



ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อความ กลัวการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในหญิง ตั้งครรภ์แรก ของโรงพยาบาลสังกัดกองทัพเรือแห่งหนึ่ง

Effect of Childbirth Preparation on Fear of Childbirth, Labor Pain Coping Behaviors, and Satisfaction with Childbirth Experience in Primiparous at a Hospital under the Jurisdiction of Royal Thai Navy

เรือเอกหญิง พว.นภาพรณ์ เพิ่มทรัพย์* รศ.พว.วิไลพรรณ สวัสดิ์พานิชย์** รศ.ดร.พว.วรรณิ เตียววิศเรศ**
LT Napaporn Permsup, R.N.,* Wilaiphan Sawatphanit, R.N., M.N.S.,** Wanee Deoisres, R.N., Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อความกลัวการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกที่ฝากครรภ์ทั้งในและนอกโรงพยาบาลและมาคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ดำเนินการวิจัยกับหญิงตั้งครรภ์เป็นรายกลุ่มที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความกลัว ที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 แบบสอบถามความรู้สึกต่อประสบการณ์การคลอดมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มีคะแนนความกลัวการคลอดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{50} = -35.02, p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{50} = 5.11, p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{50} = 18.67, p < .001$)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดสามารถลดความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บปวดในระยะคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมตนเอง เผชิญกับความเจ็บปวดและมีการรับรู้ต่อประสบการณ์ในการคลอดเชิงบวก จึงควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมในการคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์แรกต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ความกลัวการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

Abstract

This quasi pretest– posttest control group design experimental research consisting of two groups was aimed to determine the effects of childbirth preparation on fear of childbirth, labor pain coping behaviors, and satisfaction with childbirth experiences of primiparous who visited the antenatal unit and clinical obstetrics unit and gave birth at Somdejpranangchaosirikit Hospital. The sample was selected by purposive sampling technique and equally assigned into either a control or experimental group of 26 participants each. Participants in the control group received routine nursing care, while those in the experimental group received a childbirth preparation program. The research was conducted in a group at Somdejpranangchaosirikit Hospital delivery room. Research instruments included Childbirth preparation Program and Instruments used for data collection were a fear of childbirth questionnaire (Cronbach's alpha coefficient = .81), a labor pain coping behavior observation form (inter-rater reliability = .93), and a Childbirth experience and satisfaction questionnaire (a labor agency Scale) (Cronbach's alpha coefficient = .81). Data were analyzed by descriptive statistics and t - test.

Results revealed significantly less fear of childbirth mean score ($\alpha = .05, t_{50} = -35.02, p < .001$), significantly higher labor pain coping behavior mean scores ($\alpha = .05, t_{50} = 5.11, p < .001$), and significantly higher satisfaction with childbirth experience mean score ($\alpha = .05, t_{50} = 18.67, p < .001$), of those in the experimental group than the control group.



The finding in this study suggests that the childbirth preparation program could reduce fears of labor pain, help pregnant women to control themselves and cope with the pain, and perceive positive childbirth experiences. Application of this childbirth preparation should be promoted for primiparous women.

Keywords : childbirth preparation, fear of childbirth, labor pain coping behaviors, satisfaction with childbirth experience

==== ความเป็นมาและ : ==== ความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นกระบวนการที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในระยะคลอดโดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นคือ การเจ็บครรภ์คลอดก่อให้เกิดความเจ็บปวดที่เพิ่มมากขึ้นจากการหดตัวของมดลูกที่ส่งผลต่อการเปิดขยายของปากมดลูกและต้องใช้เวลาที่ยาวนานหลายชั่วโมง จนเกิดความเหนื่อยล้าจากการคลอดโดยเฉพาะในครรภ์แรกที่มีการเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอดนานถึง 8-24 ชั่วโมง เฉลี่ย 12 ชั่วโมง และการเจ็บครรภ์ในระยะที่สองของการคลอดใช้เวลาเฉลี่ย 1-2 ชั่วโมง¹ ซึ่งมากกว่าครรภ์หลัง นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการคลอด การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ประสบการณ์เชิงลบและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องที่ได้จากคำบอกเล่าจากผู้อื่น สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุของความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการคลอด² โดยในช่วงไตรมาสที่ 3 ความกลัวเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์และการคลอดจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนมีระดับสูงสุดในระยะคลอด³ โดยเฉพาะครรภ์แรกที่ไม่มีการประสบการณ์การคลอดมาก่อน⁴ จากการศึกษาความกลัวและความทุกข์

ทรมานในระยะคลอดของหญิงไทยที่คลอดเป็นครั้งแรก พบว่า ผู้หญิงรับรู้ต่อการคลอดเป็นเรื่องน่ากลัวและทุกข์ทรมาน ซึ่งมีความกลัวเกี่ยวข้องกับสุขภาพทารกคือ กลัวทารกจะไม่แข็งแรงและผิดปกติ มีความกลัวสภาพการณ์จริงของการคลอดคือ กลัวการเจ็บครรภ์และความลำบากในการคลอด⁵

