ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนาต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรก

The Effects of a Preparation Program Integrated with Religious Beliefs on Pain Coping Behaviors During the First Stage of Labor Among Primiparous Muslim Women

นูไรฮัน หิแต* ธีริศ เทพเฉลิม สร้อยฟ้า ปิ่นสุวรรณ*****
Nuraihan Hitae* Teeris Thepchalerm Soifah Pinsuwan*****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดระหว่างผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนากับผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรก ณ โรงพยาบาลระดับทุติยะภูมิ จังหวัดยะลา จำนวน 41 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 21 ราย จัดกลุ่มตามลำดับเวลา เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมที่พัฒนาจากแนวคิดวงจรความกลัว ความเครียด ความปวด ของ Dick-Read ร่วมกับหลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลาม (CVI = .90) ดำเนินการในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความปวด 5 ด้าน ปรับปรุงจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และแบบวัดความกลัวและความปวดประเมินด้วยสายตา เป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และ Bonferroni correction (α = .025)

Received: December 25, 2025 Revised: April 25, 2026 Accepted: April 29, 2026

* พยาบาวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบันนังสตา ยะลา ประเทศไทย 95310. E-mail: nuraihan4815111@gmail.com
* Registered Nurse, Professional Level, Bannangsata Hospital, Yala, Thailand 95310.
E-mail: nuraihan4815111@gmail.com
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการจัดการธุรกิจการบิน มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ประเทศไทย 57100.
E-mail: Teeris.the@mfu.ac.th
** Assistant professor, School of Management, Mae Fah Luang university, Chiang Rai, Thailand 57100.
E-mail: Teeris.the@mfu.ac.th
*** Corresponding Author, อาจารย์ สาขาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ประเทศไทย 57100. E-mail: Soifah.pin@mfu.ac.th
*** Corresponding Author, Lecturer, School of nursing, Mae Fah Luang university, Chiang Rai, Thailand 57100. E-mail: Soifah.pin@mfu.ac.th

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการเผชิญความปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Mdn = 5.0 และ 4.0, U = 90.0, p < .001, r = .49) และระยะเปลี่ยนผ่าน (Mdn = 4.0 และ 0.0, U = 55.0, p < .001, r = .63) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่บูรณาการความเชื่อทางศาสนาอิสลามสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความปวดได้ และควรพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้คลอดมุสลิมในบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมก่อนคลอด ความกลัวการคลอด ความปวดระยะคลอด พฤติกรรมการเผชิญความปวด ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรก

Abstract

This quasi-experimental study compared pain coping behavior scores during the first stage of labor between primigravida Muslim women who received an Islamic-integrated childbirth preparation program and those who received standard care. The sample consisted of 41 primigravida Muslim women at a secondary hospital care in Yala Province, assigned to an experimental (n = 20) and control group (n = 21) via time-based allocation. The intervention was developed from Dick-Read's Fear-Tension-Pain Theory integrated with Islamic practices including zikrullah, du'a, and Quran recitation, delivered across antenatal and intrapartum phases (CVI = .90). The data collection instrument was a pain coping behavior observation form covering five domains adapted from an existing labor pain coping observation tool (Cronbach's α = .85), with Visual Analog Scales for fear and pain as monitoring instruments. Data were analyzed using Mann-Whitney U test with Bonferroni correction (α = .025).

The experimental group had significantly higher pain coping behavior scores during both the active phase (Mdn = 5.0 vs. 4.0, U = 90.0, p < .001, r = .49) and transition phase (Mdn = 4.0 vs. 0.0, U = 55.0, p < .001, r = .63). These findings suggest that Islamic-integrated childbirth preparation effectively promotes pain coping behaviors and should be considered as a nursing practice guideline for Muslim women in culturally diverse settings.

Keywords: childbirth preparation, fear of childbirth, labor pain, pain-coping behavior, Muslim women

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความกลัวการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกเป็นปัญหาสำคัญในการพยาบาลทางสูติศาสตร์ เนื่องจากผู้คลอดครรภ์แรกขาดประสบการณ์การคลอดบุตร ซึ่งเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่มีความซับซ้อน ก่อให้เกิดความกลัวการคลอด และความปวดในระหว่างคลอด[1,2] การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความกลัวการคลอด (fear of childbirth) ในผู้คลอดครรภ์แรกมีความชุกประมาณร้อยละ 20-40 และในบางบริบทอาจสูงถึงร้อยละ 50 โดยมีระดับความกลัวสูงกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญ[3] ความกลัว เป็นการรับรู้ทางด้าน

จิตใจที่เกิดจากความไม่แน่นอนของกระบวนการคลอด การรับรู้ความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของตนเองและทารก รวมถึงการขาดความมั่นใจในการเผชิญความปวด ตามแนวคิด Fear Tension Pain[4] ความกลัวจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้มีการหลั่ง catecholamines และ cortisol เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การหดรัดตัวของมดลูกไม่มีประสิทธิภาพ การไหลเวียนเลือดไปยังรกลดลง ระยะคลอดยาวนาน และเพิ่มโอกาสในการใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น การใช้เครื่องดูดสูญญากาศ และการผ่าตัดคลอด[1] นอกจากนี้ความกลัวที่เพิ่มขึ้นยังสัมพันธ์กับการรับรู้ความปวดที่รุนแรงเพิ่มขึ้นในระยะคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ครรภ์แรก[1,5]

ระยะคลอด เป็นระยะที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ทารกคลอดออกมา โดยมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูก และการเคลื่อนต่ำของทารก[6] ความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดจะเพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของการเปิดปากมดลูก โดยในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) มักสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความไม่มั่นใจ ขณะที่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) และระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) ความปวดจะรุนแรงและถี่ขึ้น หากผู้คลอดขาดทักษะการเผชิญความปวดที่เหมาะสม อาจเกิดการเกร็งกล้ามเนื้อและการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้วงจรความกลัวและความปวดดำเนินต่อเนื่อง[5,7] ผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดมักมีระดับการรับรู้ความปวดในระยะคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) และระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) ซึ่งเป็นช่วงที่การหดรัดตัวของมดลูกมีความถี่และความรุนแรงมากขึ้น ความปวดที่รุนแรงและต่อเนื่องอาจนำไปสู่ความอ่อนล้า ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น[8] และพฤติกรรมการเผชิญความปวดอาจไม่เหมาะสม

