



Factors Influencing Intrapartum Fatigue in Primigravida*

Wiphavane Thaua, RN, MNS¹, Wanna Phahuwatanakorn, RN, PhD¹, Rudee Pungbangkadee, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: This predictive research aimed to studying the influence of duration of labor, administration of oxytocin, anxiety, childbirth self-efficacy, and pain coping behaviors on intrapartum fatigue in primigravida.

Design: Predictive correlational design.

Methods: The samples consisted of 131 parturients admitted for delivery in the delivery room and postpartum ward at a super-tertiary care hospital in Bangkok. The instruments used for collecting data were a personal data form, the oxytocin administration record, Anxiety during Labor Questionnaire, the Thai Childbirth Self-efficacy Inventory, Pain Coping Behaviors Observation Form, and the Fatigue Questionnaire. Descriptive statistics, Pearson product moment correlation coefficient and multiple linear regression analysis were used to analyze data.

Main findings: The result showed that 77.1% of subjects had low score of intrapartum fatigue. The mean intrapartum fatigue score was 52.78 points, which was categorized as low levels of fatigue. Duration of labor, administration of oxytocin, anxiety, childbirth self-efficacy, and pain coping behaviors could together explain 20.4% of the variance in intrapartum fatigue among primigravida ($R^2 = .20$) with at least one factor could significantly predict intrapartum fatigue in primigravida ($F = 6.42, p < .001$). The predictors included anxiety and pain coping behaviors ($\beta = .26, t = 2.75, p < .01$; $\beta = -.26, t = -3.00, p < .01$ respectively).

Conclusion and recommendations: Anxiety and pain coping behaviors could predict intrapartum fatigue in primigravida. Therefore, it is suggested that midwives and nurses should reduce anxiety related to childbirth and promote efficient pain coping behaviors for preventing intrapartum fatigue.

Keywords: anxiety, coping behavior, fatigue, labor stage, self-efficacy

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(1):84-94

Corresponding Author: Assistant Professor Wanna Phahuwatanakorn, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: wanna.pha@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 1 April 2023 / Revised: 21 May 2023 / Accepted: 2 June 2023



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยล้า ในระยะคลอดของผู้คลอดครั้งแรก*

วิภาณี ทาเอื้อ, พย.ม.¹ วรรณภา พาหุวัฒนกร, PhD¹ ฤดี ปุ่งบางกะดี, พย.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอิทธิพลของระยะเวลาการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ต่อความเหนื่อยล้าในระยะคลอดในผู้คลอดครั้งแรก

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดครั้งแรกจำนวน 131 ราย ที่มารับบริการคลอดบุตร และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหลังคลอด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูง กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกปริมาณยาออกซิโทซินที่ได้รับ แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และแบบสอบถามความเหนื่อยล้าในระยะคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย: ร้อยละ 77.1 ของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความเหนื่อยล้าในระยะคลอดในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.78 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ระยะเวลาการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเหนื่อยล้าในระยะคลอดในผู้คลอดครั้งแรกได้ร้อยละ 20.4 โดยมีปัจจัยที่ศึกษาอย่างน้อยหนึ่งตัวสามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.42, p < .001$) ปัจจัยทำนายที่พบ ได้แก่ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ($\beta = .26, p < .01; \beta = -.26, p < .01$ ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดมีผลต่อความเหนื่อยล้าในระยะคลอดใน ผู้คลอดครั้งแรก ดังนั้นผดุงครรภ์และพยาบาลควรลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดแก่ผู้คลอดและส่งเสริมพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าในระยะคลอด

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล พฤติกรรมการเผชิญ ความเหนื่อยล้า ระยะเวลาการคลอด การรับรู้ความสามารถของตนเอง

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(1):84-94

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณภา พาหุวัฒนกร, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: wanna.pha@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 1 เมษายน 2566 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 21 พฤษภาคม 2566 / วันที่ตอบรับบทความ: 2 มิถุนายน 2566