Dick-Read, Wessel, Ellis⁶ อธิบายว่า ความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง ความกลัวในการคลอดทำให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดเป็นสาเหตุทำให้เกิดการต่อต้านการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูก เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเจ็บปวด และความเจ็บปวดที่มากขึ้นจะนำไปสู่ความตึงเครียดและความกลัวอย่างต่อเนื่องตามวงจรลูกโซ่ของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมและมีกรรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี ความเจ็บปวดและประสบการณ์การคลอดที่ยังฝังแน่นอยู่ในความทรงจำของผู้คลอดก่อให้เกิดทัศนคติทางลบต่อการคลอด^{7, 8} ส่งผลให้เกิดความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวว่าการผ่าตัดทำคลอดมีผลดีกว่าการให้คลอดทางช่องคลอด ทำให้หญิงตั้งครรภ์จำนวนไม่น้อยขอให้แพทย์ผ่าตัดทำคลอดให้โดยไม่มีข้อบ่งชี้ จากการ

ศึกษาพบว่าร้อยละ 7.7 ของอัตราผ่าตัดคลอด เกิดจากความต้องการของมารดา⁹ และจากการศึกษาของ Ryding et al¹⁰ พบว่าความกลัวที่รุนแรงเป็นความเสี่ยงที่ต้องการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์แรก ทำให้สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนามีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คือไม่เกินร้อยละ 10-15 ของการคลอด¹¹ ดังการศึกษาของ Vogel et al¹² ได้ทำการเปรียบเทียบการสำรวจของ WHO Global Survey of Maternal and Perinatal Health และ WHO Multi – Country Survey of Maternal and Newborn Health ในโรงพยาบาล 287 แห่ง ใน 21 ประเทศทั่วโลก พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.4 และ 31.2 ตามลำดับ และจากการสำรวจของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สมุทรปราการ และสระแก้ว พบอัตราการผ่าตัดคลอด ปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 27.7 ปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 30.48 และปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 31.48¹³ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ซึ่งพบอัตราการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก ปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 35.88 ปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 38.86 และปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 38 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนด จากเหตุผลและปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศแล้ว พบว่าการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีผลดี กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีความกลัวการคลอดระยะหลังการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดมีความกลัวการคลอด

น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดมีความรุนแรงในการเจ็บครรภ์น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁴ และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีการคลอดทางช่องคลอดสูงขึ้น ร้อยละ 83.3¹⁵ โดยการเตรียมตัวเพื่อการคลอดนั้น ปัจจุบันที่นิยมใช้มี 3 รูปแบบ¹⁶ 1) วิธีของ Grantly Dick-Read เป็นวิธีที่ใช้การเตรียมตัวเพื่อการคลอดโดยขจัดความกลัว (Childbirth Without Fear) เพื่อตัดวงจรความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Cycle) 2) วิธีของ Lamaze เป็นวิธีที่ใช้แนวคิดการควบคุมทางจิต (Psychoprophylactic method) 3) วิธีของ Bradley เน้นการให้สามีเป็นผู้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ในห้องคลอด หรือที่เรียกว่า Husband-coached childbirth ซึ่งองค์ประกอบส่วนใหญ่ของการเตรียมตัวเพื่อการคลอดเป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอดแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว รวมทั้งการฝึกทักษะการบริหารร่างกาย การผ่อนคลาย และการหายใจ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้และยอมรับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในขณะคลอด สามารถอดทนต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น และสามารถนำทักษะที่ได้รับจากการฝึกมาช่วยควบคุมตนเองในการเผชิญกับความเจ็บปวดได้¹⁶ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามแนวคิดของ Dick-Read, Wessel, Ellis⁶ เป็นรูปแบบเดียวที่มุ่งเน้นการเตรียมการคลอดโดยปราศจากความกลัวมาใช้โดยตรงเกี่ยวกับความกลัวการคลอดที่จะช่วยตัดวงจร ความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ



ดังนี้ 1) การให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด 2) การออกกำลังกายเพื่อเตรียมความพร้อมของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการคลอด 3) การใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการหายใจ 4) ส่งเสริมให้สามีช่วยในเรื่องการผ่อนคลายและความสุขสบายของหญิงตั้งครรภ์โดยการนวดให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยมีรูปแบบการเตรียมตัวเพื่อการคลอดที่ชัดเจนและเข้ารับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดจำนวน 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 180 นาที เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการเตรียมตัวเพื่อการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ทั้งในและนอกโรงพยาบาล เป็นการจัดโปรแกรมนอกเวลาราชการทำให้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความแตกต่างจากโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดที่ผ่านมาที่ให้บริการเฉพาะกับหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาล ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานประจำและไม่สามารถฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลได้นั้น เสียโอกาสในการเข้าถึงการบริการเตรียมตัวคลอดที่ทางโรงพยาบาลได้จัดขึ้น อีกทั้งสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานราชการก็ไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมของการเตรียมตัวคลอดได้ ดังนั้นโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อการเข้าถึงการดูแลและส่งเสริมสุขภาพหญิงในระยะตั้งครรภ์ให้มีความพร้อมในการคลอด เพื่อให้ความกลัวการคลอดลดลง มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดดีขึ้นในระยะคลอดและเพิ่มความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

