมนี้ไปขยายใช้กับโรงพยาบาลอื่นหรือในผู้คลอดครรภ์เพื่อวัดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมเผชิญความปวดและระดับความปวด การศึกษาในครั้งหน้า

อาจศึกษากิจกรรมเตรียมคลอดผ่านไลน์แอปพลิเคชันร่วมกับมีผู้สนับสนุนในระยะคลอดเพื่อวัดผลของความกลัวในระยะคลอดว่าจะมีความกลัวลดลงหรือไม่ หรืออาจพัฒนาโปรแกรมเพื่อประสิทธิภาพที่ดีขึ้น เช่น เพิ่มฟังก์ชันโต้ตอบองค์ประกอบสื่อมัลติมีเดีย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้จากความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. Ali MH, Seif SA, Kibusi SM. The Influence of Fear During Pregnancy, Labour and Delivery on Birth Outcome Among Post-Delivery Women: A Case Control Study in Zanzibar. *East Afr Health Res J.* 2022;6(2):147-54.
2. เนตรนภา ขวัญเย็น, นันทพร แสนศิริพันธ์, บังอร ศุภวิทิตพัฒนา. ปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.* 2560;44(4):24-35.
3. Ak SP, Vardar O, Özkan S. Fear of childbirth among pregnant women and their partners in Turkey. *Sexual & Reproductive Healthcare [Internet].* 2020 [cited 2024 Dec 8];24:[100-501]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100501>

4. Wigert H, Nilsson C, Dencker A, Begley C, Jangsten E, Sparud-Lundin C, et al. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2020 Dec;15(1):1704484. Epub 2019 Dec 20
5. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women Birth*. 2019 Apr;32(2):99-111. Epub 2018 Aug 14.
6. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2018 [cited 2024 Dec 20];18(28):[15] Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1659-7>
7. Grantly DR, Michel O. Childbirth without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth. 4th Revised edition. London: Pinter & Martin Ltd. 2005;352p.
8. นภาพรณัฒน์ เพิ่มทรัพย์, วิไลพรรณ สวัสดิ์พานิชย์, วรณิณี เตียวิศิเรศ. ผลของโปรแกรมเพื่อการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อความกลัวการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกของโรงพยาบาลสังกัดกองทัพเรือแห่งหนึ่ง. *วารสารแพทยนาวิ*. 2560;44(2):55-72.
9. Masoumi SZ, Kazemi F, Oshvandi K, Jalali M, Esmaili-Vardanjani A, Rafiei H. Effect of Training Preparation for Childbirth on Fear of Normal Vaginal Delivery and Choosing the Type of Delivery Among Pregnant Women in Hamadan, Iran: A Randomized Controlled Trial. *J Family Reprod Health*. 2016;10(3):115-21.
10. สุदारักษ์ ประสาร, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2564;31(1):148-60.
11. สุรางรัตน์ โฆษิตธนสาร, วิไลลักษณ์ ปิยะวัฒน์พงษ์, นงลักษณ์ แสนกิจตะ, อภัสรา มาประจักษ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*. 2563;13(1):74-87.
12. วราพร คำจับ. สื่อสังคมออนไลน์กับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้*. 2562; 7(2):143-59.
13. ชุติพร การะภักดี, วรณิณี เตียวิศิเรศ, อุษา เชื้อหอม. ผลของโปรแกรมการสนับสนุน

- ในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความกลัว การคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก. วารสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;27(2):20-9.
14. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1998 Jun;19(2):84-97.
 15. Wijma K, Alehagen S, Wijma B. Development of the Delivery Fear Scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2002;23(2):97-107.
 16. รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงค์. ผลการเตรียมตัวคลอดด้วยวิธีของลามาสต่อพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2530.
 17. Perry E, Hockenberry J, Lowdermilk L, Wilson D. *Maternal child nursing care.* 4th ed. Maryland Heights: MO: Mosby; 2010.
 18. ธัญญารัตน์ กุณัจิตต์เมธี. ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย.* 2560;6(2):158-65.
 19. Afshar Y, Wang ET, Mei J, Esakoff TF, Pisarska MD, Gregory KD. Childbirth Education Class and Birth Plans Are Associated with a Vaginal Delivery. *Birth.* 2017;44(1):29-34.
 20. กนกวรรณ พิภักดิ์สมุทร. องค์ประกอบทางสถาปัตยกรรมที่เกิดขึ้นจากความกลัวของมนุษย์ [วิทยานิพนธ์สถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://ithesisir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2168/1/59054205.pdf>
 21. หลิง แทนรัตน์, พิริยา ศุภศรี, วรรณทนา ศุภสีมานนท์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อคะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://buuir.buu.ac.th/jspui/bitstream/1234567890/11587/1/52921197.pdf>
 22. วรณี เดียววิศเรศ, พิมลาลา เล้าประจง. การเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดวิถีธรรมชาติ: แนวคิดและแนวทางการปฏิบัติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.* 2561;26(4):90-8.