

ผลการใช้โปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ในระยะเจ็บครรภ์และ ระยะเวลาการเบ่งคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี

ผดวาทิ สาขะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลอุดรธานี
ปทุมมา กังวานตระกูล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลอุดรธานี
สุดาพร สุทธิพันธุ์ตระกูล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยศึกษาผลการใช้โปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์และระยะเวลาการเบ่งคลอด ตัวอย่างที่ใช้คือ หญิงตั้งครรภ์จำนวน 80 คน ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน ที่ได้รับโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มควบคุม 40 คน ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์และระยะเวลาการเบ่งคลอด ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแล แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ระยะเวลาการเบ่งคลอด และความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบที แบบอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 1.22; 95% CI: 0.54 to 1.90; $p < 0.01$) มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = -9.90; 95% CI: -13.07 to -6.74; $p < 0.01$) และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.48; 95% CI: 0.40 to 4.55; $p < 0.01$) ซึ่งจากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์นี้ มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการดูแลผู้คลอดเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดลดระยะเวลาการเบ่งคลอด และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอดได้

คำสำคัญ: โปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์, พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์, ระยะเวลาการเบ่งคลอด

The results of family program participation in caring for pregnant women on pain coping behaviors during labor and delivery period, Udonthani Hospital

Phadawadee Saka, Register nurse, Delivery room, Udonthani Hospital

Pathumma Kangwantrakul, Register nurse, Head of delivery room, Udonthani Hospital

Sudapron Suithipantrakul, Register nurse, Antenatal care department, Udonthani Hospital

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the results of family program participation in caring for pregnant women on pain coping behaviors during labor and delivery period. The subjects of this study were pregnant women who were in labor at Udonthani Hospital. Eighty pregnant women were chosen according to inclusion criteria. The samples were divided into an experimental and a control group with 40 subjects in each group. The experimental group participated in the family program participation in caring for pregnant women. The control group received usual nursing care. The research instruments were composed of the family program participation in caring for pregnant women on pain coping behaviors during labor and delivery period, patient's interview form, labor pain coping scale, duration of labor, and satisfaction of pregnant women. The data were statistically analyzed according to frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent t-test.

The findings revealed that the experimental group had higher mean of pain coping behaviors score than those in the control group (Mean difference = 1.22; 95% CI: 0.54 to 1.90; $p < 0.01$), had shorter mean of duration of labor than those in the control group (Mean difference = -9.90; 95% CI: -13.07 to -6.74; $p < 0.01$), and had higher mean of satisfaction of labor than those in the control group (Mean difference = 2.48; 95% CI: 0.40 to 4.55; $p < 0.01$). The research results indicated that the program tend to be useful for pregnant woman can reduce labor pain, reduce the time of delivery, and increase the satisfaction of birth.

Key word: The results of family program participation in caring for pregnant women, pain coping behaviors during labor, delivery period

บทนำ

การคลอดเป็นกระบวนการทางธรรมชาติ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหญิงตั้งครรภ์มักเกิดความเจ็บปวดจากมดลูกหดตัว การหดตัวของมดลูกนี้ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกน้อยลงรวมทั้งการเพิ่มของสารที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด (nociceptive chemical stimuli) เช่น กรดแลคติก (lactic acid) ซีโรโทนิน (serotonin) และโพรสตาแกลนดิน (prostaglandin) ซึ่งสารเหล่านี้ทำให้เส้นประสาทมีความไวต่อการกระตุ้นความปวดมากขึ้น เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์มากกว่าปกติก็จะแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในลักษณะที่ไม่พึงพอใจผิวดึง เกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดเป็นอย่างมาก ร้องเอะอะโวยวาย ควบคุมตัวเองไม่ได้ กระสับกระส่าย ไม่ให้ความร่วมมือในการคลอด¹⁻² ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายหรืออาจสิ้นสุดการคลอดด้วยการใช้สูติศาสตร์หัตถการหรือการใช้ยา oxytocin เร่งคลอด ซึ่งอาจส่งผลให้มารดาและทารกได้รับอันตรายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดได้²