ความสำคัญของปัญหา

ความเหนื่อยล้าในผู้คลอด เป็นอาการทั่วไปที่พบได้ ในระยะคลอดและมีความเกี่ยวข้องกับสภาวะของผู้คลอด¹ เป็นความรู้สึกหมดแรง และความสามารถในการทำ กิจกรรมของร่างกายและจิตใจลดลง² โดยความเหนื่อยล้า ในระยะคลอดจะเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ในระยะที่ 1 ของการคลอด และจะเพิ่มมากขึ้นในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะที่ 2 ของการคลอด³ จากการศึกษาของ Tzeng และคณะ³ ในปี ค.ศ. 2017 พบว่าในระยะที่ 3 ของการคลอด ผู้คลอดมีระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง แต่ความเหนื่อยล้า ในระยะคลอดยังคงอยู่ในระดับสูง ซึ่งความเหนื่อยล้าในระยะคลอด มีโอกาสเกิดขึ้นได้ทั้งในผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลัง โดยจะมีระดับของความเหนื่อยล้าที่สูงต่ำแตกต่างกันไป สำหรับความเหนื่อยล้าในผู้คลอดครรภ์แรกจะเกิดขึ้น เนื่องจากผู้คลอดครรภ์แรกต้องเผชิญกับสถานการณ์ และ สิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ ประกอบกับไม่เคยมีประสบการณ์ ในการคลอดมาก่อน ส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่ม มากขึ้น² ซึ่งความวิตกกังวลมีผลต่อความเหนื่อยล้าในระยะคลอด³

ความเหนื่อยล้าในระยะคลอดมีผลกระทบต่อสุขภาพ มารดาและทารก โดยผู้คลอดที่มีความเหนื่อยล้ามากจะมี ความรู้สึกหมดแรงจนไม่มีแรงเบ่งคลอดในระยะที่ 2 ของการคลอด ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ ส่งผลให้ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดหรือผ่าตัดคลอด การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดทำให้เกิดการบาดเจ็บ ของช่องทางการคลอด นำไปสู่การตกเลือดหลังคลอดและเกิดการ บาดเจ็บที่ศีรษะทารกนำไปสู่ภาวะเลือดออกในสมองได้⁴ นอกจากนี้ความเหนื่อยล้ายังเป็นอุปสรรคต่อการสร้าง สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในระยะคลอดมี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้าน ร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสถานการณ์² โดยปัจจัย ด้านร่างกายประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

ได้แก่ รูปแบบการหดตัวของมดลูก ระยะเวลาการคลอด การตอบสนองต่อความเจ็บปวด และปัญหาทางพยาธิสภาพ ได้แก่ การได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวด การได้รับยา แรกนี้เซียมซัลเฟต การได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ โรคหัวใจ ภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลความเครียด แรงจูงใจ การรับรู้ ความสามารถของตนเองในการคลอด รวมถึงปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในห้องคลอด เทคโนโลยีทางการแพทย์ ผู้ดูแล พยาบาล และลักษณะเฉพาะของบุคคล ได้แก่ ความรู้ เกี่ยวกับการคลอด พฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด การพักผ่อนไม่เพียงพอ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ในผู้คลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่ ระยะเวลาการคลอด ปัญหา ทางพยาธิสภาพ ได้แก่ การได้รับยาเร่งคลอด ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

ระยะเวลาการคลอดมีผลต่อความเหนื่อยล้าในระยะคลอด โดยระยะเวลาของการคลอดที่ยาวนานจะเพิ่มการทำงานของ กล้ามเนื้อ ร่างกายจะมีการเผาผลาญน้ำตาลในกระแสเลือด และมีความต้องการออกซิเจนมากขึ้นทำให้ ผู้คลอดมีการใช้พลังงาน เพิ่มขึ้นอาจส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้² การได้รับยาเร่งคลอด มีผลต่อความเหนื่อยล้าในระยะคลอด เนื่องจากยาเร่งคลอด ออกซิโทซิน มีผลต่อรูปแบบการหดตัวของมดลูก ทำให้ มดลูกหดตัวถี่และแรงขึ้น ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความเจ็บปวด มากขึ้น⁵ และมีการพักผ่อนได้น้อยลงจึงเกิดความเหนื่อยล้าตามมา นอกจากนี้ความเสี่ยงที่พบบ่อยในการให้ยาเร่งคลอด ออกซิโทซิน คือ มีภาวะมดลูกรัดตัวมากผิดปกติ หรือมากกว่า 5 ครั้ง ใน 10 นาที⁶ ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อมดลูก