พฤติกรรมการเผชิญความปวดของผู้คลอดครรภ์แรก หมายถึง การแสดงออกที่ผู้คลอดใช้แก้ไขกับความปวดในระยะคลอด ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ผู้คลอดที่วิตกกังวลมากมักซักถามบ่อยและขาดความมั่นใจในการเผชิญความปวด ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ร้องโวยวาย ดิ้นไปมา เกร็งกล้ามเนื้อ[9] ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดและออกซิเจนไปยังมดลูกลดลง ทำให้การหดรัดตัวของมดลูกไม่มีประสิทธิภาพ และอาจสัมพันธ์กับความผิดปกติของอัตราการเต้นหัวใจทารก[8,9] การศึกษาของศุภลักษณ์ อิ่นแก้ว[10] พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความปวดของผู้คลอดชาวเขาครรภ์แรกซึ่งเป็นปัญหาคือ การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ เช่น ไม่ให้ความร่วมมือในการเคลื่อนไหวหรือการเบ่งคลอด ร้องครวญครางเสียงดัง หายใจสั้นและเร็ว เกร็งกล้ามเนื้อ กำมือแน่น เอามือจับราวเตียง หรือทุบบริเวณหน้าท้องขณะเจ็บครรภ์ สะท้อนถึงการขาดทักษะในการเผชิญความเจ็บปวดและการควบคุมตนเองในระยะคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนคลอดที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การฝึกเทคนิคการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการเสริมสร้างความมั่นใจ สามารถลดระดับความปวด ระยะเวลาและการใช้สูติศาสตร์หัตถการในระยะคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ[11-13] การเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมจึงมีบทบาทสำคัญต่อการลดความปวดและส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสมของผู้คลอด รวมถึงส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น การศึกษาที่มีการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดทำให้ผู้คลอดมีพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสมมากขึ้น ได้แก่ ไม่ร้องโวยวาย ไม่ดิ้นไปมา หรือไม่เกร็งกล้ามเนื้อ มีระดับความปวดต่ำกว่า และมีแนวโน้มการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม[14,15] แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่ถูกต้องมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ของการคลอด อย่างไรก็ตามการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ระหว่างคลอดสามารถช่วยลดระดับความกลัว ความรุนแรงของความปวด และการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ[16,17]

ผู้รับบริการการคลอด ณ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดยะลา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีความเชื่อและแนวปฏิบัติทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตและสุขภาพ ความเชื่อดังกล่าวถูกนำมาใช้เพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจ สร้างความสงบ ลดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม เช่น การสวดภาวนา การระลึกถึงพระเจ้า และการยอมรับต่อบททดสอบตามหลักศรัทธา ซึ่งอาจส่งผลต่อรูปแบบพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะคลอด และส่งเสริมให้ผู้คลอดมีความสามารถในการควบคุมตนเองและปรับตัวต่อความเจ็บปวดได้ดียิ่งขึ้น[18]

การเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมจึงมีบทบาทสำคัญต่อการเผชิญและลดความปวดของผู้คลอด รวมถึงส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมามีการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดหลากหลายรูปแบบ เช่น โปรแกรมการเตรียมคลอดตามแนวคิด การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Jacobson relaxation) การฝึกเทคนิคหายใจ (Lamaze breathing techniques) และการใช้สมาธิ และเทคนิคทางจิตสังคมอื่น ๆ สามารถลดความวิตกกังวล ลดระดับความปวดและส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมได้อย่างมีนัยสำคัญ[17,19] หลักการสำคัญของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนคลอดคือการเสริมสร้างการควบคุมอารมณ์และเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ซึ่งช่วยลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก และลดการรับรู้ความเจ็บปวดในระยะคลอด นอกจากนี้ ในบริบทของผู้คลอดมุสลิม ความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนาเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่สำคัญ ความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนา เช่น การอ่านอัลกุรอาน การรำลึกถึงพระเจ้า และการยึดมั่นในความศรัทธา เป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่สำคัญ มีรายงานว่าการยึดมั่นในศาสนาสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลที่ลดลง[20] การควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น และการรับรู้ความปวดที่ลดลง อย่างไรก็ตามโปรแกรมเตรียมคลอดส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการให้ความรู้แต่ยังขาดการบูรณาการความเชื่อทางศาสนาอิสลามอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย[21]

จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยเป็นพยาบาลในพื้นที่ที่มีประชากรผู้คลอดมุสลิมที่หนาแน่น รวมถึงปฏิบัติงานในหน่วยงานสูติกรรมที่ให้การดูแลทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ได้เห็นถึงปัญหาและผลกระทบดังกล่าว จึงต้องการพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนาต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิด “วงจรความกลัว-ความเครียด-ความปวด” (fear-tension-pain cycle) ของ Grantly Dick-Read[4] ซึ่งอธิบายว่าความกลัวเป็นปัจจัยเริ่มต้นที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดและความปวดในระยะคลอด กลไกดังกล่าวจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนกลุ่ม catecholamines เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการหดรัดตัวของมดลูกและการไหลเวียนเลือด ทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ความปวดที่รุนแรงเพิ่มขึ้น[2] นอกจากนี้ ความกลัวและความเครียดยังส่งผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่ไม่เหมาะสมของผู้คลอด เช่น การควบคุมการหายใจ การแสดงออกทางสีหน้า และการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคลอด[2,7]