=== วัตถุประสงค์การวิจัย ===

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดก่อนและหลังการทดลองระหว่างหญิงตั้งครรภ์แรก ที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดกับหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดกับหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดระหว่างมารดาครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดกับมารดาครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

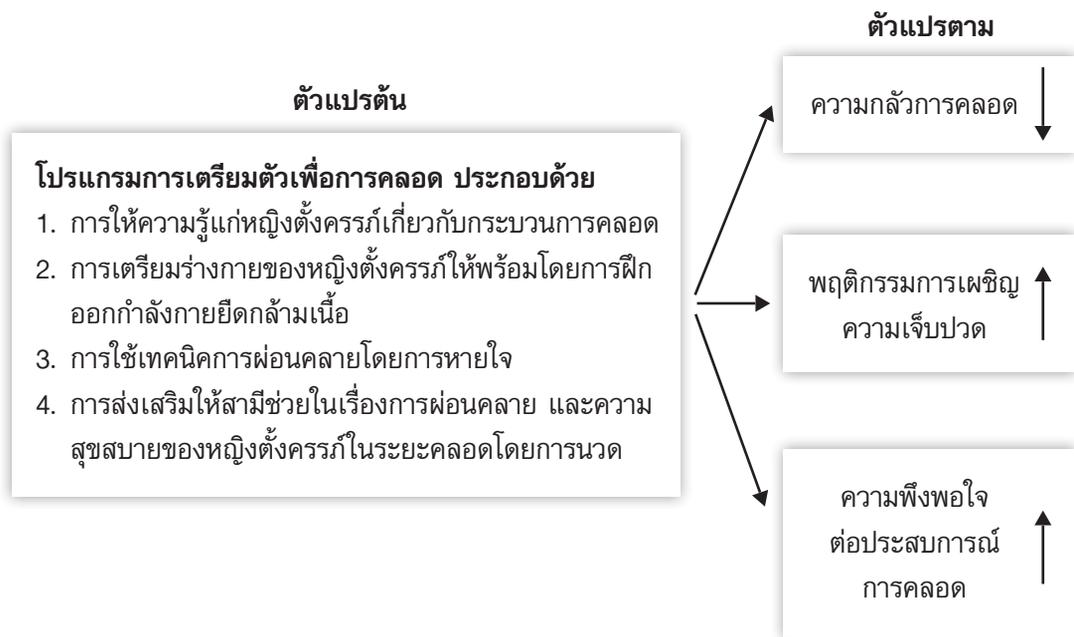
=== สมมติฐานการวิจัย ===

1. หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการคลอดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. มารดาครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการเตรียมตัวเพื่อ การคลออดตามแนวคิดของ Dick-Read, Wessel, Ellis⁶ ที่มุ่งเน้นการเตรียมการคลออดที่ปราศจาก ความกลัวเพื่อตัดวงจรความกลัว-ความเครียด- ความเจ็บปวด ซึ่งเกี่ยวกับทฤษฎีของ Dick- Read¹⁷ ที่อธิบายว่า ความกลัว ความเครียด และความ เจ็บปวดมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง ความกลัว ทำให้เกิดความเครียด โดยความเครียดเป็นสาเหตุ ทำให้เกิดการต่อต้านการทำงานของกล้ามเนื้อทำให้ เกิดการต่อต้านการทำงานของกล้ามเนื้อทำให้เกิด ความเจ็บปวด ซึ่งความเจ็บปวดที่มากขึ้น จะนำไปสู่ความตึงเครียดและความกลัวอย่าง ต่อเนื่องตามวงจรลูกโซ่ของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด เนื่องจากความกลัว ความเครียด เป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งสารแคททีโคลามีน (Catecholamines) ทำให้ออกซิเจนในเลือดถูกดึง ไปเลี้ยงสมอง กระจก และกล้ามเนื้อมากขึ้น การ ไหลเวียนของเลือดไปสู่สมองและรกลดลงกล้ามเนื้อ ช่องทางคลออดเกิดการหดตัวและตึงตัวมากขึ้น ทำงานไม่ประสานกันทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้นและความสามารถในการเผชิญความเจ็บปวด ลดลง¹⁸ เกิดการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลออด ที่ไม่ดี ส่งผลต่อความพึงพอใจต่อประสบการณ์ การคลออดและก่อให้เกิดทัศนคติทางลบต่อการ คลออด^{7,8} ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการ เตรียมตัวเพื่อการคลออดตามแนวคิดของ Dick-