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ และมีความหวาดหวั่นว่าจะเกิดอันตรายขึ้น โดยมีการแสดงออกทางด้านร่างกายและอารมณ์⁷ ในระยะคลอด

ผู้คลอดส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด โดยความวิตกกังวลจะเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการทำงานของมดลูกส่วนล่าง ทำให้มีการหดตัวมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการคลอดที่ยาวนานและมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในระยะคลอดได้³ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้คลอดที่จะจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ในระยะคลอด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของมารดาและทารก⁸ โดยผู้คลอดที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอดสูงจะมีวิธีการเผชิญกับความเครียดและการเจ็บครรภ์คลอดได้ดี ส่งผลให้กระบวนการคลอดให้เป็นไปตามปกติ และผู้คลอดเกิดอารมณ์ทางบวก⁹ ซึ่งอาจช่วยลดความเหนื่อยล้าในระยะคลอดได้

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด เป็นปฏิกิริยาของผู้คลอดที่แสดงออกในการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในระยะคลอด ประกอบด้วย การแสดงออกทางสีหน้าและวาจา การออกเสียง การเคลื่อนไหวร่างกาย การผ่อนคลายร่างกาย และการควบคุมหายใจ¹⁰ ส่วนใหญ่ผู้คลอดมักจะแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดออกมาในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ ควบคุมตัวเองไม่ได้ ไม่ให้ความร่วมมือในการคลอด โดยพฤติกรรมการเผชิญการคลอดที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดที่รุนแรง¹¹ ความเจ็บปวดที่รุนแรงจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนแคทีโคลามีนเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานมีความตึงตัวและมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกไม่สัมพันธ์กัน เกิดความก้าวหน้าของการคลอดช้าลง และผู้คลอดที่มีร่างกายที่ตึงเครียดเป็นเวลานานส่งผลทำให้เหนื่อยล้า⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยและในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยในระยะคลอดที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้คลอดในระยะคลอดเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้คลอดซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำปัจจัยที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นแนวทางป้องกันความเหนื่อยล้าในระยะคลอด และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมี

ความสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของระยะเวลาการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดต่อความเหนื่อยล้าในระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของระยะเวลาการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ต่อความเหนื่อยล้าในระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก

สมมติฐานการวิจัย

ระยะเวลาการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด สามารถทำนายความเหนื่อยล้าในระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้คลอดครรภ์แรก อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ ที่มารับบริการคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูง กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุครรภ์ครบกำหนด (37-42 สัปดาห์) สื่อสารภาษาไทยได้ ปากมดลูกเปิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร และเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างคือ มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคปอด เบาหวาน หรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง (Hct <33%, Hb <11%) มีประวัติมีแอลกอฮอล์

บุหรื หรือใช้สารเสพติด ขณะตั้งครรภ์ มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า และมีการวางแผนผ่าตัดคลอด เนื่องจากภาวะช่องเชิงกราน ไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก ครรภ์แฝด ภาวะรกเกาะต่ำ มีเนื้องอกในมดลูก ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง เป็นต้น

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power และอ้างอิงจากงานวิจัยของ Pugh¹² ที่ศึกษาระดับความเหนื่อยล้าในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยตัวแปรระยะเวลาของการคลอดมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ได้ค่า $R = .32$ คำนวณค่า effect size ได้เท่ากับ .11 ซึ่งจัดเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับกลาง กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) .05 ค่า power of test เท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 119 ราย เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล หรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 131 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลลักษณะด้านประชากร ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย