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดที่ครอบคลุมการให้ความรู้ด้านกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา รวมถึงการฝึกทักษะการหายใจและการผ่อนคลายอย่างเหมาะสม ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด มีส่วนสำคัญในการลดระดับความกลัว ความเครียด และบรรเทาความปวดของผู้คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16,17] นอกจากนี้ การบูรณาการหลักความเชื่อทางศาสนาอิสลามที่เน้นการยอมรับในหลักกำหนดสภาวการณ์ของอัลลอฮฺ ร่วมกับการยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณผ่านการอ่านหรือฟังอัลกุรอาน การกล่าว ซิกรุลลอฮฺและการอ่านดุอาอ์ สามารถช่วยเสริมสร้างสภาวะจิตใจให้สงบ มั่นคง และสร้างพลังใจในการเผชิญกับการคลอด ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการลดความวิตกกังวลและความเครียดในระยะคลอด[22] จากหลักการและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ระยะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยให้คำแนะนำรายบุคคล (Educational Intervention) ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายเพื่อลดความกลัว รวมถึงฝึกทักษะการเผชิญความปวดร่วมกับการส่งเสริมจิตวิญญาณตามวิถีอิสลาม ได้แก่ การฟังอัลกุรอาน การกล่าวซิกรุลลอฮฺ และการอ่านดุอาอ์ โดยใช้เวลา 10 นาที จากนั้นมอบสื่อวิดีทัศน์ เรื่อง “การเตรียมตัวคลอดตามวิถีอิสลาม” ให้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อนำไปรับชมที่บ้านอย่างน้อย 3 ครั้ง ตลอดโปรแกรมในระยะตั้งครรภ์ และทบทวนอีกอย่างน้อย 1 ครั้งเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด

2. ระยะคลอด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด ผู้วิจัยจัดให้รับชมวิดีทัศน์ทบทวนอีกครั้งในห้องรอคลอด พร้อมสาธิตและฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological pain relief) ประกอบด้วย การหายใจอย่างถูกวิธี การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การควบคุมอารมณ์ และเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ ร่วมกับการปฏิบัติศาสนกิจ (การกล่าวซิกรุลลอฮฺ การอ่านดุอาอ์ และการฟังอัลกุรอาน) เป็นเวลา 10 นาที เพื่อเสริมสร้างความสงบทางจิตใจและลดระดับความกลัว ความเครียด และความปวด หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เทคนิคการบรรเทาปวดที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของตนเอง

คำถามการวิจัย

1. ค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ หรือไม่ อย่างไร

2. ค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนาสูงกว่าผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการเผชิญความปวดของผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านในกลุ่มทดลอง ก่อนและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม เตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา

2. เพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการเผชิญความปวดของผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม เตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนากับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนความกลัวการคลอดและความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา

2. ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา มีค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group, pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และวางแผนคลอด ณ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดยะลา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ซึ่งมีจำนวนประมาณ 40 ราย ต่อเดือน (ข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดยะลา พ.ศ. 2565-2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลา จำนวนทั้งสิ้น 50 ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusions criteria) ได้แก่ 1) อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป มาฝากครรภ์และวางแผนการคลอดที่โรงพยาบาล 2) ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทย 4) มีโทรศัพท์ที่สามารถส่งไฟล์วีดิทัศน์ได้ 5) ทารกในครรภ์มีสุขภาพดี (EFM category I) ไม่มีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ 6) แรกรับอยู่ในระยะ latent phase (ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร) และ 7) ดูวีดิทัศน์มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ 2) ได้รับยาระงับปวดหรือยาชาในระยะที่ 1 ของการคลอด 3) ความก้าวหน้าของการคลอดผิดปกติ 4) สิ้นสุดการคลอดด้วยการทำสูติศาสตร์หัตถการหรือผ่าคลอด และ 5) ระยะที่ 1 ของการคลอดน้อยกว่า 3 ชั่วโมง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 แบบสองทาง (two-tailed test) สำหรับสถิติ independent t-test และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ระดับสูง (Cohen, d = 0.80) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบรายงานค่าอิทธิพลในระดับสูง เมื่อคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power พบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ กลุ่มละ 25 ราย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการดำเนินการวิจัย (dropout rate) จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างตามลำดับเวลา (time-based allocation) โดยช่วงแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และช่วงถัดมาเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยอบรมและประสานงานกับพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ เกี่ยวกับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดกรองข้อมูลเบื้องต้นและจัดเข้าเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พร้อมกับตรวจสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานเพื่อประเมินความเท่าเทียมกันของกลุ่มก่อนเริ่มการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ถูกวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2567 รหัสโครงการ 35/2567 ภายหลังจากพยาบาลวิชาชีพคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลและให้อาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มอาสาสมัครทุกรายยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงว่าข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับ และถูกนำเสนอในภาพรวม เอกสารการถูกเก็บอย่างมิดชิดเป็นเวลา 5 ปี หลังการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ โปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Grantly Dick-Read[4] เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด การจัดการความกลัว และความปวดในระยะคลอด ร่วมกับในโปรแกรมฯ แบ่งเป็น

1.1 ระยะตั้งครรภ์ ผู้คลอดจะได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคล จากนั้นจะได้ชมวีดิทัศน์เป็นเวลา 30 นาที เนื้อหาประกอบด้วย การแนะนำสถานที่คลอด ระยะของการคลอด การปฏิบัติตัวขณะรอคลอด และการจัดการความกลัวและความปวด ตามวิถีอิสลาม ได้แก่ การยอมรับในกำหนดการณ์ของอัลลอฮฺ และการยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณผ่านการอ่านหรือฟังอัลกุรอาน การกล่าวซิกรุลลอฮฺ และการอ่านดุอาอ์ จากนั้นผู้วิจัยสาธิตวิธีการจัดการความกลัวและความปวดในระยะคลอดตามแนวปฏิบัติทางศาสนาอิสลาม ได้แก่ การกล่าวซิกรุลลอฮ การขอดุอาอ์ การอ่าน หรือการฟัง อัลกุรอาน ใช้เวลา 10 นาที จากนั้นส่งไฟล์วิดีทัศน์ดังกล่าวผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อใช้ทบทวนความรู้ด้วยตนเองที่บ้าน และมีการติดตามการรับชมวีดิทัศน์เป็นระยะทุกสัปดาห์จนกระทั่งถึงระยะคลอดซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องรับชมวีดิทัศน์อย่างน้อย 3 ครั้ง