Read ที่มีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) การให้หญิง ตั้งครรภ์ได้รับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลออด 2) การออกกำลังกายเพื่อเตรียมความพร้อมของ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการคลออด 3) การใช้เทคนิคการ ฟ่อนคลายโดยการหายใจ 4) ส่งเสริมให้สามีช่วย ในเรื่องการฟ่อนคลาย และความสงบสบายของ หญิงตั้งครรภ์โดยการนวดฟ่อนคลาย ซึ่งนำไปใช้ กับหญิงตั้งครรภ์แรกที่ฝากครรภ์ทั้งในและนอก โรงพยาบาลที่จะมาคลออดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยนัดเข้าโปรแกรมพร้อมกัน นอกเวลาราชการที่แผนกห้องคลออด โรงพยาบาล สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยโปรแกรมที่พัฒนา ขึ้นนี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ และมีการเตรียมตัว ที่ดีขึ้นเกี่ยวกับการคลออดส่งผลให้ความกลัวการ คลออดลดลง รวมถึงการนำความรู้และเทคนิคต่างๆ ที่ได้รับการเตรียมตัวคลออดไปใช้ในการลด ความเจ็บปวดในระยะคลออดทำให้สามารถเผชิญ ความเจ็บปวดและมีพฤติกรรมในการเผชิญ ความเจ็บปวดที่ดีขึ้นส่งผลให้เกิดประสบการณ์ ที่ดีต่อการคลออดก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อ ประสบการณ์การคลออด ดังนั้นโปรแกรมการ เตรียมตัวเพื่อการคลออดตามแนวคิดของ Dick- Read, Wessel, Ellis⁶ นี้จะทำให้ความกลัวการ คลออดลดลง พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ดีขึ้นและมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การ คลออดมากขึ้น ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีแบบแผนการศึกษาเป็นแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest - posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อความกลัวการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรกของโรงพยาบาลสังกัดกองทัพเรือแห่งหนึ่ง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่ฝากครรภ์ทั้งในและนอกโรงพยาบาลที่มาคลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์แรก

ที่ฝากครรภ์ทั้งในและนอกโรงพยาบาลที่มาคลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้า และออกจากการศึกษาดังนี้ หญิงตั้งครรภ์แรก อายุระหว่าง 20-34 ปี และมีสามีเข้าร่วมการทดลองได้ ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป และไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ทารกอยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนนำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ อายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ มีความประสงค์จะคลอดทางช่องคลอด ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis)

โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test : $1-\beta$) 80% ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ¹⁹ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ($\alpha = .05$) และขนาดอิทธิพล (Effect Size : d) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Glass อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร²⁰ ประมาณการได้จากการรวบรวมและสังเคราะห์หัวข้อแปรที่สำคัญกับกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ จากผลการวิจัยที่ผ่านมาของจิตตานันท์ ศรีสุวรรณ²¹ คือ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดมาคำนวณ ได้ค่าขนาดอิทธิพล = .70 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ และนำมาเปิดตารางประมาณขนาดตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน²⁰ โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 ราย และในกลุ่มทดลอง 26 ราย (แต่เนื่องจากกลุ่มทดลองถูกคัดออกตามเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) โดยมีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องผ่าตัดคลอดจำนวน 5 ราย จึงต้องคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) เป็นกลุ่มทดลองเพิ่ม จำนวน 5 ราย จึงครบ 26 ราย)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ซึ่งสร้างตามการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดของ Dick-Read, Wessel, Ellis⁶ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้ 1) ให้ความรู้กับหญิงตั้งครรภ์และสามีเกี่ยวกับกระบวนการคลอดเพื่อจัดความกลัวจากความไม่รู้และความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง การเปลี่ยนแปลง

เกี่ยวกับทางพยาธิสรีรวิทยา ความสำคัญ ประโยชน์ของการเตรียมตัวเพื่อการคลอด 2) สอนและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารร่างกายโดยใช้การฝึกยืดกล้ามเนื้อเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงและผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดการเกร็งของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อบรรเทาความไม่สบายในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด 3) สอนและฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลาย โดยการหายใจโดยใช้การแบบหายใจลึก (Full deep breathing) โดยการสูดลมหายใจเข้าอย่างช้าๆ มากที่สุดเท่าที่ทำได้แต่ไม่ลึกจนเกินไปและไม่กลั้นหายใจ หลังจากนั้นหายใจออกโดยปล่อยลมหายใจออกอย่างช้าๆ ซึ่งการกำหนดลมหายใจเข้าและออกตามเทคนิคการหายใจเพื่อผ่อนคลายในระหว่างเจ็บครรภ์คลอด จะช่วยให้เลือดไหลเวียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีออกซิเจนไหลเวียนมาเลี้ยงมดลูกมากขึ้น โดยฝึกพร้อมกับภาพแสดงการไหลเวียนของโลหิตที่ไปมดลูกสู่ทารกในครรภ์ขณะมีการหดและคลายตัวของมดลูก 4) สอนและฝึกการนวดให้กับสามีของหญิงตั้งครรภ์และส่งเสริมให้สามีทำต่อที่บ้านซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดอาการไม่สบายจากอาการปวดหลังของหญิงตั้งครรภ์ และช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพของคู่สมรส โดยมีการสอนนวดบริเวณหลังและก้นกบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางสูติศาสตร์ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และอายุครรภ์ที่คลอด