2. แบบบันทึกปริมาณยาออกซิโทซินที่ได้รับเครื่องมือสร้างขึ้นโดย ทิพาพรรณ สมจิตร, วรรณภา พงษ์พัฒนกร และฉวีวรรณ อยู่สำราญ¹³ ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้อัตราการไหลของสารน้ำสูงสุด หน่วยเป็นมิลลิลิตรต่อชั่วโมง จากนั้นคำนวณเป็นมิลลิลิตรต่อนาที ซึ่งนำไปใช้วิเคราะห์ข้อมูลตัวอย่างเช่น โดยปกติการให้ยาออกซิโทซิน 10 ยูนิต ในสารน้ำ 1,000 มิลลิลิตร หมายความว่า สารน้ำ 1 มิลลิลิตร จะมีความเข้มข้นของยาเท่ากับ 10 มิลลิลิตร ดังนั้นหากต้องการให้ยา 24 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง จะเท่ากับ 240 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือ 60 นาทีจะได้ยาเท่ากับ 240 มิลลิลิตร ถ้า 1 นาทีจะได้ยาเท่ากับ $240/60 = 4$ มิลลิลิตรต่อนาที ผู้วิจัยจะบันทึกเป็น 4 มิลลิลิตรต่อนาที

3. แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด จำนวน 15 ข้อ เครื่องมือสร้างขึ้นโดย วินัส ฉัตรชะลอลักษณะ⁷ ประกอบด้วยข้อความที่เป็นข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนในกรณีข้อความมีความหมายทางบวก เป็นจริงมากที่สุดได้ 1 คะแนน จนถึงไม่จริงเลยได้ 5 คะแนน และกลับค่าคะแนนสำหรับข้อความที่มีความหมายทางลบ การแปลผลพิจารณาจากคะแนนรวมทั้งหมด 15 ข้อ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมากแสดงว่าผู้ตอบมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดมาก

4. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด จำนวน 16 ข้อ ฉบับภาษาไทยของ กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง¹⁴ เนื้อหาเป็นแบบสอบถามความรู้สึกมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อเผชิญการคลอด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 10 ระดับ โดยคะแนนเท่ากับ 1 คือ ไม่มั่นใจเลยว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ ไปจนถึงคะแนนเท่ากับ 10 คือ มั่นใจมากที่สุดว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 16-160 คะแนน โดยการแปลผลคะแนน คือ ถ้ามีคะแนนสูง แสดงว่าผู้ตอบมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอดสูง

5. แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด จำนวน 5 ข้อ เครื่องมือของ ฉวี เบาทรวง¹⁵ โดยเนื้อหาเป็นการแสดงพฤติกรรมการแสดงออกของผู้คลอดต่อการเจ็บครรภ์คลอดมีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกเสียง ด้านร่างกาย ด้านการควบคุมการหายใจ ด้านการแสดงออกทางใบหน้า ด้านคำพูด โดยแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คะแนน คือ 0, 1, 2 ตามลำดับ คะแนน 0 หมายถึง พฤติกรรมแสดงออกถึงการควบคุมตนเองไม่ได้ คะแนน 1 หมายถึง พฤติกรรมแสดงออกถึงการควบคุมตนเองได้พอควร คะแนน 2 หมายถึง พฤติกรรมแสดงออกถึงการควบคุมตนเองได้ดี การแปลผลพิจารณาจากคะแนนรวมทั้งหมด 5 ด้าน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ ถ้ามีคะแนนสูงแสดงว่าผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี

6. แบบสอบถามความเหนื่อยล้าในระยะคลอด จำนวน 30 ข้อ ฉบับภาษาไทยของ จรัสศรี ธีระกุลชัย¹⁶ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางด้านร่างกาย การรู้คิด และจิตสังคม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่รู้สึกเลยได้ 1 คะแนน จนถึงรู้สึกมากได้ 4 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ ถ้ามีคะแนนสูง แสดงว่าผู้ตอบมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับสูง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถาม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด แบบสังเกตพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และแบบสอบถามความเหนื่อยล้าในระยะคลอด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องทางด้านภาษาที่ใช้ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามจำนวน 4 ชุดไปทดลองใช้กับผู้คลอดครั้งแรก ที่คล้ายกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีดังนี้ ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีหาความเชื่อมั่นจากการสังเกต (interrater reliability) โดยผู้วิจัยทำการสังเกตร่วมกับพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกด้านการดูแลผู้คลอด 1 ท่าน ได้แก่ แบบสังเกตพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ได้เท่ากับ .98 ส่วนแบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และแบบสอบถามความเหนื่อยล้าในระยะคลอด ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .72, .96, .95 ตามลำดับ และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 131 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .70, .94, .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2022/662.1402) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No. 0677/2022) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามกระบวนการมาตรฐานที่กำหนดโดย คณะกรรมการจริยธรรมในคน โดยคำนึงการให้ข้อมูลที่เป็นจริงและครบถ้วน การให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การรักษาความลับและสิทธิการปฏิเสธหรือการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามาตามขั้นตอน ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ขอความอนุเคราะห์จากพยาบาลในหอผู้ป่วยห้องคลอด ให้ช่วยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบผู้ที่สนใจจะเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของงานวิจัย การดำเนินงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในระยะ ปากมดลูกเปิดช้า (≤ 3 เซนติเมตร) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด เรียงตามลำดับดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด 3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด โดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ผู้วิจัยบันทึกจากแฟ้มประวัติ