1.2 ระยะคลอด ผู้คลอดได้รับชมวิดีทัศน์ดังกล่าวอีกครั้งที่ห้องคลอด เพื่อทบทวนความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจในการนำวิธีการจัดการความกลัวและความปวดตามวิถีมุสลิมไปใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอด สาธิตและฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา ประกอบด้วย การหายใจอย่างถูกวิธี การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การควบคุมอารมณ์ และเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ ร่วมกับการปฏิบัติศาสนกิจ (การกล่าวซิกรุลลอฮฺ การอ่านดุอาอ์ และการฟังอัลกุรอาน) เป็นเวลา 10 นาที เพื่อเสริมสร้างความสงบทางจิตใจและลดระดับความกลัว ความเครียด และความปวด หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เทคนิคการบรรเทาปวดที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด

2.2 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยปรับปรุงจากการศึกษาของเยาวรัตน์ ดุสิตกุล[22] มาใช้ทั้ง 3 ระยะของการคลอด ได้แก่ ระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่แสดงออก 5 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกของเสียง การแสดงออกด้านคำพูด การแสดงออกของใบหน้า การควบคุมการหายใจ และ การแสดงออกด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ช่วงคะแนนคือ 0, 1, 2 คะแนน รวม 0-10 คะแนน การแปลผลช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-5.00 คะแนน แสดงว่าผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสมน้อยกว่า และหากได้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเฉลี่ย 5.01-10.00 คะแนน แสดงว่าผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสมมากกว่า

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบบันทึกการติดตามการดูวีดิทัศน์ของกลุ่มทดลอง (observation checklist) ประกอบด้วยจำนวนครั้งในการเข้าชมวิดิทัศน์ครบตามกำหนด ใช้มาตรานามบัญญัติ (nominal scale)

3.2 แบบวัดระดับความกลัวด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) ลักษณะเป็นแบบวัดชนิดเส้นตรง (line scale) ความยาว 10 เซนติเมตร ซึ่งปลายด้านซ้ายมีค่าเป็น “0 = ไม่กลัวเลย” และปลายด้านขวามีค่าเป็น “10 = กลัวมากที่สุด” กำหนดให้ผู้คลอดทำเครื่องหมายบนเส้นตรงตามระดับความรู้สึกกลัวของตนเองใช้มาตรวัดแบบอันตรภาค (interval scale)

3.3 แบบวัดระดับความปวดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) ลักษณะเป็นแบบวัดชนิดเส้นตรง (line scale) ความยาว 10 เซนติเมตร เช่นเดียวกับการวัดความกลัว โดยปลายด้านซ้ายกำค่าเป็น “0 = ไม่ปวดเลย” และปลายด้านขวามีค่าเป็น “10 = ปวดมากที่สุด” ให้ผู้คลอดทำเครื่องหมายแสดงระดับความปวดที่ตนเองรับรู้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้คลอดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง โดยมีผู้ประเมิน จำนวน 2 คน ได้แก่ ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้รับการฝึกให้มีความเข้าใจในการใช้เครื่องมือในแนวทางเดียวกัน จากนั้นให้ผู้ประเมินทั้งสองคนทำการสังเกตและประเมินพฤติกรรมของผู้คลอดในช่วงเวลาเดียวกันอย่างอิสระ แล้วนำผลการประเมินมาวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยใช้สถิติ Cohen’s Kappa พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.80 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี

การดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจัดเข้ากลุ่มตามลำดับเวลาของการมารับ

บริการที่หน่วยฝากครรภ์และเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม ผู้ช่วยวิจัย คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัยโดยผู้วิจัย ก่อนที่จะให้การพยาบาลและประเมินผู้คลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการทดลอง ระยะตั้งครรภ์ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองได้รับการประเมินจากพยาบาลซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัยในแผนกฝากครรภ์ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินสุขภาพมารดาและทารก และประเมินระดับความกลัวการคลอด

การดำเนินการทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด ดังนี้

1) กลุ่มควบคุม

1.1) ระยะตั้งครรภ์ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ตามปกติจากผู้วิจัย

1.2) ระยะคลอดเมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่ห้องคลอด จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ได้แก่ การประเมินการหดรัดตัวของมดลูก การฟังเสียงหัวใจทารก และการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ ผู้ช่วยวิจัยประเมินระดับความกลัวและความปวดโดยใช้แบบประเมินแบบสายตา (VAS) ในระยะปากมดลูกเปิดช้า (0-3 เซนติเมตร) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 เซนติเมตร) และระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 เซนติเมตร)

2) กลุ่มทดลอง

2.1) ระยะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนาอิสลามโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้โปรแกรม ที่แผนกฝากครรภ์ ประกอบด้วย (1) การให้หญิงตั้งครรภ์ชมวิดีทัศน์เกี่ยวกับสถานที่คลอด ระยะของการคลอด การปฏิบัติตัวขณะรอคลอด และวิธีการจัดการความกลัวและความปวดตามวิถีมุสลิม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที (2) การสาธิตวิธีการจัดการความกลัวและความปวดในระยะคลอด ได้แก่ การกล่าว ซิกรุลลอฮ การขอดุอาอ์ การอ่านหรือฟังอัลกุรอานและการรับประทานอินทผาลัม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที (3) การมอบไฟล์วิดีทัศน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองที่บ้าน โดยผู้วิจัยติดตามการรับชมวีดิทัศน์เป็นระยะทุกสัปดาห์จนกระทั่งคลอด

2.2) ระยะคลอด เมื่อผู้คลอดมารับบริการที่ห้องคลอด จะได้ชมวีดิทัศน์เพื่อทบทวนเนื้อหาของโปรแกรมอีกครั้งเป็นเวลา 10 นาที ที่ห้องรอคลอด จากนั้นผู้วิจัยพากลุ่มทดลองมาที่เตียงรอคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอดพยาบาลประจำห้องคลอดที่เป็นผู้ช่วยวิจัยจะทำการประเมินระดับความกลัว และความปวดโดยใช้แบบประเมินแบบสายตา (VAS) ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 เซนติเมตร) และระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 เซนติเมตร) ในกลุ่มทดลอง

ภายหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการประเมินพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ประเมินโดยพยาบาลประจำห้องคลอดที่เป็นผู้ช่วยวิจัย ระหว่างการศึกษา กลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 4 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 21 ราย กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน 5 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 20 ราย สรุปกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดคือ 41 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่มใช้สถิติ Chi-square test หากจำนวนความถี่ที่คาดหวังน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ใช้สถิติ Fisher's exact test แทน สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ และอายุครรภ์เมื่อคลอด ใช้สถิติ Mann-Whitney U test[23]

