ผลของการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ ต่อความกลัว ความเจ็บปวด และประสบการณ์การคลอด ของผู้คลอด โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

สุรีพร ศรีโพธิ์อุ่น[*], รุ่งเทวินทร์ สัมพันธ์[a], ลำพงษ์ ศรีวงค์ชัย[**], ปาริชาติ สำราญบัว[***], สุนิสา กองทอง[***]**

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทำการศึกษาในผู้คลอดครรภ์ครบกำหนดที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลยโสธร ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566-เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เป็นการศึกษาเปรียบเทียบหลังได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 33 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคอลดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 5.55 ต่อ 7.06 คะแนน ($p<0.05$) ถึงแม้คะแนนการรับรู้ระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยในระยะคลอดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย 6.14 ต่อ 5.19 ($p<0.05$) และพบว่าผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติมีระดับความกลัวการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ย 77.82 ต่อ 102.21 ($p<0.05$) แสดงว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: การคลอดธรรมชาติ; การส่งเสริมการคลอดธรรมชาติ; การดูแลในระยะคลอด

[*] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
[**] อาจารย์ประจำหลักสูตร กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
[***] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานห้องคลอด โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร
[a] Corresponding author: รุ่งเทวินทร์ สัมพันธ์ rungtawinaom@gmail.com
รับบทความ: 21 ก.พ. 69; รับบทความแก้ไข: 25 มี.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 26 มี.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 13 ส.ค. 69

The Effects of Childbirth Preparation and Intrapartum Care for Promoting Natural Birth on Fear, Pain, and Childbirth Experience among Women Giving Birth at Yasothon Hospital, Yasothon Province

Sureepron Sripoun[*], Rungtawin Samphan[a], Lumphong Sriwongchai[**], Parichat Samranbua[***], Sunisa Kongthong[***]**

Abstract

This research is a quasi-experimental study conducted with term pregnant women who gave birth at Yasothon Hospital between March 2023 and February 2024. It is a comparative study between the group receiving childbirth preparation and nursing care to promote natural childbirth and control group. The sample size consists of 66 participants, divided into two groups of 33 each. The samples were selected through purposive sampling based on the criteria for the sample group.

The findings showed that the group receiving childbirth preparation and intrapartum care aimed at promoting natural childbirth demonstrated a significantly better ability to cope with labor pain compared to the control group, with mean scores of 5.55 and 7.06, respectively ($p<0.05$). Although the experimental group reported a higher mean perceived pain score during labor than the control group (6.14 vs. 5.19, $p<0.05$), they were better able to cope and pain management. In addition, women who received childbirth preparation and supportive care for natural childbirth exhibited significantly lower levels of fear of childbirth compared to the control group, with mean scores of 77.82 and 102.21, respectively ($p<0.05$). These findings suggest that the experimental group had a more positive perception of the childbirth experience than the control group.

Keywords: Natural childbirth; Natural childbirth promotion; Intrapartum care

[*] Assistant Professor, Division of Maternal and Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

[**] Lecturer, Division of Maternal and Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

[***] Registered Nurse, Senior Professional Level, Labor Room Unit, Yasothon Hospital

[a] Corresponding author: Rungtawin Samphan Email: rungtawinaom@gmail.com

Received: Feb. 21, 26; Revised: Mar. 25, 26; Accepted: Mar. 26, 26; Published Online: Aug. 13, 26