2.2 Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire [W-DEQ]) แบบ A เป็นแบบสอบถามความกลัวการคลอดที่ถูกพัฒนา

ขึ้นเพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงกับการประเมินความกลัวการคลอดบุตร ซึ่งใช้ได้ทั้งหญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังใช้ประเมินความกลัวการคลอดในระยะตั้งครรภ์ และในระยะเจ็บครรภ์คลอดจะประกอบด้วย 33 ข้อที่อธิบายความกลัวต่างๆ ในการคลอดแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 6 ระดับ (จาก 0 ถึง 5) มีคำถามด้านลบจำนวน 14 ข้อ ซึ่งจะกลับคะแนน (จาก 5 ถึง 0) ผลรวมคะแนนต่ำสุดคือ 0 และคะแนนสูงสุดคือ 165 คะแนน ถ้ามีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 85 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า มีความกลัวการคลอดในระดับที่รุนแรง โดยระดับคะแนนจะแสดงให้เห็นว่า ถ้าคะแนนมากแปลว่ามีความกลัวการคลอดมาก²²

2.3 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด (Labor pain coping behavior observation) เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของ Sturrock²³ ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย ฉวี เบาทรวง, สุพิศ รุ่งเรืองศรี²⁴ ประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่แสดงออกของหญิงตั้งครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์คลอดทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกเสียง ด้านการตอบสนองด้วยคำพูด ด้านการแสดงออกทางใบหน้า ด้านการควบคุมการหายใจ และด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย มีมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คะแนน 0,1,2 คะแนนรวม 0-10 คะแนนสูง หมายถึง พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดดี คะแนนต่ำ หมายถึง พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดไม่ดีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับพฤติกรรมที่ผู้คลอดแสดงให้เห็นและสังเกตได้

2.4 แบบสอบถามความรู้สึกต่อประสบการณ์การคลอด (Labor Agency Scale) ของ Hodnett cited in Hodnett, Simmons-Tropea²⁵ มาใช้ในการประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด โดยแบบสอบถามนี้ Yuenyong²⁶ ได้มีการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ (Back Translation Technique) มีข้อความ 10 ข้อ คำถามด้านบวก 6 ข้อ และคำถามด้านลบ 4 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ตสเกล 7 ระดับจาก 1 เกือบตลอดเวลา ถึง 7 ไม่เคยเลย ข้อลบให้คะแนนจาก 1 ถึง 7 ข้อบวก ให้คะแนนจาก 7 ถึง 1 มีคะแนนรวมระหว่าง 10-70 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมาก คะแนนต่ำ หมายถึง มีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดน้อย²⁷

≡ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ≡

1. ผู้วิจัยนำแผนชุดกิจกรรมโปรแกรมเตรียมตัวเพื่อการคลอด ประกอบด้วย แผนการสอนการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และประโยชน์ของการเตรียมตัวคลอด แผนการสอนการเตรียมร่างกายการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายโดยการยืดกล้ามเนื้อ แผนการสอนการใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการหายใจ แผนการสอนการส่งเสริมให้สามีช่วยในเรื่องการผ่อนคลายและความสุขสบายของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด โดยการนวด สื่อการสอน (Power Point slides) และคู่มือ โดยผู้วิจัยนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา

แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นอาจารย์ด้านพยาบาล สุนัขศาสตร์ 3 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (APN) 1 ท่าน และสูติแพทย์ 1 ท่าน ตรวจสอบ ความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษา ที่ใช้และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ตลอดจน ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง หลังจากนั้นผู้วิจัย ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. แบบสอบถามความกลัวการคลอด แบบ สังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และแบบ สอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาลัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Co-efficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81, .93 และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ในหญิงตั้งครรภ์แรกที่ฝากครรภ์ทั้งในและนอก โรงพยาบาล (คลินิกฝากครรภ์เครือข่ายโรงพยาบาล สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์) ที่จะมาคลอด ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยผู้วิจัย บันทึกข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวม ข้อมูลทั่วไป และประเมินวัดความกลัวการคลอด ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบวัด ระดับความกลัวโดยใช้แบบสอบถามความกลัว Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) แบบ A