3. การศึกษาครั้งนี้เลือกใช้สถิติ non-parametric สำหรับการวิเคราะห์ตัวแปรตามทุกตัว ด้วยเหตุผล 3 ประการ ประการแรก กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (n = 20-21) ซึ่งการทดสอบการแจกแจงปกติด้วย Shapiro-Wilk test มีกำลังทดสอบต่ำ อาจยอมรับสมมติฐานว่างทั้งที่ข้อมูลไม่ได้แจกแจงเป็นปกติ[24] ประการที่สองตัวแปรหลายตัวมีผลเพดาน (ceiling effect) อย่างชัดเจน โดยเฉพาะคะแนนความปวดในระยะเปลี่ยนผ่านของกลุ่มควบคุม ซึ่งมีพิสัยแคบมากและเบ้ซ้ายอย่างรุนแรง ประการที่สาม แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความปวดมีลักษณะเป็นผลรวมของรายการที่มีคะแนน 0 หรือ 1 จำนวน 5 ด้าน คะแนนรวมจึงเป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง (discrete) มีค่าที่เป็นไปได้จำกัด ไม่เหมาะสมกับการใช้สถิติ parametric การใช้สถิติชุดเดียวกันทุกตัวแปรยังช่วยให้การรายงานมีความสอดคล้องและเปรียบเทียบขนาดอิทธิพลข้ามตัวแปรได้โดยตรง[24]

4. เปรียบเทียบตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ พฤติกรรมการเผชิญความปวด โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test รายงานค่ามัธยฐาน (Median) และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) เป็นค่าสถิติหลัก พร้อมรายงานค่า r = Z/√N เป็นขนาดอิทธิพล โดยตีความตามเกณฑ์ของ Cohen กล่าวคือ r = .10 ขนาดเล็ก r = .30 ขนาดปานกลาง และ r = .50 ขนาดใหญ่[25]

5. เนื่องจากตัวแปรกำกับการทดลอง หรือตัวแปรส่งผ่านได้แก่ ความกลัว ความปวด ส่งผล ไปยังตัวแปรคือ พฤติกรรมเผชิญความปวด ดำเนินการถูกวัดซ้ำใน 2 ระยะของการคลอด คือระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 เซนติเมตร) และระยะเปลี่ยนผ่าน (8–10 เซนติเมตร) การทดสอบหลายครั้งบนตัวแปรตามเดียวกันอาจเพิ่มโอกาสความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 สะสม จึงปรับค่านัยสำคัญด้วยวิธี Bonferroni correction กล่าวคือ α = .05/2 = .025 ผลการทดสอบระหว่างกลุ่มในแต่ละระยะถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า $p < .025$[23] สำหรับการทดสอบที่ไม่มีการวัดซ้ำ ได้แก่ การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มและการเปรียบเทียบก่อนและภายหลังภายในกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย (n = 20) มีค่ามัธยฐานของอายุ 25.0 ปี (IQR = 9.5) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 85.0) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 55.0) ประกอบอาชีพแม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 45.0) อาศัยในครอบครัวขยาย จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 60.0) มีรายได้ครอบครัว 5,000-10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 50.0) มีจำนวนครั้งฝากครรภ์ตามเกณฑ์ จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 80.0) ส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนการ

ตั้งครรภ์ จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 55.0) และไม่เคยได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมาก่อน จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 75.0) มีค่ามัธยฐานของอายุครรภ์เมื่อคลอด 40.0 สัปดาห์ (IQR = 1.75)

กลุ่มควบคุมจำนวน 21 ราย (n = 21) มีมีค่ามัธยฐาน ของอายุ 23.0 ปี (IQR = 3.5) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 71.4) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 47.6) ประกอบอาชีพแม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 71.4) อาศัยในครอบครัวขยาย จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 57.1) มีรายได้ครอบครัว 5,000-10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 61.9) มีจำนวนครั้งฝากครรภ์ตามเกณฑ์ จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 61.9) ส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 61.9) และไม่เคยได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมาก่อน จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 90.5) มีค่ามัธยฐานของอายุครรภ์เมื่อคลอด 39.0 สัปดาห์ (IQR = 1.0)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 21)	กลุ่มทดลอง (n = 20)	สถิติทดสอบ	ค่าสถิติ	*p*-value
อายุ (ปี) Median (IQR)	23.0 (3.5)	25.0 (9.5)	Mann-Whitney U	140.5	.068
สถานภาพสมรส					
โสด	6 (28.6)	3 (15.0)	Fisher's Exact Test		.454
คู่	15 (71.4)	17 (85.0)			
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	2 (9.5)	3 (15.0)	Chi-square test	1.22	.942
มัธยมศึกษาตอนต้น	6 (28.6)	3 (15.0)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10 (47.6)	11 (55.0)			
ปริญญาตรี	1 (4.8)	1 (5.0)			
อื่น ๆ	2 (9.5)	2 (10.0)			
อาชีพ					
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15 (71.4)	9 (45.0)	Chi-square test	7.15	.128
รับจ้าง	3 (14.3)	3 (15.0)			
เกษตรกร	2 (9.5)	1 (5.0)			
อื่น ๆ	1 (4.8)	7 (35.0)			
ลักษณะครอบครัว					
ครอบครัวเดี่ยว	9 (42.9)	8 (40.0)	Chi-square test	0.03	.853
ครอบครัวขยาย	12 (57.1)	12 (60.0)			
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)					
ต่ำกว่า 5,000	7 (33.3)	8 (40.0)	Fisher's Exact Test		.694
5,000–10,000	13 (61.9)	10 (50.0)			
10,001–15,000	1 (4.8)	2 (10.0)			