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นขณะคลอดและการเบ่งคลอดทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลและกลัวต่อการคลอด การดูแลหญิงตั้งครรภ์และการปฏิบัติตัวในระยะคลอดตามปกติพยาบาลจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการคลอด การผ่อนคลายความเจ็บปวดและการเบ่งคลอดที่ถูกวิธี เมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะคลอดถือเป็นช่วงเวลาที่หญิงตั้งครรภ์มีสภาพจิตใจไม่พร้อมที่จะรับรู้ เนื่องจากมีความเจ็บปวด วิตกกังวล และกลัวการคลอด มีผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลได้ถูกต้องตามที่ได้สอนหรือแนะนำ หญิงตั้งครรภ์บางรายร้องเสียงดังโวยวายจากการเจ็บปวด บางรายร้องขอยาแก้ปวด รวมถึงบางรายต้องการให้สามีหรือครอบครัวเข้ามาในห้องคลอด เพื่อช่วยลดความกลัว ซึ่งการร้องขอต่างๆ ของหญิงตั้งครรภ์ถ้าไม่ได้รับการตอบสนอง อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความไม่พึงพอใจต่อการมารับบริการการคลอดและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ที่รุนแรงนำไปสู่การมีประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี³

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ในระยะคลอดโดยสามีหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดเพื่อสร้างความมั่นใจและขจัดความรู้สึกโดดเดี่ยวออกไปทำให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ การให้สามีหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการเตรียมการคลอดเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น⁴ ทั้งนี้ เนื่องจากสามีหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด เป็นผู้ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีอาการ จิตใจที่มั่นคง หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาตามลำพัง สร้างความอบอุ่น มั่นใจ มีกำลังใจ รู้สึกผ่อนคลายลดความวิตกกังวล และสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ยืนยง⁶ ที่พบว่า การสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิด ส่งผลให้มารดาที่มีความวิตกกังวลน้อยลงและพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดมากขึ้น ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยบรรเทา ความปวดของหญิงตั้งครรภ์ได้ เนื่องจากเมื่อปวดสายสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับครอบครัวทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการสื่อสารและกล้าที่จะบอกกับบุคคลในครอบครัวมากกว่าบอกกับพยาบาล ขณะเดียวกันบุคคลในครอบครัวจะสามารถช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ได้เหมาะสมกับลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ได้ดีเนื่องจากมีความคุ้นเคยและเข้าถึงความต้องการของหญิงตั้งครรภ์

ในปัจจุบันจึงมีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เพราะเมื่อหญิงตั้งครรภ์รับรู้ตัวตนเองมีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมใดๆ หรือรับรู้ว่าคุณคนในครอบครัวให้การสนับสนุน ยกตัวอย่างเช่น สามีสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรือย่า ยาย เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แล้วดีประสบความสำเร็จคอยส่งเสริมและมีส่วนร่วม และเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อว่าตนเองสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เหมือนคนอื่น ๆ ก็จะทำให้ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สนับสนุนด้วย

การศึกษาของนภา ศรีทองใบ⁷ ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์แรก สามารถเพิ่มความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเวณุกา พรกฤษ และสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล⁸ เรื่องผลของโปรแกรมต่อความรู้ การควบคุมระดับน้ำตาลและการกลับมารับการรักษาซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ที่พบว่าทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมทำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และมีความมั่นใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลจากครอบครัวและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และสนับสนุนด้วยการศึกษาของ อ้อมใจ พลกาย⁹ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นเมื่อครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุดกัญญา ปานเจริญ¹⁰ ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<0.01)

ห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี มีหญิงตั้งครรภ์มาคลอดเฉลี่ยวันละ 15 ราย¹¹ ซึ่งการเตรียมคลอดนั้นพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการคลอด วิธีการเบ่งคลอดแต่จากการปฏิบัติที่ผ่านมา ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์บางรายไม่ให้ความร่วมมือ ไม่สนใจปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้หญิงตั้งครรภ์แสดงพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดระยะเวลาในการเบ่งคลอดที่เนิ่นนานกว่าปกติ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วม ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์และระยะเวลาการเบ่งคลอด เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดจากการคลอด สามารถเบ่งคลอดได้อย่างถูกวิธี ช่วยลดระยะเวลาการเบ่งคลอดและลดหัตถการในการช่วยคลอด

ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารก และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์และระยะเวลาการเบ่งคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์และระยะเวลาการเบ่งคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมการคลอดแบบปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการเบ่งคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมการคลอดแบบปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมการคลอดแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มีคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมการคลอดแบบปกติ
2. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มีระยะเวลาการเบ่งคลอดน้อยกว่าระยะเวลาการเบ่งคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมการคลอดแบบปกติ
3. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมการคลอดแบบปกติ

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียวภายหลังการทดลอง (Two-groups posttest only design) โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ และคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี ในระหว่างเดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2561 แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร อรุณ จิรวรรณกุล¹²

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

ซึ่ง n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

α = α error

β = β error

σ^2 = ความแปรปรวนของตัวแปรผลที่ใช้ในการคำนวณตัวอย่าง

Δ = ความต่างของผล (effect size)

คำนวณจาก $\mu_1 - \mu_2$ โดย μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยของผลการได้รับการรักษาแบบเดิม μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยของผลการได้รับการรักษาด้วยวิธีการแบบใหม่ โดยค่าความต่างของผล (effect size) ปกติจะประมาณผลต่างที่คาดว่าจะพบจากข้อมูลงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยของปารินทร์ อารยะจารุ และคณะ¹³ มาใช้ในการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) เนื่องจากเป็นเรื่องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันโดยกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนในการเผชิญความเจ็บปวดเท่ากับ 3.33 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.44 ดังนั้น ถ้าผู้วิจัยนำโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อพฤติกรรมความเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์

และระยะเวลาการเบ่งคลอด จะสามารถเพิ่มคะแนนในการเผชิญความเจ็บปวดขึ้นไปได้อ้อยละ 25 โดย กำหนดให้ Δ เท่ากับร้อยละ 25 ของค่าเฉลี่ย

$$\text{ดังนั้น } \Delta = \frac{3.33 \times 25}{100} = 0.83$$

$$\text{ค่าของ Effect size} = 0.83$$

$$Z\alpha = 1.65$$

$$Z\beta = 0.84$$

$$\sigma^2 = (1.44)^2$$

$$\text{แทนค่าจากสูตร } n = \frac{2(1.65+0.84)^2 (1.44)^2}{(0.83)^2}$$

$$n = 37.20 \text{ คน}$$

จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 37.20 คน ปรับตัวเลข drop-out rate 10% เป็นกลุ่มละ 40 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นมารดาครรภ์แรก 2) อายุครรภ์ระหว่าง 32-36 สัปดาห์ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ระหว่างคลอดและในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด 4) ทารกในครรภ์ไม่มีอาการผิดปกติ เช่น มีความพิการตั้งแต่ในครรภ์ 5) ครอบครัวสามารถเข้าร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระหว่างคลอดและในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด 6) หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย 7) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ทั้งการพูด อ่าน ฟังและเขียน

เกณฑ์การคัดออาสาสัมครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ มีการคลอดผิดปกติ เช่น ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การคลอดโดยใช้เข็มช่วยคลอด การคลอดโดยใช้สุญญากาศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเตรียมคลอดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เป็นโปรแกรมที่นำเนื้อหาจาก “คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติ ในการเฝ้าคลอด” ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์

และสามีหรือสมาชิกในครอบครัวจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด การฝึกยืดกล้ามเนื้อ การฝึกเรื่องการหายใจ การฝึกกวด ท่าปกติของทารกในครรภ์ โพรหมตลูก ระยะของการคลอดและกระบวนการคลอด การมีสายสัมพันธ์แรกคลอด การเคลื่อนไหวจัดทำต่างๆของผู้คลอด ทำต่างๆในระยะที่ 1 ของการคลอด ทำต่างๆในระยะที่ 2 ของการคลอด การคลอดด้วยวิธีธรรมชาติ แบบประยุกต์ การคลอดแบบกิจวัตรประจำของห้องคลอด การเยี่ยมชมห้องคลอด และการเตรียมตัวของผู้มีส่วนร่วมในการดูแล การฝึกหัดที่จำเป็นต้องใช้ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งประกอบด้วยการสอนสาธิต และฝึกปฏิบัติการเตรียมตัวเพื่อการคลอด การพาเยี่ยมชมห้องคลอดในระยะฝากครรภ์ ส่วนในระยะคลอดจะมีการทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดอีกครั้ง และในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดจะมีการสอนทบทวนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะหลังคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ช่วยดูแลหญิงตั้งครรภ์
- 2) แบบสังเกตพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวด โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของจันทร์เพ็ญ ดุขิยามิ¹⁵ โดยสังเกตลักษณะการแสดงออก 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการออกเสียง 2) ด้านคำพูด 3) ด้านการแสดงออกของใบหน้า 4) ด้านการควบคุมการหายใจ 5) ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ 1, 2 และ 3 โดยคะแนน 1 หมายถึง ลักษณะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ คะแนน 2 หมายถึง ลักษณะที่ควบคุมตนเองได้ปานกลาง คะแนน 3 หมายถึง ลักษณะที่ควบคุมตนเองได้ ซึ่งคะแนนพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดหลังการทดลองได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะรอคลอด โดยมีค่าตั้งแต่ 1-15 คะแนน ถ้ามีคะแนนสูง 11-15 คะแนน แสดงว่าผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี ถ้ามีคะแนนปานกลาง 6-10 คะแนน แสดงว่าผู้คลอดสามารถเผชิญ

กับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ปานกลาง ถ้ามีคะแนนต่ำ 1-5 คะแนน แสดงว่าผู้คลอดเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ไม่ดี

การสังเกตพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ผู้วิจัยจะทำการสังเกตเอง โดยจะเริ่มสังเกตเมื่อปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 3 เซนติเมตรขึ้นไป สังเกตทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด โดยแต่ละครั้งของการสังเกตจะเริ่มในขณะที่มดลูกเริ่มหดตัว จนกระทั่งมดลูกเริ่มคลายตัวนับเป็น 1 ครั้งแล้วทำการบันทึกผลทันที

3) แบบบันทึกระยะเวลาการเบ่งคลอด โดยเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร จนกระทั่งทารกคลอดออกมาทั้งตัว

4) แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ซึ่ง 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย 3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก และ 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเต็ม 65 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถึงความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้ว จึงนำไปทดลองใช้ต่อไป
2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือสมาชิกครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมและสมัครใจเอง การศึกษาครั้งนี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี ได้รับการเตรียมการคลอดปกติ พยาบาลประจำห้องคลอดเป็นผู้ประเมินให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด คำแนะนำเกี่ยวกับการเบ่งคลอด ประเมินพฤติกรรมกรมการเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดและบันทึกเวลาเริ่มเบ่งจนกระทั่งทารกคลอดทั้งตัว เก็บข้อมูลในเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 จำนวน 40 คน

2. กลุ่มทดลอง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี และได้รับการเตรียมคลอดโดยใช้โปรแกรมการเตรียมคลอดแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล หญิงตั้งครรภ์ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอดและระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 จำนวน 40 รายโดยมีกิจกรรมแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์และสามีหรือสมาชิกครอบครัว จำนวน 1 คน จะต้องเข้ารับฟังการสอน การสาธิตและการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด มีการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการเตรียมคลอดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยการแบ่งการสอนเป็น 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ใช้เวลาในการสอนครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งพาเยี่ยมชมห้องคลอดและมอบบัตรเข้าร่วมการวิจัยนำมาแสดงตัวแก่เจ้าหน้าที่ห้องคลอดเมื่อมาคลอด

2) ระยะคลอด หญิงตั้งครรภ์และสามีหรือสมาชิกครอบครัว จำนวน 1 คน ขณะคลอดจะได้รับการสอนและทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอดอีกครั้ง

3) ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์และสามีหรือสมาชิกครอบครัว จำนวน 1 คน จะได้รับ

การสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะหลังคลอด หลังจากนั้นจะให้หญิงตั้งครรภ์จะประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้ผ่านความเห็นชอบและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี เรียบร้อยแล้ว (เลขที่รับรอง EC ที่ 87/2560) ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และเมื่อผู้ช่วยยินยอมจึงให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในใบยินยอมร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบความเรียบร้อยแล้ว ลงรหัส ป้อนข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งในการศึกษาค้นนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ช่วยดูแลหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) หรือ Fisher's exact test และสถิติการทดสอบที แบบอิสระต่อกัน (Independent T-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของพฤติกรรมกรมการเผชิญความเจ็บปวด ระยะเวลาการเบ่งคลอด และความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการทดสอบทีแบบอิสระต่อกัน (Independent T-test) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลว่าเป็นปกติหรือไม่ โดยทดสอบจากค่า Boxplot, Histogram, Normal Q-Q plot, skewness, kurtosis และ Tests of normality ซึ่งพบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normal distribution)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ช่วยดูแลหญิงตั้งครรภ์พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ช่วยดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทั้งในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ช่วยดูแลหญิงตั้งครรภ์ (N=80)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (N=40)		กลุ่มควบคุม (N=40)		p-value
	จำนวน คน	ร้อยละ	จำนวน คน	ร้อยละ	
I. อายุหญิงตั้งครรภ์					
อายุ (ปี)					
mean(SD.)	22.07(6.06)		23.58(5.37)		0.12
range (Min, Max)	15-38		15-32		
การศึกษา					0.40
ประถมศึกษา	13	32.5	11	27.5	
มัธยมศึกษา/ปวส/ปวช	16	40.0	19	47.5	
ปริญญาตรี	11	27.5	10	25.0	
อาชีพ					0.28
แม่บ้าน	22	55.0	18	45.0	
ข้าราชการ	6	15.0	4	10.0	
พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง	6	15.0	7	17.5	
เกษตรกร/ชาวไร่/ชาวนา	1	2.5	4	10.0	
อื่นๆ (นักเรียน)	5	12.5	7	17.5	
การได้รับยาแรงคลอด					0.32
ได้รับ	15	37.5	17	42.5	
ไม่ได้รับ	25	62.5	23	57.5	
การได้รับยาบรรเทาปวด					0.08
ในระยะเจ็บครรภ์					
ได้รับ	2	5.0	0	0.0	
ไม่ได้รับ	38	95.0	40	100.0	
อายุครรภ์					
mean(SD.)	38.48(0.93)		38.30(1.67)		0.28
range (min,Max)	37-41		32-41		
II. ผู้ช่วยดูแลหญิงตั้งครรภ์					
mean(SD.)	33.48(6.84)		36.88(5.80)		0.06
range (min,Max)	19-42		25-48		

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (N=40)		กลุ่มควบคุม (N=40)		p-value
	จำนวน คน	ร้อยละ	จำนวน คน	ร้อยละ	
ความสัมพันธ์					
สามี	25	62.5	24	60.0	
มารดาหญิง มารดาสามี	15	37.5	16	40.0	
ระดับการศึกษา					0.41
ประถมศึกษา	16	40.0	17	42.5	
มัธยมศึกษา/ปวส/ปวช	10	25.0	9	22.5	
ปริญญาตรี	10	25.0	12	30.0	
สูงกว่าปริญญาตรี	4	10.0	2	5.0	
อาชีพ					0.93
แม่บ้าน	16	40.0	11	27.5	
ข้าราชการ	3	7.5	6	15.0	
พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง	13	32.5	10	25.0	
เกษตรกร	8	20.0	13	32.5	

จากตารางที่ 1 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ช่วยดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทั้งในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ ระยะเวลากการเบ่งคลอดและความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 1.22; 95% CI: 0.54 to 1.90; p<0.01) มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลากการคลอดสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference -9.90; 95% CI: -13.07 to -6.74; p<0.01) และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 2.48; 95% CI: 0.40 to 4.55; p<0.01)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของค่าคะแนนพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ ระยะเวลากการเบ่งคลอด และค่าคะแนนความพึงพอใจ ของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=80)

รายการ	กลุ่มทดลอง (N=40)		กลุ่มควบคุม (N=40)		ผลต่าง	95% CI	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
พฤติกรรม การเผชิญความ เจ็บปวดในระยะ เจ็บครรภ์	12.29	1.25	11.06	1.76	1.22	0.54 to 1.90	<0.01
ระยะเวลาการ เบ่งคลอด (นาที)	24.43	5.16	34.33	8.63	-9.90	-13.07 to -6.74	<0.01
ความพึงพอใจ ของหญิง ตั้งครรภ์	58.73	4.42	56.25	4.89	2.48	0.40 to 4.55	<0.01