1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจัดกลุ่มเข้า โปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด โดยการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

(Inclusion criteria) และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเข้าโปรแกรมครั้งละ 5 - 6 คู่ และต้องเข้า โปรแกรมทั้งหมด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 32-35 สัปดาห์ (class 1) และครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป (class 2) โดยจัดโปรแกรมที่ บริเวณห้องประชุมงานห้องคลอด โรงพยาบาล สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที ในวันเสาร์ Class 1 เวลา 09.00 -12.00 และ Class 2 เวลา 13.00 - 16.00 น. เมื่อผ่าน การทดสอบเทคนิคต่างๆ จะติดสติ๊กเกอร์สีที่สมุด คู่มือการเตรียมตัวเพื่อการคลอด เพื่อเป็นการสื่อสาร ให้เจ้าหน้าที่ห้องคลอดได้ทราบว่าได้ผ่านโปรแกรม การเตรียมตัวเพื่อการคลอดมาแล้ว และให้สามี เข้ามาร่วมดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์ ในห้องคลอดได้ เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะ เจ็บครรภ์คลอด ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) มีผู้ช่วยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มี ประสบการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะ คลอด มีประสบการณ์ในการทำงานในงานห้อง คลอดมากกว่า 5 ปี และกำลังศึกษาในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ชั้นสูง เป็นผู้แจกแบบสอบถามความกลัว การคลอดให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่รับนอน โรงพยาบาล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทำแบบประเมิน ความกลัวการคลอดด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัย ทำการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ของหญิงตั้งครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) จนถึงปากมดลูกเปิดหมดโดยใช้แบบ สังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด หลังจากนั้น 24 ชั่วโมงหลังคลอดให้มารดาประเมิน ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของ ตนเอง โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อ ประสบการณ์การคลอด



2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจัดกลุ่มโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนจึงศึกษาในกลุ่มทดลอง ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ 26 รายแรกจะถูกจัดเข้ากลุ่มควบคุม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้นักทดลองและกลุ่มควบคุมได้พบปะพูดคุยกันและเห็นการบริการซึ่งฝ่ายหนึ่งไม่ได้รับ อาจทำให้กลุ่มควบคุมมีความรู้สึกรู้ว่าได้รับการบริการที่ไม่เท่าเทียมกันเกิดอคติและไม่ให้ความร่วมมือในการวิจัยส่งผลให้การวิจัยมีข้อผิดพลาดได้ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) มีผู้ช่วยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด มีประสบการณ์ในการทำงานในงานห้องคลอดมากกว่า 5 ปี และกำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง เป็นผู้แจกแบบสอบถามความกลัวการคลอดให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่รับนอนโรงพยาบาล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทำแบบประเมินความกลัวการคลอดด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยทำการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) จนถึงปากมดลูกเปิดหมดโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด หลังจากนั้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดให้มารดาประเมินความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของตนเอง โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 11-11-2556 และคณะกรรมการจริยธรรม กรมแพทย์ทหารเรือ อนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วทดสอบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t- test , Chi- square และ Fisher's Exact test จากนั้นจึงวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความกลัวการคลอดระยะก่อนและหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ พบว่า กลุ่มทดลองจำนวน 26 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 24 ปี ร้อยละ 53.8 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.4

ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 42.3 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 10,001 - 20,000 บาท และมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 38.5 เท่ากัน ลักษณะครอบครัว อาศัยอยู่ตามลำพังกับสามี ร้อยละ 50 อายุครรภ์ที่คลอดส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 37 - 40 สัปดาห์ ร้อยละ 84.6 อายุครรภ์ที่คลอดมากกว่า 40 สัปดาห์ ร้อยละ 15.4 ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 26 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 24 ปี ร้อยละ 61.5 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 61.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 57.7 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 46.2 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามลำพังกับสามี ร้อยละ 61.5 อายุครรภ์ที่คลอดส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 37 - 40 สัปดาห์ ร้อยละ 76.9 อายุครรภ์ที่คลอดมากกว่า 40 สัปดาห์ ร้อยละ 23.1 และเมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดระยะก่อนและหลังการทดลอง คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด คะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p > .05$) ส่วนในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{50} = -35.02, p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{50} = 5.11, p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{50} = 18.67, p < .001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดระยะก่อนและหลังการทดลอง คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด คะแนนความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความกลัวการคลอดระยะก่อนการทดลอง	109.81	4.67	112.08	7.47	1.3	.196
ความกลัวการคลอดระยะหลังการทดลอง	51.62	9.74	136.12	7.52	-35.2	<.001
พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด	7.77	1.37	5.42	1.9	5.11	<.001
ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด	60.04	4.06	31.96	6.50	18.67	<.001