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 21)	กลุ่มทดลอง (n = 20)	สถิติทดสอบ	ค่าสถิติ	*p*-value
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)					
ต่ำกว่า 5,000	7 (33.3)	8 (40.0)	Fisher's Exact Test		.694
5,000–10,000	13 (61.9)	10 (50.0)			
10,001–15,000	1 (4.8)	2 (10.0)			
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์					
ตามเกณฑ์	13 (61.9)	16 (80.0)	Chi-square test	1.62	.203
ไม่ตามเกณฑ์	8 (38.1)	4 (20.0)			
การวางแผนการตั้งครรภ์					
วางแผน	8 (38.1)	9 (45.0)	Chi-square test	0.20	.654
ไม่ได้วางแผน	13 (61.9)	11 (55.0)			
การเตรียมตัวเพื่อการคลอด					
เคยได้รับ	2 (9.5)	5 (25.0)	Fisher's Exact Test		.238
ไม่เคยได้รับ	19 (90.5)	15 (75.0)			
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์) Median (IQR)	39.0 (1.0)	40.0 (1.75)	Mann-Whitney U	147.0	.087
การแตกของถุงน้ำคร่ำ					
แตกเอง	19 (90.5)	18 (90.0)	Fisher's Exact Test		1.000
เจาะถุงน้ำ	2 (9.5)	2 (10.0)			
ลักษณะน้ำคร่ำ					
ใส	19 (90.5)	16 (80.0)	Fisher's Exact Test		.410
ขี้เทาปนเล็กน้อย	2 (9.5)	4 (20.0)			
ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวมดลูก					
ได้รับ	7 (33.3)	6 (30.0)	Chi-square test	0.05	.819
ไม่ได้รับ	14 (66.7)	14 (70.0)			

หมายเหตุ: สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่มรายงาน จำนวน (ร้อยละ) สำหรับตัวแปรต่อเนื่องรายงาน Median (IQR) ใช้ Fisher's Exact Test เมื่อมี expected count < 5 มากกว่าร้อยละ 20[20]

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทุกตัวแปร (ตารางที่ 1) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะพื้นฐานเท่าเทียมกันก่อนเริ่มการทดลอง จึงนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับต่อไป ดังนี้

ความกลัวการคลอดและความปวด

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความกลัวการคลอดก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา ในกลุ่มทดลอง (n = 20)

ระยะเวลา	Median (IQR)	Z	*p*-value	r
ก่อนได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ	66.5 (18.5)	−3.920	< .001	0.88
หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ	44.0 (14.5)			

กลุ่มทดลองมีคะแนนความกลัวการคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา โดยค่ามัธยฐานลดลงจาก 66.5 เป็น 44.0 คะแนน ($Z = -3.920$, $p < .001$) ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (r = 0.88)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความกลัวการคลอดและความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา (n = 20) และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 21)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง Median (IQR)	กลุ่มควบคุม Median (IQR)	U	*p*-value	r
ความกลัวการคลอด					
ระยะปากมดลูกเปิด 4–7 ซม.	60.0 (23.75)	95.0 (18.0)	40.0	< .001**	.69
ระยะเปลี่ยนผ่าน 8–10 ซม.	78.0 (30.75)	99.0 (2.0)	26.5	< .001**	.75
ความปวด					
ระยะปากมดลูกเปิด 4–7 ซม.	73.5 (19.0)	92.0 (29.0)	100.0	.004**	.45
ระยะเปลี่ยนผ่าน 8–10 ซม.	97.0 (7.0)	100.0 (1.0)	93.0	.001**	.48

Mann-Whitney U test; **$p < .01$; Bonferroni adjusted $\alpha = .025$; $r = Z/\sqrt{N}$; r = .10 ขนาดเล็ก, r = .30 ขนาดปานกลาง, r = .50 ขนาดใหญ่[21]

กลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนามีคะแนนความกลัวการคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซ.ม. ($U = 40.0$, $p < .001$, $r = .69$) และระยะเปลี่ยนผ่าน 8–10 ซ.ม. ($U = 26.5$, $p < .001$, $r = .75$) และค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง ในด้านความปวด กลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสองระยะ ($p = .004$ และ $.001$) และมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ($r = .45–.48$) ผลดังกล่าวยืนยันว่า โปรแกรมฯ สามารถลดความกลัวและความปวดในระยะคลอดได้ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่สนับสนุนการมีพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสม

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความปวด (คะแนนรวม) ในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 21)

ระยะ	กลุ่มทดลอง Median (IQR)	กลุ่มควบคุม Median (IQR)	U	*p*-value	r
ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.	5.0 (0.0)	4.0 (2.5)	90.0	< .001**	.49
ระยะเปลี่ยนผ่าน 8-10 ซม.	4.0 (2.0)	0.0 (3.0)	55.0	< .001**	.63

Mann-Whitney U test; **p < .01; Bonferroni adjusted α = .025; r = Z/√N

กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งสองระยะ (p < .001) และมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงใหญ่ (r = .49–.63) ความแตกต่างเด่นชัดในระยะเปลี่ยนผ่านซึ่งค่ามัธยฐานของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 0 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5) สะท้อนว่าผู้คลอดส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมไม่สามารถใช้พฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสมได้ในช่วงที่ความปวดรุนแรงที่สุด ขณะที่กลุ่มทดลองยังคงมีพฤติกรรมการเผชิญความปวดได้ (Median = 4.0)

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความปวดรายด้าน ในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 21)

ด้าน / ระยะ	กลุ่มทดลอง Median (IQR)	กลุ่มควบคุม Median (IQR)	U	*p*-value	r
1. ด้านการพูด					
4–7 ซม.	1.0 (0.0)	1.0 (0.0)	170	.045	.16
8–10 ซม.	1.0 (0.0)	0.0 (1.0)	81	< .001**	.53
2. ด้านการออกเสียง					
4–7 ซม.	1.0 (0.0)	1.0 (1.0)	124	.002**	.35
8–10 ซม.	1.0 (0.0)	0.0 (0.5)	82	< .001**	.52
3. ด้านการเคลื่อนไหว					
4–7 ซม.	1.0 (0.0)	1.0 (0.5)	152	.015*	.24
8–10 ซม.	1.0 (0.0)	0.0 (1.0)	91	< .001**	.48
4. ด้านการควบคุมการหายใจ					
4–7 ซม.	1.0 (0.0)	1.0 (1.0)	142	.008**	.27
8–10 ซม.	0.5 (1.0)	0.0 (0.0)	125	.005**	.35
5. ด้านสีหน้า					
4–7 ซม.	1.0 (0.0)	1.0 (0.5)	160	.023*	.20
8–10 ซม.	1.0 (0.75)	0.0 (1.0)	112	.004**	.40