การอภิปรายผล

การศึกษาผลการใช้โปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์และระยะเวลาการเบ่งคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี สามารถอธิบายตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์มีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมคลอดแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์เฉลี่ย 12.29 คะแนน (S.D. 1.25) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์เฉลี่ย 11.06 คะแนน (S.D. 1.76) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า การเตรียมความพร้อมจะช่วยลดความเจ็บปวดโดยการให้ข้อมูลที่เป็จริงเกี่ยวกับความเจ็บปวดก่อนที่จะเผชิญจริง ซึ่งเป็นวิธีที่สำคัญของการเตรียมตัวเพื่อการคลอด การควบคุมความเจ็บปวดด้วยวิธีนี้จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสฝึกการเตรียมทางด้านจิตใจในการเผชิญกับเหตุการณ์และตระหนักว่าความเจ็บปวดจากการคลอดบุตรเป็นสิ่งที่สามารถทนทานได้ โดยเชื่อว่าการให้ความรู้จะช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลในสิ่งที่ยังไม่รู้หรือไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนจะช่วยให้มีความทนต่อความเจ็บปวดมากขึ้น

การใช้โปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์และสามีหรือสมาชิกในครอบครัว จำนวน 1 คน ที่จะดูแลหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอดและระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์และสามีหรือสมาชิกในครอบครัวจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด การฝึกยืดกล้ามเนื้อ การฝึกเรื่องการหายใจ การฝึกนวด ท่าปกติของทารกในครรภ์ มดลูก ระยะของการคลอดและกระบวนการคลอด การมีสายสัมพันธ์แรกคลอด การเคลื่อนไหวจัดทำต่างๆ ของผู้คลอด ท่าต่างๆ ในระยะที่ 1 ของการคลอด ท่าต่างๆ ในระยะที่ 2 ของการคลอด การคลอดด้วยวิธีธรรมชาติแบบประยุกต์ การคลอดแบบกิจวัตรประจำของห้องคลอด การเยี่ยมชมห้องคลอด และการเตรียมตัวของผู้มีส่วนร่วมในการดูแล การฝึกหัดที่จำเป็นต้องใช้ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์คลอด ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การลูบหน้าท้อง การเพ่งจุดสนใจ และเทคนิคการหายใจ ในทุกครั้งที่มารับบริการฝากครรภ์ โดยการฝึกทักษะต่างๆ นั้น จะเริ่มฝึกจากท่าที่ง่าย ๆ ก่อน และมีการทบทวนจนกระทั่งสามารถทำได้สำเร็จ พร้อมทั้งได้รับการแจกเอกสาร “คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด” เพื่อการเตรียมคลอดไว้สำหรับอ่านและทบทวนเมื่อกลับไปบ้าน ซึ่งเมื่อฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทั้งขณะอยู่ที่บ้าน ทำให้ความสามารถในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ของกลุ่มทดลองสูงขึ้นภายหลังการเตรียมเพื่อการคลอด

ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนด้วยผลการศึกษาของจิตติพร อิงคถาวรวงศ์ และคณะ¹⁶ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผน มีผลทำให้คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากการศึกษาของเบญจมาภรณ์ ชูช่วย¹⁷ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดมีผลทำให้ค่าคะแนนความเจ็บปวดต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด เหมาะสมมากกว่า

กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของเกษร ไชยพรรณนา และจิรภรณ์ จำปี¹⁸ ที่ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นแรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์และคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนคลอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดมากขึ้นได้ดีกว่าการไม่ได้ฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของหญิง แทนรัตน์³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอด พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการจัดการความปวดของหญิงตั้งครรภ์ในระยะที่ 1 ของการคลอดอย่างมีแบบแผน จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความอดทน ลดความเครียดและสามารถเผชิญกับความปวดได้อย่างเหมาะสม¹⁹⁻²⁰

2. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มีระยะเวลาการเบ่งคลอดน้อยกว่าระยะเวลาการเบ่งคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมคลอดแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยของการเบ่งคลอด 24.43 นาที (S.D. 5.16) ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ยของการเบ่งคลอด 34.33 นาที (S.D. 8.63) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สามารถอธิบายได้ว่า สามีหรือญาติเป็นปัจจัยภายนอกบุคคลปัจจัยหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจ มีกำลังใจในการเผชิญกับปัญหา สามีหรือญาติจะมีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ ให้ความแนะนำ ให้อกำลังใจ ให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น แหล่งสนับสนุนต่างๆ เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น²¹

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่มีสามีหรือญาติอยู่ด้วย จะทำให้รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจ ส่งผลให้เกิดพลังกายและพลังใจในการเบ่งคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับหญิงตั้งครรภ์และสามี หรือสมาชิกในครอบครัวได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการ