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

1. ความกลัวการคลอด หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดระยะหลังการทดลองน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า เนื่องจากโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดที่พัฒนาขึ้นนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างมีแบบแผน โดยประยุกต์ใช้การเตรียมตัวเพื่อการคลอดตามแนวคิดของ Dick-Read, Wessel, Ellis⁶ ซึ่งเป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นการเตรียมการคลอดโดยปราศจากความกลัว (Childbirth Without Fear) จึงนำรูปแบบการเตรียมตัวเพื่อการคลอดดังกล่าวมาใช้โดยตรงเกี่ยวกับความกลัวการคลอดที่จะช่วยตัดวงจร ความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด¹⁷ ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องกายวิภาคและสรีรวิทยาเกี่ยวกับการคลอด การให้ความรู้ส่งเสริมความสามารถในการคลอดบุตร สามารถลดความกลัวและความวิตกกังวลในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอดได้²⁸ เพราะมีการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดความรู้เกี่ยวกับการคลอด การมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง และคำบอกเล่าประสบการณ์เชิงลบเกี่ยวกับการคลอด เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความกลัวและการเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์² อีกทั้งการให้ความรู้และฝึกผ่อนคลายสามารถลดระดับความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้²⁹ ดังนั้นการจัดกิจกรรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดจึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความกลัวการคลอดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeyrani, Zeidi, Malekzadegan, Hossaini¹⁴ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการเตรียมตัวคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีความกลัวการคลอดระยะหลังการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีความกลัวการคลอดน้อยกว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดมากกว่า หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งอธิบายได้ตามทฤษฎีของ Dick-Read¹⁷ ความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด ได้ว่า เมื่อมีความรู้จากโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดทำให้ความกลัวการคลอดลดลงก็ส่งผลให้ความเครียดและความเจ็บปวดลดลงทำให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดี ประกอบกับกิจกรรมที่มีในการเตรียมตัวคลอด เช่น การหายใจใช้การแบบหายใจลึก ซึ่งเป็นการกระตุ้นประสาทการรับรู้ (Cognitive stimulation) และการนวดผ่อนคลายจากสามี ซึ่งเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัส (Sensory stimulation) ซึ่งทั้ง 2 กิจกรรมนี้เป็นการกระตุ้นปลายประสาทขนาดใหญ่ที่นำกระแสประสาทที่เร็วกว่าและมากกว่ากระแสประสาทขนาดเล็ก ระบบควบคุมประตูจะปิดทำให้กระแสความเจ็บปวดไปไม่ถึงสมอง ซึ่งเรียกว่าทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) จึงไม่เกิดความเจ็บปวด³⁰ ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี

ดังนั้นจึงพบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชนันต์ ธีรรดา³¹ พบว่า มารดาครรภ์แรกที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการคลอดหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดดีกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ²¹ ที่ศึกษาผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้ ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมความเจ็บปวดของมารดาวัยรุ่น ในโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าคะแนนระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองเหมาะสมกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .007$)

3. ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งอธิบายได้จากผลการวิจัยว่าโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดนี้ทำให้ความกลัวการคลอดลดลงและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ดี เนื่องจากนำกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมที่เตรียมไว้มาใช้ในระยะเจ็บครรภ์คลอด รวมถึงการให้สามีช่วยในเรื่องการผ่อนคลายและความสุขสบายในระยะเจ็บครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ไปได้ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอดทำให้เกิดความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับ Marut, Mercer³² ที่อธิบายไว้ว่าเมื่อมารดามีความรู้สึกที่บรรลุถึงความต้องการเกี่ยวกับการคลอดของมารดาในด้านบวก โดยตนเองสามารถคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย ก็จะส่งผลต่อความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร มามาก³³ ซึ่งพบว่า ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ทำให้คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมและการศึกษาของ ศิวพร สุดเพชร, นันทนา ธนาโนวรรณ, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, ชานนท์ เนื่องตัน³⁴ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีในระยะที่ 1 ของการคลอด มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์หรือผู้ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการรับฝากครรภ์ และเตรียมตัวผู้คลอด สามารถนำโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดไปจัดกิจกรรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดให้หญิงตั้งครรภ์ โดยผู้นำไปใช้ต้องเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดเพื่อพิจารณาเอาไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม



2. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลสามารถนำหลักการในโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด ไปใช้ในการสอนเพื่อให้นักศึกษาสามารถนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเตรียมตัวคลอดให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในหญิงตั้งครรภ์แรกในกลุ่มอื่น เช่น หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุมากกว่า 35 ปี (Elderly gravidarum) เนื่องจากการทำวิจัยครั้งนี้จำกัดแค่ในหญิงตั้งครรภ์แรก
2. นำโปรแกรมไปใช้ในการทำวิจัยศึกษาผลลัพธ์ในตัวแปรอื่น เช่น การรับรู้สมรรถนะตนเองในการคลอด (Childbirth self efficacy)
3. ควรศึกษาติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้เพื่อดูว่าในการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 จะคลอดเองหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง



เอกสารอ้างอิง

1. จิราพร วรวงศ์. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการคลอด. ใน มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ (บรรณาธิการ). การพยาบาล สูติศาสตร์เล่ม 2 (1-6). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2553.
2. Melender HL. Fear and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *J Midwifery Womens Health* 2002;47(4):256-63.
3. สมภพ เรื่องตระกูล. การตั้งครรภ์: โรคทางจิตและการรักษา. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2550.
4. Körükçüa Ö, Firat MZ, Kukulü K. Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010;5:467-70.
5. Chuahorm U, Sripichyakam K, Tungpunkom P, Klunklin A, Kennedy HP. Fear and Suffering During Childbirth Among Thai Women. *Thai Journal of Nursing Research* 2007;11(1):49-61.
6. Dick-Read G, Wesel H, Ellis HF. *The Practice of Natural childbirth*. New York: Harper & Row; 1976.
7. Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth* 1991;18(4):203-10.
8. Simkin P. Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth* 1992;19(2):64-81.
9. Wilkinson C, McIlwaine G, Boulton-Jones C, Cole S. Is a rising caesarean section rate inevitable? *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105(1):45-52.
10. Ryding EL, Lukasse M, Parys AV, Wangel AM, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Fear of childbirth and Risk of Cecarean Delivery: A Cohort Study in Six European Countries. *Birth* 2015;42(1):48-55.
11. WHO : Appropriate technology for birth . *Lancet* 1985;2(8452):436-7.
12. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health* 2015;3(5):260-70.
13. เขตบริการสุขภาพที่ 6. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ เขตบริการสุขภาพที่ 6 ปี 2558-2560. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2558]. แหล่งที่มา: <http://www.region6.cbo.moph.go.th/yuttha.pdf>.
14. Jeyrani MN, Zeidi BM, Malekzadegan A, Hossaini F. The effect of childbirth preparation classes on fear of childbirth and severity of labor pain in pregnant women reoffered to Akbarabady hospital of Tehran. *Int J Gynecol Obstet* 2008;107(2):284.



15. Consonni EB, Calderon IM, Consonni M, De Conti MH, Prevedel TTs, Rudge MV. A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reprod Health* 2010;7:28.
16. Novak JC, Broom BL. *Maternal and Childbearing Family Nursing*. 8th ed. St.Louis: Mosby; 1995.
17. Dick-Read G. *Childbirth without Fear*. 5th ed. NewYork: Harper & Row; 1984.
18. McKinny ES, James SR, Murray SS, Ashwill JW. *Pain Management for Childbirth. Maternal-Child Nursing*. St.Louis: Elsevier; 2005.
19. Polit, DF, Beck CT. *Nursing Research: Principles and Methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
20. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย; 2553.
21. จิตदानันท์ ศรีสุวรรณ. ผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้ความวิตกกังวลระดับ ความเจ็บปวดและพฤติกรรมอาการแพ้ภูมิความเจ็บปวดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
22. 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;19(2):84-97.
23. Sturrock ELW. Evaluation of tools for describing patient responses to labor. [Master's thesis]. University of Utah; 1972.
24. ฉวี เมาทรวง, สุพิศ รุ่งเรืองศรี. ผลของการสัมผัสต่อการแพ้ภูมิความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. *พยาบาลสาร* 2537;21(4):18-24.
25. Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Res Nurs Health* 1987;10(5):301-10.
26. Yuenyong S. Effect of a close female relative support during labour and delivery on duration of active labour, incidence of spontaneous delivery, and satisfaction with childbirth experience. [Doctoral dissertation]. Chulalongkorn University; 2007.
27. Yuenyong S, O'Brien B, Jirapeet V. Effects of labor support from close female relative on labor and maternal satisfaction in a Thai setting. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012;41(1):45-56.
28. Ip WY, Tang CS, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs* 2009;18(15):2125-35.



29. กาญจนา ศรีสวัสดิ์. ผลของการให้ความรู้และฝึกผ่อนคลายต่อความตึงเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. พยาบาลสาร 2554;38(1):40-51.
30. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. Science 1965 Nov 19;150(3699):971-9.
31. รัชนันต์ ธีรรดา. ผลของการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อความรู้เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลอดของมารดาครรภ์แรก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2548;13(3):10-22.
32. Marut JS, Mercer RT. Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. Nurs Res 1979;28(5):260-6.
33. นวพร มามาก. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาและความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2551;4(2):258-72.
34. ศิวพร สุดเพชร, นันทนา ธนาโนวรรณ, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, ชานนท์ เนื่องต้น. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารสภาการพยาบาล 2557;29(3):42-54.