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านของการคลอด (6-8 เซนติเมตร) ผู้วิจัยทำการสังเกตพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยเริ่มตั้งแต่มดลูกเริ่มหดตัวจนมดลูกคลายตัว แล้วบันทึกผลการสังเกตทันที โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยาเร่งคลอดออกซิโทซิน ผู้วิจัยทำการบันทึกด้วยแบบบันทึกปริมาณยาออกซิโทซินที่ได้รับ โดยเริ่มบันทึกตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างได้รับยาทางหลอดเลือดดำ และบันทึกทุกครั้งที่มีการเพิ่มหรือลดอัตราการไหลของสารน้ำ

5. เมื่อครบ 8-12 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความเหนื่อยล้าในระยะคลอด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที จึงสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์อิทธิพลของระยะเวลาการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวด โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) ด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอนเดียว โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติก่อนวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์มีค่าคงที่ ข้อมูลกระจายตัวบริเวณค่าศูนย์ ตรวจสอบความเป็นอิสระของ

ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์ โดยพิจารณาจากค่าสถิติ Durbin-Watson พบมีค่าเข้าใกล้ 2 เท่ากับ 1.93 และตรวจสอบค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน มีค่าเข้าใกล้ 0 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะด้านประชากร ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 19-42 ปี อายุเฉลี่ย 30.73 ปี (SD = 5.10) ส่วนใหญ่ร้อยละ 71 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 46.6 อาชีพพนักงานบริษัท ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.8 มีลักษณะการทำงานเข้าไปเย็นกลับ มีจำนวนชั่วโมงในการทำงานเฉลี่ย 8.16 ชั่วโมงต่อวัน จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับพักผ่อนเฉลี่ย 7.73 ชั่วโมง ต่อวัน กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 50,956.03 บาท (SD = 34,223.84)

ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย ส่วนใหญ่ร้อยละ 87.8 มีอายุครรภ์ระหว่าง 37-39 สัปดาห์ มีปริมาณการเสียเลือดในระยะคลอดเฉลี่ย 224.81 มิลลิลิตร (SD = 46.15) ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.5 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.9 ได้รับยาบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด ร้อยละ 90 คลอดบุตรด้วยวิธีการคลอดปกติ น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3003.63 กรัม (SD = 306.52) ระยะเวลาการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 11 ชั่วโมง 13 นาที (SD = 4.41) อัตราสูงสุดของการได้รับยาเร่งคลอดออกซิโทซินเฉลี่ยเท่ากับ 5.39 มิลลิลิตรต่ออนาที (SD = 2.29)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอดพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวด และความเหนื่อยล้าในระยะคลอด (N = 131)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยคะแนนที่ได้
1. ความวิตกกังวล	31.91	6.35	15-75	17-47
2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด	113.87	24.77	16-160	18-160
3. พฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวด	4.40	2.66	0-10	0-10
4. ความเหนื่อยล้าในระยะคลอด	52.78	14.25	30-120	30-94

ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา แสดงเป็นค่าสถิติพรรณนา ในตารางที่ 1 ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเหนื่อยล้าในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p < .01$) นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p < .05$; $r = -.34, p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ระยะเวลาการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยล้าในระยะคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .20$, adjusted $R^2 = .17$) โดยพบว่า ความวิตกกังวล พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าในระยะคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .26, t = 2.75, p < .01$; $\beta = -.26, t = -3.00, p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างระยะเวลาการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความเหนื่อยล้าในระยะคลอด (N = 131)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ระยะเวลาการคลอด	1					
2. การได้รับยาเร่งคลอด	.27**	1				
3. ความวิตกกังวล	-.02	-.10	1			
4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด	.09	.07	-.45**	1		
5. พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด	-.13	-.02	-.33**	.23**	1	
6. ความเหนื่อยล้าในระยะคลอด	-.05	-.13	.37**	-.22*	-.34**	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) ในการทำนายความเหนื่อยล้าในระยะคลอด

ปัจจัย	B	SE	β	t	p-value	95%CI
1. ระยะเวลาการคลอด	-.00	.00	-.05	-.60	.548	-.01, .01
2. การได้รับยาเร่งคลอด	-.56	.52	-.09	-1.07	.285	-1.58, .47
3. ความวิตกกังวล	.57	.21	.26	2.75	.007	.16, .99
4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด	-.02	.05	-.04	-.42	.676	-.13, .08
5. พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด	-1.38	.46	-.26	-3.00	.003	-2.29, -.47
ค่าคงที่ (constant)	47.67	11.53		4.13	< .001	24.84, 70.49

$R^2 = .20$, adjusted $R^2 = .17$, $F = 6.42$, $p < .01$

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด ความวิตกกังวล การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดสามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยล้าในระยะคลอดได้ร้อยละ 20.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .20$, $F = 6.42$, $p < .001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าในระยะคลอดคะแนนเฉลี่ย 52.78 คะแนน จากคะแนนเต็ม 120 คะแนน ($SD = 14.25$, range = 30-94) การศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามกรอบแนวคิดความเหนื่อยล้า ในวงจรการมีบุตรของ Pugh และ Milligan² ได้อธิบายว่าการคลอดมีความเกี่ยวข้องกับการใช้พลังงานและความเหนื่อยล้า กรอบแนวคิดนี้ได้ให้ความหมายของความเหนื่อยล้าว่าเป็นความรู้สึกหมดแรง และความสามารถในการทำกิจกรรมของร่างกายและจิตใจลดลง โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในระยะคลอด ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวลทำให้ระดับสารแคทีโกลามีนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มดลูกมีการหดตัวผิดปกติและเกิดการคลอดที่ยาวนาน และมีการใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น และในส่วนของปัจจัยด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าในระยะคลอด คือ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดจะมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวด ซึ่งส่วนใหญ่ผู้คลอดมักจะแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดออกมาในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ ควบคุมตัวเองไม่ได้ ไม่ให้ความร่วมมือในการคลอด¹¹ ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกหมดแรง และความสามารถในการทำกิจกรรมของร่างกายและจิตใจลดลง ซึ่งก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าในระยะคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ($p < .01$) จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 31.91 คะแนน ($SD = 6.35$) จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด ประกอบกับทางหน่วยงานมีโครงการ