Mann-Whitney U test; *p < .025; **p < .01; Bonferroni adjusted α = .025; ด้านการพูด 4–7 ซม. p = .045 > .025 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณารายด้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสองระยะ ได้แก่ ด้านการออกเสียง ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการควบคุมการหายใจ และด้านสีหน้า รวมถึงด้านการพูดในระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 เซนติเมตร) ยกเว้นด้านการพูดในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังปรับค่าด้วย Bonferroni correction ($p = .045 > .025$) ทั้งนี้ ความแตกต่างระหว่างกลุ่มปรากฏชัดเจนในระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 เซนติเมตร) ทุกด้าน โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงสูง (r = .35–.53) (ตารางที่ 5)

การอภิปรายผลการวิจัย

จาการศึกษาสามารถอภิปรายตามสมมติฐานได้ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนความกลัวการคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา โดยมีค่ามัธยฐานลดลงจาก 66.5 เป็น 44.0 คะแนน (Wilcoxon $Z = -3.920$, $p < .001$, r = .88) ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงและผู้คลอดทุกรายในกลุ่มทดลองมีคะแนนความกลัวลดลง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดวงจรความกลัว ความเครียด ความปวดของ Dick-Read[4] ที่อธิบายว่าการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอจะช่วยลดความกลัวซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของวงจรฯ และสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า ที่พบว่า โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนคลอดสามารถลดความกลัวในระยะตั้งครรภ์ได้[20] นอกจากนี้เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด กลุ่มทดลองยังคงมีคะแนนความกลัวและความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน (r = .69–.75 และ r = .45–.48 ตามลำดับ) แม้ขนาดอิทธิพลของความปวดจะต่ำกว่าความกลัว ซึ่งอาจสะท้อนว่า ความปวดในระยะคลอดมีองค์ประกอบทางสรีรวิทยาที่ไม่สามารถลดได้ด้วยการแทรกแซงทางจิตสังคมเพียงอย่างเดียว แต่โปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนายังสามารถช่วยลดการรับรู้ความปวดในระดับที่มีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ Dinç et al.[11] และ Hassanzadeh et al.[12] ที่พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมมีความมั่นใจในการใช้เทคนิคการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการจัดการอารมณ์ระหว่างคลอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม

สมมติฐานที่ 2 ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนามีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ($U = 90.0$, $p < .001$, r = .49) และระยะเปลี่ยนผ่าน ($U = 55.0$, $p < .001$, r = .63) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงสูง

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดวงจรความกลัว ความเครียด ความปวดของ Dick-Read[4] ที่อธิบายว่าเมื่อตัดวงจรความกลัวได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ผู้คลอดจะมีทรัพยากรทางจิตใจเพียงพอที่จะแสดงพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสมในระยะคลอด โปรแกรมนี้ตัดวงจรดังกล่าวด้วยสองกลไก กลไกแรกคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดซึ่งลดความรู้สึกไม่แน่นอนที่เป็นต้นเหตุของความกลัว กลไกที่สองคือการบูรณาการหลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลาม ได้แก่ การกล่าวซิกรุลลอฮ์ การขอดุอาอ์ และการอ่านหรือฟังอัลกุรอาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้คลอดคุ้นเคย และเชื่อมั่นในประสิทธิผลตามหลักศรัทธา จึงทำหน้าที่เป็นกลวิธีการเผชิญปัญหาที่สอดคล้องทางวัฒนธรรม (cultural congruence) ที่ทำได้ง่ายเพราะไม่ใช่สิ่งที่ต้องเรียนรู้ใหม่ทั้งหมด ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมปรากฏชัดเจนที่สุดในระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งผู้คลอด

ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสมได้เลยในช่วงที่ความปวดรุนแรงที่สุด ขณะที่ผู้คลอดในกลุ่มทดลองยังคงรักษาพฤติกรรมการเผชิญความปวดไว้ได้ในระดับที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Japakeeya et al.[21] ที่พบว่า การยึดมั่นในศาสนาสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลที่ลดลงและการควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การกล่าวซิกรุลลอฮ์และการอ่านหรือฟังอัลกุรอานในระยะคลอดยังช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดและกระตุ้นความสงบทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[27,28] ที่พบว่า การฟังอัลกุรอานช่วยลดระดับความปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม

เมื่อพิจารณารายด้าน กลุ่มทดลองสามารถควบคุมการออกเสียง การเคลื่อนไหว การหายใจ และแสดงสีหน้าผ่อนคลายได้มากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสองระยะ อย่างไรก็ตาม ด้านการพูดในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังปรับค่า Bonferroni (p = .045 > .025) ซึ่งอาจเป็นเพราะการพูดเป็นพฤติกรรมที่ต้องใช้ความตั้งใจและกระบวนการรู้คิดระดับสูง (higher-order cognitive process) ในขณะที่การหดรัดตัวของมดลูกรุนแรงขึ้นในระยะนี้ ทำให้ผู้คลอดทั้งสองกลุ่มมีข้อจำกัดในการควบคุมการพูดใกล้เคียงกัน ขณะที่พฤติกรรมอื่น เช่น การเคลื่อนไหวและการหายใจ สามารถฝึกฝนจนเป็นอัตโนมัติได้ง่ายกว่า[29]

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกซึ่งอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดยะลา เท่านั้น ซึ่งมีลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม และบริบททางศาสนาที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้นผลการศึกษาอาจไม่สามารถสรุปไปยังกลุ่มประชากรอื่นที่มีลักษณะแตกต่างกันหรืออยู่ในเขตพื้นที่อื่นได้

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก (n = 20-21 ต่อกลุ่ม) เนื่องจากมีการคัดออกภายหลังการจัดสรรกลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า อย่างไรก็ตามค่าขนาดอิทธิพลที่สังเกตได้จริง (r = .49-.75) สูงกว่าที่ใช้ในการคำนวณ จึงคาดว่าอำนาจการทดสอบยังอยู่ในระดับที่ยอมรับได้[30]

3. กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการประเมินความกลัวซ้ำในระยะตั้งครรภ์ (post-program) เนื่องจากไม่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนากัจึงไม่สามารถเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนและภายหลังระหว่างสองกลุ่มในระยะตั้งครรภ์ได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมเตรียมความพร้อมการคลอดตามวิถีอิสลามไปประยุกต์ใช้ในหน่วยฝากครรภ์ที่ให้บริการผู้คลอด ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมการคลอดตามวิถีอิสลามไปประยุกต์ใช้ในหน่วยฝากครรภ์แก่ผู้คลอดกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์กลุ่มอื่น

3. ควรเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ กับโปรแกรมเตรียมความพร้อมแบบทั่วไป เพื่อศึกษาบทบาทเฉพาะของการบูรณาการความเชื่อทางศาสนาต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวด

เอกสารอ้างอิง

1. Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. Women Birth 2012;25(3):114-121. doi: 10.1016/j.wombi.2011.06.001.
2. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. Women Birth 2019;32(2):99-111. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.004.
3. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand 2017;96(8):907-20. doi: 10.1111/aogs.13138.
4. Dick-Read G. Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth. 2nd ed. London: Pinter & Martin; 2013.
5. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, McDonald S. The nature of labour pain: an updated review of the literature. Women Birth 2019;32(1):28-38. doi: 10.1016/j.wombi.2018.03.004.
6. Hutchison J, Mahdy H, Jenkins SM, Hutchison J. Normal labor: physiology, evaluation, and management [Internet]. StatPearls 2026. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/
7. Aziato L, Acheampong AK, Umoar KL. Labour pain experiences and perceptions: a qualitative study among post-partum women in Ghana. BMC Pregnancy Childbirth 2017;17(1):73. doi: 10.1186/s12884-017-1248-1.
8. Alizadeh-Dibazari Z, Abdolalipour S, Mirghafourvand M. The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: a scoping review using systematic approach and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2023;23(1):541. doi: 10.1186/s12884-023-05867-0.
9. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. BJOG 2012;119(10):1238-46. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x.
10. Inkaew S, et al. Pain coping behavior during labor of hill tribe women. Thai Journal of Nursing Council 2001;16(2):15–24. (in Thai)
11. Dinç S, Erdoğan E, Doğan RA. The effect of mindfulness-based childbirth education intervention on fear of childbirth: systematic review and meta-analysis. Rev Assoc Med Bras 2024;70(7):e20240167. doi: 10.1590/1806-9282.20240167.

12. 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 Women's Health 2020;20(1):180. doi: 10.1186/s12905-020-01048-9.
13. Desmawati D, Kongsuwan W, Chatchawet W. The effects of childbirth preparation nursing intervention integrating Islamic praying program on duration of labor and neonatal outcomes in primiparous Muslim women. Walailak J Sci & Technol 2020;17(10):1048-59. doi: 10.48048/wjst.2020.6554
14. Brixval CS, Axelsen SF, Lauemøller SG, Andersen SK, Due P, Koushede V. The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes - a systematic review. Syst Rev 2015;4:20. doi: 10.1186/s13643-015-0010-x.
15. Golnazari F, Heydarpour S, Foroughi A, Heydarpour F. The comparison of the effect of childbirth preparation classes and spirituality-based counseling on childbirth fear among nulliparous pregnant women: a quasi-experimental study. Health Sci Rep 2026;9(2):e71879. doi: 10.1002/hsr2.71879
16. Athinaidou AM, Vounatsou E, Pappa I, Harizopoulou VC. Influence of antenatal education on birth outcomes: a systematic review focusing on primiparous women. Cureus 2024 ;16(7):e64508. doi: 10.7759/cureus.64508.
17. Kaple GS, Patil S. Effectiveness of Jacobson relaxation and Lamaze breathing techniques in the management of pain and stress during labor: an experimental study. Cureus 2023;15(1):e33212. doi: 10.7759/cureus.33212.
18. Maasoumi R, Dastaran F, Faghihiniya F, Haghani S, Sabetghadam S. The effect of spiritual self-care intervention with a blended learning approach on anxiety in women with preterm labor: a randomized controlled trial. Int J Community Based Nurs Midwifery 2023;11(2):85-95. doi: 10.30476/IJCBNM.2023.96119.2106.
19. Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlen HG. The Complementary therapies for labour and birth study: making sense of labour and birth-experiences of women, partners and midwives of a complementary medicine antenatal education course. Midwifery 2016;40:124-31. doi: 10.1016/j.midw.2016.06.011
20. Kocak MY, Göçen NN, Akin B. The effect of listening to the recitation of the Surah Al-Inshirah on labor pain, anxiety and comfort in Muslim women: a randomized controlled study. J Relig Health 2022;61(4):2945-59. doi: 10.1007/s10943-021-01356-w.

21. Japakeeya N, Phumdoung S, Chunuan S. Effects of listening to Holy Quran and Zikrullah recitation on stress and physiological stress responses among Muslim pregnant women with premature uterine contractions: a randomized controlled trial. Songklanagarind Journal of Nursing 2021;41(4):1-14. (in Thai)
22. Dusitkul Y. The effects of enhancing coping with labor pain program on pain levels and pain coping behaviors in primiparous women. Nursing, Health, and Public Health Journal 2022;1(3):31-9. (in Thai)
23. Polit DF. Statistics and data analysis for nursing research. 2nd ed. London: Pearson Education; 2014.
24. Pallant J. SPSS survival manual: a step-by-step guide to data analysis using IBM SPSS. 6th ed. London: McGraw-Hill Education; 2016.
25. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Routledge; 1988.
26. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing; 1984.
27. Nuraihan H, Sureeporn K, Warangkana C. The effects of an educational program with recitation of the Zikrullah on fear, pain and duration of first stage labor among Muslim primiparous women. Princess of Naradhiwas University Journal 2023;15(1):121-36. (in Thai)
28. Lohitthai S, Jemmama N, Siriphan S. Effects of reading Al-Koran involving family support on pain level in the first stage of labor and perception of family support among Muslim primiparous women. J Southern Coll Netw Nurs Public Health 2017;4(Suppl):115-30. (in Thai).
29. Moriarty O, McGuire BE, Finn DP. The effect of pain on cognitive function: a review of clinical and preclinical research. Prog Neurobiol 2011;93(3):385-404. doi: 10.1016/j.pneurobio.2011.01.002.
30. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007;39(2):175-91. doi: 10.3758/bf03193146.