บทนำ

การคลอดเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของมารดา ซึ่งเป็นกลไกตามธรรมชาติในการผลักดันทารกออกมาจากครรภ์มารดา แต่การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการคลอดนี้ทำให้เกิดความเจ็บปวดจากการหดรัดตัวของมดลูกเกิดขึ้นและความเจ็บปวดนี้จะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของการหดรัดตัวของมดลูกที่มากขึ้นในแต่ละระยะของการคลอด ทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด เกิดความกลัวต่อการคลอด ไม่ว่าจะเป็นกลัวความเจ็บปวดในระยะรอคลอด กลัวการฉีกขาดของฝีเย็บ ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดวงจรความกลัว ความเครียดความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Syndrome) ส่งผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย มีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกมีการหลั่งสาร Catecholamines เพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายของผู้คลอดมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นมีภาวะหายใจเร็ว (Hyperventilation) เกิดภาวะ Respiratory alkalosis การไหลเวียนเลือดบริเวณมดลูกและรกลดลง ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกไม่มีประสิทธิภาพเป็นสาเหตุของการคลอดยาวนาน ทำให้ทารกในครรภ์เผชิญกับการขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอเป็นระยะเวลานาน เกิดภาวะเลือดเป็นกรด และภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ (Fetal distress)[1] ซึ่งความกลัวการคลอดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในระยะคลอดนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์บางส่วนตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแทนการคลอดเองทางช่องคลอด[2] ถึงแม้ว่าการผ่าตัดคลอดมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัยจากอันตรายในระยะคลอดโดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ซึ่งเมื่อปล่อยให้ดำเนินการคลอดไปตามปกติอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์[3] อย่างไรก็ตามการผ่าตัดคลอดเป็นหัตถการที่เพิ่มความเสี่ยงให้กับมารดาและทารกได้มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด ได้แก่ มารดาเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การสูญเสียเลือดจำนวนมาก ภาวะ Pulmonary embolism การบาดเจ็บขององระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน (Thromboembolism) ภาวะลำไส้กลืนกัน (Paralytic ileus) ส่วนทารกแรกเกิดมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเมื่อแรกคลอด (Birth asphyxia) ภาวะหายใจเร็วแรกคลอด (Transient tachypnea) และการบาดเจ็บจากการคลอด (Birth injuries) โดยเฉพาะการบาดเจ็บของศีรษะ[3,4]

การให้ความรู้เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ การเตรียมตัวหรือการปรับบทบาทสู่การเป็นมารดา รวมทั้งการเตรียมตัวเพื่อการคลอด โดยเฉพาะการคลอดทางช่องคลอดตามกลไกการคลอดธรรมชาติ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีการให้ความรู้หรือการเตรียมหญิงตั้งครรภ์สำหรับการคลอดธรรมชาติเพื่อลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่จำเป็น[5] โดยรูปแบบการเตรียมคลอดนี้ควรครอบคลุมการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอด วิธีการปฏิบัติตนเองในระยะคลอด การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด รูปแบบการเตรียมคลอดมีหลายแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการเตรียมคลอดธรรมชาติแนวคิดของ Dick-Read ที่เชื่อว่าการให้ความรู้ในเรื่องของกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอด การพัฒนาทัศนคติที่ถูกต้องต่อการคลอด โดยการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดช่วยให้ผู้คลอดรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ในการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีขึ้น แสดงว่าความสามารถในการควบคุมตนเองเป็นสิ่งที่ผู้คลอดพัฒนาขึ้นจากการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องและมีทักษะการดูแลสุขภาพตนเองทำให้สามารถปฏิบัติ

ตนในการควบคุมตนเองให้แสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้ ซึ่งมีรายงานการศึกษาที่ยืนยันผลของการใช้วิธีการเตรียมคลอดสามารถช่วยลดความกลัวต่อการคลอด ช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม และยังช่วยเสริมสร้างการรับรู้หรือประสบการณ์ต่อการคลอดที่ดีได้[6] ดังนั้นทีมวิจัยจึงต้องการพัฒนาการเตรียมคลอดและการดูแลเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระคลอดได้และมีประสบการณ์ต่อการคลอดที่ดี โดยใช้แนวคิดการเตรียมคลอดของ Dick-Read และแนวทางการดูแลแบบ Active birth ในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดธรรมชาติในการออกแบบกิจกรรมการเตรียมคลอดและการดูแลในระยะคลอด เพื่อให้ได้แนวทางการเตรียมคลอดและการดูแลในระยะคลอดที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลยโสธร และเป็นการพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอดธรรมชาติ

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยและพื้นที่วิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทำการศึกษาในผู้คลอดที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลยโสธร ระหว่างเดือนมีนาคม 2023-เดือนกุมภาพันธ์ 2024 เป็นการศึกษาเปรียบเทียบหลังได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 23 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือหญิงตั้งครรภ์และมาคลอดที่โรงพยาบาลยโสธร ในระยะ 1 ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 2,218 คน กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 34-36 สัปดาห์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1.9.4 สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระกัน (Independent t-test) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน[7] ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 21 คน และกลุ่มทดลอง 21 คน กำหนดเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 23 คน

การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเข้าแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเข้า ดังนี้ มีอายุระหว่าง 18-35 ปี อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 34-36 สัปดาห์ ณ วันที่เข้าร่วมโปรแกรมครั้งแรก และคลอดเมื่ออายุครรภ์ 37^{+0} สัปดาห์ขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ปากมดลูกเปิดขยายน้อยกว่า 7 เซนติเมตรเมื่อรับไว้ในห้องคลอด เมื่อสิ้นสุดการคลอดเป็นการคลอดเองทางช่องคลอด สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวทางการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ ที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดเตรียมคลอดของ Dick-Read แนวคิดการดูแลในระยะคลอดแบบ active birth ของ Balaskas (อ้างถึงใน วรรณี เดียวอิศเรศ)[6] ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน และนำมาออกแบบกิจกรรมการเตรียมคลอดวิถีธรรมชาติ กิจกรรมประกอบด้วย

1. การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลเกี่ยวกับกระบวนการคลอดในช่วงอายุครรภ์ระหว่าง 34-36 สัปดาห์จำนวน 1 ครั้ง หัวข้อการให้ความรู้ ได้แก่ กลไกการคลอด การเปลี่ยนแปลงทางสรีระในระยะคลอด ประโยชน์ของการคลอดธรรมชาติ และการฝึกปฏิบัติทักษะการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและการจัดการความปวดในระยะคลอด ได้แก่ การเคลื่อนไหวและท่าทางในระยะคลอด การหายใจ และการนวด รวมทั้งการเยี่ยมชมสถานที่ห้องคลอด

2. แนวทางการดูแลในระยะคลอดสำหรับพยาบาลห้องคลอดตั้งแต่ระยะที่ 1-2 ของการคลอด การดูแลในระยะที่ 1 ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะของการคลอด ความก้าวหน้าของการคลอด การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด กระตุ้นให้ผู้คลอดใช้วิธีการจัดท่า และเทคนิคการหายใจและผู้ดูแลนวดเพื่อบรรเทาปวดในระยะคลอด และการดูแลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายในระยะคลอด ในระยะที่ 2 ของการคลอดใช้วิธีการเบ่งคลอดตามธรรมชาติ ไม่จำกัดท่าในการคลอด ให้เบ่งคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมดและผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่ง เบ่งแต่ละครั้งให้กลั้นเบ่งใช้เวลา 6-10 วินาที และให้มีผู้ดูแลอยู่ด้วยตลอดเวลาตั้งแต่ระยะที่ 1 ของการคลอดจนกระทั่งทารกคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบประเมินความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS) มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความต่อเนื่องเป็นเซ็นติเมตร ตั้งแต่ 0-10 เซนติเมตร เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความเจ็บปวด[8]

2. แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด (Labour pain coping behavior observation) ของ Sturrock ฉบับแปลภาษาไทยโดยเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่แสดงออกของผู้คลอด มีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกเสียง ด้านการตอบสนองด้วยคำพูด ด้านแสดงออกทางใบหน้า ด้านการควบคุมการหายใจ และด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย แบบสังเกตมีระดับคะแนนจาก 0-2 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดดี ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่ดี คะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน

3. แบบสอบถามประสบการณ์การคลอดใช้แบบประเมินของ Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire [W-DEQ] แบบ B เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นสำหรับการประเมินความกลัวการคลอดของผู้คลอดในระยะหลังคลอด ฉบับภาษาไทย มีจำนวน 33 ข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบมีระดับคะแนน 6 ระดับ จาก 1 ถึง 6 คะแนน มีคำถามด้านลบจำนวน 14 ข้อ ซึ่งจะกลับคะแนนจาก 6 ถึง 1 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 198 คะแนน ถ้ามีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 85 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า มีความกลัวการคลอดในระดับที่รุนแรง หรือมีความกลัวการคลอดมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมการเตรียมคลอด แผนการสอน สื่อการสอนและแนวทางการดูแลในระยะคลอด นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index-CVI) ประกอบด้วยอาจารย์ด้านการพยาบาลมารดาทารก จำนวน 2 ท่าน สูติแพทย์จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลในระยะคลอด 1 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86

สำหรับแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด ฉบับภาษาไทยของ ฉวี เบาทรวง และสุพิศ รุ่งเรืองศรี มีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.80 และแบบสอบถามประสบการณ์การคลอดฉบับ