เตรียมความพร้อมผู้คลอด โดยเมื่อผู้คลอดอยู่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์ขึ้นไป พยาบาลห้องคลอดจะพาเยี่ยมชมห้องคลอด แนะนำสถานที่เครื่องใช้ แนะนำการปฏิบัติตนในระยะคลอด อธิบายการดำเนินไปในแต่ละระยะของการคลอด การปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด ได้แก่ การหายใจ การเบี่ยงเบนความสนใจ จากความเจ็บปวด การอาบน้ำอุ่น การนวดบริเวณก้นกบ การควบคุมตนเองในระยะคลอด การเปลี่ยนแปลงท่าทางอย่างเหมาะสม แนะนำวิธีการเบ่งคลอด รวมถึงอาการเจ็บครรภ์จริงและเจ็บครรภ์เตือน อาการที่ต้องรับมาโรงพยาบาล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามถึงข้อสงสัยและระบายความกังวลใจ พูดคุยให้กำลังใจ เมื่อผู้คลอดเข้ารับการรักษในห้องคลอด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุครรภ์เมื่อคลอด 37-39 สัปดาห์ จะรับคำแนะนำสถานที่ การปฏิบัติตนในระยะคลอด การดูแลรักษาในแต่ละระยะของการคลอด การสอนหายใจบรรเทาความเจ็บปวด วิธีการเบ่งคลอด ซึ่งการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด จะช่วยให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวลลดลง¹⁷ เนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอด อีกทั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในการอดทนต่อความเจ็บปวด¹⁸ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด มีคะแนนเฉลี่ย 4.4 ($SD = 2.66$) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด สามารถทำนายความเหนื่อยล้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tzeng และคณะ³ ในปี ค.ศ. 2017 พบว่า ความวิตกกังวลของผู้คลอดมีผลต่อความเหนื่อยล้าในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้คลอดที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีความเหนื่อยล้าในระยะคลอดอยู่ในระดับสูงและการศึกษาของ Asl และคณะ¹⁰ ในปี ค.ศ. 2018 พบว่า พฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเจ็บปวดที่รุนแรงส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา

ส่วนปัจจัยระยะเวลาการคลอด การได้รับยาเร่งคลอด เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าในระยะคลอด ในผู้คลอดครรภ์แรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถ อภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ระยะเวลาการคลอด ไม่สามารถทำนายความเหนื่อยล้า ในระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการคลอดในระยะที่ 1 จนถึงระยะที่ 2 เฉลี่ยเท่ากับ 11 ชั่วโมง 24 นาที ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ระยะเวลาของการคลอดตั้งแต่ระยะที่ 1 จนถึงระยะที่ 2 ของการคลอด ในผู้คลอดครรภ์แรกจะใช้เวลาไม่เกิน 18.5 ชั่วโมง⁴ ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดให้มี กระบวนการคลอดเป็นไปตามปกติ ในระยะปากมดลูกเปิดเข้า มีการดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ จึงส่งผลให้ ผู้คลอดมีพลังงานเพียงพอในระยะคลอดและมีความเหนื่อยล้าลดลง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.5 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในระยะคลอด จึงส่งผลให้มีระยะเวลาของการคลอดอยู่ในช่วงปกติ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 2 เฉลี่ย เท่ากับ 43 นาที ซึ่งสั้นกว่าเกณฑ์ปกติ คือ ระยะที่ 2 ของการคลอด ในผู้คลอดครรภ์แรกเฉลี่ยเท่ากับ 50 นาที⁴ การได้รับยาเร่งคลอด ไม่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าในระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอัตรา การได้รับยาเร่งคลอดอัตราที่ต่ำ คือ 1-18 mU/min การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Selin และคณะ¹⁹ พบว่าการได้รับยา ออกซิโทซินในอัตราที่ต่ำ สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะมดลูก หดตัวมากผิดปกติ ที่อาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้าของมดลูกได้²⁰

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยล้าในระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ดังนั้นควรลดความวิตกกังวลของผู้คลอด โดยการให้ความรู้ เกี่ยวกับการคลอด เช่น กระบวนการคลอดในแต่ละระยะ

การปฏิบัติตนในระยะคลอด และเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้ระบาย ความรู้สึกวิตกกังวล ความไม่สบายใจ พร้อมทั้งพูดคุยและให้กำลังใจ รวมถึงควรมีการประเมินความวิตกกังวลในระยะคลอด เพื่อนำมา จัดการได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม โดยมีการเตรียมความพร้อม ก่อนคลอด เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด การแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติ

พยาบาลและผดุงครรภ์ควรลดความวิตกกังวล ในระยะคลอด และส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดความเหนื่อยล้าในระยะคลอด

ด้านการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการลดความวิตกกังวล และการส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม ต่อความเหนื่อยล้าในระยะคลอดของผู้คลอด
2. ควรศึกษาตัวแปรอื่นในผู้คลอดกลุ่มอื่นเพิ่มเติม เช่น ครรภ์หลังมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ หรือมีโรคประจำตัว ผ่าตัดคลอด และอายุครรภ์ไม่ครบกำหนด

References

1. Delgado A, de Oliveira PdNF, de Góes PSA, Lemos A. Development and analysis of measurement properties of the "maternal perception of childbirth fatigue questionnaire" (MCFQ). Braz J Phys Ther. 2019; 23(2):125-31. doi: 10.1016/j.bjpt.2019.01.004.
2. Pugh LC, Milligan R. A framework for the study of childbearing fatigue. ANS Adv Nurs Sci. 1993;15(4): 60-70. doi: 10.1097/00012272-199306000-00007.
3. Tzeng Y-L, Yang Y-L, Kuo P-C, Lin Y-C, Chen S-L. Pain, anxiety, and fatigue during labor: a prospective, repeated measures study. J Nurs Res. 2017;25 (1):59-67. doi: 10.1097/jnr.000000000000165.

4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill; 2018. 1328 p.
5. Isbir GG, Topcu B. The effects of intrapartum oxytocin induction on labor pain and fear of labor. Journal of Education and Research in Nursing. 2018;15(2):94-9. doi: 10.5222/head.2018.094.
6. Kernberg A, Caughey AB. Augmentation of labor: a review of oxytocin augmentation and active management of labor. Obstet Gynecol Clin North Am. 2017;44(4):593-600. doi: 10.1016/j.ogc.2017.08.012.
7. Chatchalawluck V. The effect of participation in a training program on self-management delivery skills among primiparas giving birth at the Maternal and Child Hospital, Health-Promotion Center Region 4 in Ratchaburi [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2000. 149 p. (in Thai).
8. Bostan FS, Kabukcuoğlu K. Factors relating to childbirth self efficacy among pregnant women: a CHAID analysis. J Obstet Gynaecol. 2022;42(7): 2805-12. doi: 10.1080/01443615.2022.2109412.
9. Campbell V, Nolan M. 'It definitely made a difference': a grounded theory study of yoga for pregnancy and women's self-efficacy for labour. Midwifery. 2019;68:74-83. doi: 10.1016/j.midw.2018.10.005.
10. Asl BMH, Vatanchi A, Golmakani N, Najafi A. Relationship between behavioral indices of pain during labor pain with pain intensity and duration of delivery. Electron Physician. 2018;10(1):6240-8. doi: 10.19082/6240.
11. Kongsuwan W, Chatchawet W. Level of labor pain, level of labor pain behaviors, and cultural pain behaviors among first-time Indonesian muslim mothers. Open Journal of Obstetrics Gynecology. 2021;11(1):27. doi: 10.4236/ojog.2021.111004.
12. Pugh LC. Psychophysiological correlates of fatigue during childbirth [dissertation]. Baltimore: University of Maryland; 1990. 510 p.
13. Somjit T, Phahuwatanakorn W, Yusamran C. Intrapartum factors influencing onset of lactogenesis II after delivery. Journal of Nursing and Health Care. 2019;37(4):119-27. (in Thai).
14. Tanglakmankhong K. Childbirth expectations and childbirth experiences among Thai pregnant women [dissertation]. Portland: Oregon Health & Science University; 2010. 326 p.
15. Baosoung C. The effects of planned instruction and touching on anxiety level and coping behavior during labor [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1983. 142 p. (in Thai).
16. Theerakulchai J. Factors related to fatigue and fatigue management among Thai postpartum women [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2004. 187 p. (in Thai).
17. Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. BMC Womens Health. 2020;20(1):180. doi: 10.1186/s12905-020-01048-9.
18. Pinar G, Avsar F, Aslantekin F. Evaluation of the impact of childbirth education classes in Turkey on adaptation to pregnancy process, concerns about birth, rate of vaginal birth, and adaptation to maternity: a case-control study. Clin Nurs Res. 2018;27(3):315-42. doi: 10.1177/1054773816682331.
19. Selin L, Berg M, Wennerholm U-B, Dencker A. Dosage of oxytocin for augmentation of labor and women's childbirth experiences: a randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021;100(5):971-8. doi: 10.1111/aogs.14042.
20. Kissler KJ, Lowe NK, Hernandez TL. An integrated review of uterine activity monitoring for evaluating labor dystocia. J Midwifery Womens Health. 2020; 65(3):323-34. doi: 10.1111/jmwh.13119.