แปลภาษาไทยของ นันทพร แสนศิริพันธ์ และได้แปลกลับ (Back translation) และตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87[7] ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือทั้งสองไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 ราย ทำการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดและแบบสอบถามประสบการณ์การคลอดเท่ากับ 0.65 และ 0.60 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมจนครบก่อนจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกอคติของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลในระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอดของโรงพยาบาล สำหรับกลุ่มทดลองจัดให้เข้ากลุ่มเตรียมคลอดพร้อมผู้ดูแล จำนวน 1 ครั้งๆ ละ 5-8 คู่ พร้อมให้คู่มือการปฏิบัติตัวในระยะคลอดสำหรับทบทวนด้วยตนเองที่บ้าน เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดได้รับการดูแลตามกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมการคลอดธรรมชาติ ได้แก่ การจัดท่า การนวดเพื่อบรรเทาปวด การใช้เทคนิคหายใจ การส่งเสริมการได้รับพลังงานและสารน้ำอย่างเพียงพอ การให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดอย่างสม่ำเสมอ การดูแลอย่างใกล้ชิดโดยให้มีผู้ดูแลได้จนสิ้นสุดระยะที่ 2 ของการคลอด การประเมินความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดทำการประเมิน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในขณะปากมดลูกเปิด 0-3 เซนติเมตร ครั้งที่ 2 ขณะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร และครั้งที่ 3 เมื่อปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ทั้งสองกลุ่มได้รับแบบสอบถามความกลัวและประสบการณ์การคลอดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เอกสารรับรองเลขที่ 031/2566 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566 และมีการชี้แจงข้อมูลการวิจัยแก่อาสาสมัครเพื่อขอความยินยอมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลต่อบริการที่จะได้รับตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ One way ANOVA และ Chi-square test วิเคราะห์การแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าคะแนนความปวดในระยะคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและความกลัวและประสบการณ์การคลอดมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และความกลัวและประสบการณ์การคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมจำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มละ 33 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 24.27±3.85 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 97 อยู่ด้วยกัน มีเพียงร้อยละ 3 ที่มีการหย่าร้างและอายุครรภ์เฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

38.64±0.81 สัปดาห์ และส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 42.4 สำหรับข้อมูลของกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเฉลี่ย 26.06±6.74 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 38.23±0.67 สัปดาห์ สถานภาพสมรสร้อยละ 100 อยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 48.5 ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป พบว่าอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ระหว่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p>0.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=66)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=33)	กลุ่มทดลอง (n=33)	p-value
อายุ [$\bar{x}$ (SD)]	24.27 (3.85)	26.06 (6.74)	0.352[a]
อายุครรภ์ [$\bar{x}$ (SD)]	38.61 (0.81)	38.23 (0.67)	0.921[a]
สถานภาพสมรส [n (%)]			-
อยู่ด้วยกัน	32 (97.0)	33 (100)	
หย่าร้าง	1 (3.0)		
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ [n (%)]			
ครรภ์แรก	14 (42.4)	16 (48.5)	0.238[b]
ครรภ์ที่ 2	11 (33.3)	14 (42.4)	
ครรภ์ที่ 3	6(18.2)	1 (3.0)	
ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป	2 (6.1)	1 (3.0)	
ผู้ดูแลหลัก [n (%)]			0.772[b]
สามี	26 (78.8)	25 (75.8)	
มารดา	7 (21.2)	7 (21.2)	
ย่า/ยาย	-	1 (3.0)	
ระดับการศึกษา [n (%)]			0.168[b]
ประถมศึกษา	1 (3.0)	1 (3.0)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4 (12.1)	10 (30.3)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	12 (36.4)	15 (45.5)	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	16 (48.5)	6 (18.2)	
ปริญญาตรี	-	1 (3.0)	
อาชีพ [n (%)]			0.608[b]
นักเรียน/นักศึกษา	4 (12.2)	1 (3.0)	
เกษตรกร	4 (12.2)	-	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	2 (6.1)	4 (12.2)	
รับจ้างทั่วไป	17 (51.5)	25 (75.8)	
พนักงานบริษัท	5 (15.2)	-	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (3.0)	3 (9.1)	
รายได้ต่อเดือน [$\bar{x}$ (SD)]	15727.27 (8997.47)	10121.21 (3772.90)	0.468[b]

[a] one way ANOVA, [b] Chi-Square test

ระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด

ผลการศึกษาพบว่าระดับคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยในระคลอดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (6.14 vs 5.19 คะแนน) เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติมีระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยค่าที (t-test) (n=66)

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	df	95% CI of mean difference	p-value
กลุ่มควบคุม	33	5.19	1.55	-3.21	44.47	-1.54 ถึง -0.35	0.002
กลุ่มทดลอง	33	6.14	0.69				

*p<0.05

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคอลดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.06 ต่อ 5.55 คะแนน ($p<0.05$) และเมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติมีระดับความกลัวการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ย 77.82 ต่อ 102.21 ($p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยค่าที (t-test) (n=66)

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	df	95% CI of mean difference	p-value
กลุ่มควบคุม	33	5.55	1.04	-7.028	54.52	-1.94 ถึง -1.08	0.000*
กลุ่มทดลอง	33	7.06	0.68				

*p-value<0.05

ความกลัวและประสบการณ์การคลอด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติมีความกลัวต่อการคลอดเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (77.82±7.71 คะแนน) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนความกลัวต่อการคลอดอยู่ในระดับสูง (102.21±4.78 คะแนน) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติมีประสบการณ์การคลอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวและประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยค่าที (t-test) (n=66)

กลุ่ม	n	Mean	SD	t	df	95% CI of mean difference	p-value
กลุ่มควบคุม	33	102.21	4.78	16.36	64	21.42 ถึง 27.37	0.000*
กลุ่มทดลอง	33	77.82	7.11				

*p-value<0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคอลดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.06 ต่อ 5.55 คะแนน (p<0.05) ถึงแม้คะแนนการรับรู้ระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยในระยะคลอดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ย 6.14 ต่อ 5.19 (p<0.05) ซึ่งขัดแย้งกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการที่ผู้คลอดได้รับการเตรียมคลอดมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด[7,9,10] แสดงว่าการรับรู้ต่อความเจ็บปวดของผู้คลอดไม่มีผลต่อความสามารถในการควบคุมตนเองและเผชิญความเจ็บปวด ซึ่งการที่ผู้คลอดจะสามารถควบคุมตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ที่ดี เกิดจากการที่ผู้คลอดได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอดที่ถูกต้อง ร่วมกับมีการฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการความปวดในระคลอดจนเกิดความมั่นใจ การเตรียมคลอดทำให้ความกลัวต่อการคลอดลดลงจึงสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ดี สอดคล้องกับรายงานการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ[11,12] ที่พบว่าการที่ผู้คลอดได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกควบคุมตนเอง และมีการเตรียมตัวก่อนคลอด เช่น การเตรียมด้านร่างกาย การฝึกจัดการความปวด ฝึกวิธีการควบคุมการหายใจ เป็นต้น ช่วยให้ผู้คลอดรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดได้ดีขึ้น แสดงว่าความสามารถในการควบคุมตนเองเป็นสิ่งที่ผู้คลอดพัฒนาขึ้นจากการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องและมีทักษะการดูแลสุขภาพตนเองทำให้สามารถปฏิบัติตนในการควบคุมตนเองให้แสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสม[13] ถึงแม้ว่าจะรับรู้ความเจ็บปวดมากขึ้นแต่ความกลัวต่อการคลอดลดลง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการเตรียมคลอดธรรมชาติแนวคิดของ Dick-Read ที่เชื่อว่าการให้ความรู้ในเรื่องของกระบวนการตั้งครรภ์และการคลอด การพัฒนาทัศนคติที่ถูกต้องต่อการคลอด โดยการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบ Active birth ของ Balaskas เพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ ช่วยให้ผู้คลอดมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นและเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี[11,14]

นอกจากนี้รายงานการศึกษานี้ยังพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมคลอดและดูแลเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติมีระดับความกลัวการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ย 77.82 ต่อ 102.21 (p<0.05) แสดงว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับหลายรายงานการศึกษาที่สนับสนุนว่าการเตรียมคลอดและการดูแลแบบ Active birth เพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลต่อการคลอดของผู้คลอดได้ ทำให้ผู้คลอดมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอดธรรมชาติ[12,14,15] สนับสนุนว่าการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผน

ตามแนวคิดของ Dick-Read ที่มุ่งเน้นการเตรียมให้ผู้คลอดปราศจากความกลัว เพื่อตัดวงจรความกลัว-ความเครียด-และความเจ็บปวด โดยใช้วิธีการให้ความรู้ คำแนะนำต่อสตรีตั้งครรภ์ และใช้เทคนิคการผ่อนคลายในระยะคลอดด้วยเทคนิคการหายใจ และการจัดท่าต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับแต่ละระยะการคลอด ช่วยลดความกลัวต่อการคลอดของผู้คลอดได้[13] ร่วมกับการดูแลแบบ active birth ของ Balaskas เพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ ซึ่งเน้นการส่งเสริมพลังอำนาจของผู้คลอดในการตัดสินใจและจัดการสุขภาพตนเอง ดังนั้นการเตรียมคลอดและการดูแลแบบส่งเสริมพลังอำนาจของผู้คลอดในระยะคลอดช่วยให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี[7,10,11,14]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่แผนกฝากครรภ์ และแผนกห้องคลอดควรมีการนำรูปแบบการเตรียมคลอดและการดูแลเพื่อส่งเสริมการคลอดธรรมชาติไปใช้ในการเตรียมหญิงตั้งครรภ์สำหรับการคลอด และควรมีการเพิ่มเติมจำนวนครั้งในการเตรียมคลอดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้ทบทวนความรู้และทักษะปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการคลอด
2. ด้านการศึกษา สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลสามารถบูรณาการรูปแบบการเตรียมคลอดและการดูแลเพื่อส่งเสริมการคลอดธรรมชาติเข้ากับการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเตรียมคลอดและดูแลในระยะคลอดเพื่อส่งเสริมการคลอดวิถีธรรมชาติ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมคลอดและการดูแลในระยะคลอดในบริบทที่หลากหลาย ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลและสนับสนุนการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล รวมทั้งการศึกษาวิจัยรูปแบบการเตรียมคลอดที่เหมาะสมในแต่ละบริบทพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Lowdermilk DL, Cashion K, Perry SE, Alden KR, Olshansky E. Maternity and women's health care. 13th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2024.
2. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล, บุญมี ภูด่านงัว. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการคลอดของสตรี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2564;7(2):62-79.
3. Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. *Maternal child nursing care*. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2014.
4. Ricci SS, Kyle K, Carman S. Maternity and pediatric nursing. 3rd ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2024.
5. World Health Organization. WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva: World Health Organization; 2018.

6. วรรณี เดียวอิศเรศ, พิมาลา เล้าประจง. การเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดวิถีธรรมชาติ: แนวคิดและแนวทางการปฏิบัติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;26(4):90-8.
7. นภาภรณ์ เพิ่มทรัพย์, วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์, วรรณี เดียวอิศเรศ. ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อความกลัวการคลอด พฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรกของโรงพยาบาลสังกัดกองทัพเรือแห่งหนึ่ง. วารสารแพทย์นาวี. 2560;44(2):55-7
8. นงลักษณ์ คำสวัสดิ์. เครื่องมือประเมินความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2563;6(2):21-31.
9. ปิยะนุช ขวัญเมือง, โสเพ็ญ ชูนวล, เบญญาภา ธิติมาพงษ์. ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวเพื่อการคลอดร่วมกับการสนับสนุนในระยะคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความปวดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2562;30(3):115-27.
10. เยาวรัตน์ ดุสิตกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. 2565;1(3):31-9.
11. Nooied B, Chunuan S, Phumdoung S. Effectiveness of a nurse-led program to enhance self-efficacy of pregnant adolescents and reduce their fear of childbirth: A randomized controlled trial. Pac Rim Int J Nurs Res. 2023; 27(1):4-18.
12. Kuo TC, Au HK, Chen SR, Chipojola R, Lee GT, Lee PH, et al. Effects of an integrated childbirth education program to reduce fear of childbirth, anxiety, and depression, and improve dispositional mindfulness: A single-blind randomised controlled trial. Midwifery. 2022; 113 :103438. https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103438
13. Korn L, Koren G, Yaakov A, Madar G, Blau A. Evaluating the effectiveness of childbirth preparation courses on women's self-efficacy among ultra-Orthodox Jewish religious women in Israel. Healthcare (Basel). 2021;9(7):818. https://doi.org/10.3390/healthcare9070818
14. เบญจวรรณ คล้ายทับทิม. แนวทางการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(1):111-9.
15. Mousavi SR, Amiri-Farahani L, Haghani S, Pezaro S. Comparing the effect of childbirth preparation courses delivered both in-person and via social media on pregnancy experience, fear of childbirth, birth preference and mode of birth in pregnant Iranian women: A quasi-experimental study. PLoS One. 2022; 17(8):e0272613. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272613.