เตรียมตัวเพื่อการคลอด การฝึกยืดกล้ามเนื้อ การฝึกเรื่องการหายใจ การฝึกกวด ท่าปกติของทารกในโพรงมดลูก ระยะของการคลอดและกระบวนการคลอดตามโปรแกรม ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การฝึกหัดที่จำเป็นต้องใช้ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์คลอด จึงส่งผลให้ระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นลง โดยสนับสนุนและสอดคล้องกับการศึกษาของปิยรัตน์ โสมศรีแพง และโสมภัทร ศรีไชย²² ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบการเตรียมคลอดและวิธีการเบ่งคลอดต่อการคลอด พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้มีการเตรียมการคลอดและวิธีการเบ่งคลอดมีความสุขสบายมากกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่ากลุ่มควบคุมมีความสุขสบายและมียาการติดขัดขณะคลอดมากที่สุด และการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมการเบ่งคลอดด้วยการควบคุมการหายใจ มีระยะเวลาในการคลอดระยะที่ 2 น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²³

3. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มีความพึงพอใจมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมการคลอดแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 58.73 คะแนน (S.D. 4.42) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 56.25 คะแนน (S.D.=4.89) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดของ Dick-Read ที่อธิบายว่าร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้น เมื่อผู้คลอดมีความกลัวและความเครียดในระยะคลอดจะทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองในทางลบ กล่าวคือ ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nerve) จะหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้นในกระแสเลือดของผู้คลอด มีผลกระตุ้นเบต้ารีเซพเตอร์ (Beta receptor) ของมดลูก ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว การหดตัวของมดลูกลดลงและไม่มีประสิทธิภาพ เลือดที่ไหลเวียนมดลูกและรกจะลดลงทำให้กล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจน จึงเกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น เชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่องที่เรียกว่า วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (fear-tension-pain cycle) ซึ่งการคลอด

เป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดที่มีระดับรุนแรงกว่าความตึงเครียด ดังนั้น ความเครียดจึงเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่รับรู้ว่ามีเหตุการณ์คุกคามเกิดขึ้น หากสามารถตั้งดวงจรความกลัวก็จะทำให้ความเครียดลดลง และเมื่อความเครียดลดลงย่อมทำให้ความเจ็บปวดลดลงตามไปด้วย ซึ่งวิธีการตั้งดวงจรดังกล่าวสามารถทำได้โดยการให้ความรู้และให้การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ในระยะคลออดแก่ผู้คลออด

การวิจัยครั้งนี้ได้นำสามีสหหรือสมาชิกในครอบครัวจำนวน 1 คน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลออดและ 2 ชั่วโมงหลังคลออดเนื่องจากสามีสหหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้คลออดและใช้ชีวิตประจำวันร่วมกัน และผู้คลออดได้เลือกมาแล้วว่าต้องการให้มีส่วนร่วมในประสบการณ์การคลออดมากที่สุด อีกทั้งสามีสหหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ได้ดีที่สุด ทำให้ลดความกลัวในระยะคลออดของผู้คลออดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้ช่วยลดความกลัวหรือความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับการคลออดตามธรรมชาติ ส่วนการสนับสนุนช่วยลดความกลัวที่เกิดจากการที่ต้องอยู่คนเดียวในขณะที่เจ็บครรภ์ รวมทั้งการไม่คุ้นเคยกับสถานที่และบุคลากรในห้องคลออดจึงช่วยตัดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดโดยทำให้ความเครียดและความเจ็บปวดลดลง และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลออดมากขึ้น

การสอน การสาธิตและการฝึกปฏิบัติให้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามีสหหรือสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ และการใช้เทคนิคการหายใจ เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และสามีสหหรือสมาชิกในครอบครัว ได้ลงมือปฏิบัติได้ด้วยตนเอง จะทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น การให้สามีสหหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลออดจะช่วยตัดวงจรของความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดตามทฤษฎีของ Dick - Read สำหรับการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายนั้น สามีสหหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้คลออดจะทำหน้าที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้คลออดโดยการลูบหน้าท้อง การนวดบริเวณก้นกบ และ

การใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง ทำโดยวางปลายนิ้วมือทั้ง 2 ข้างจรดกันบริเวณกึ่งกลางเหนือกระดูกหัวเหน่าค่อๆ ลูบขึ้นมาทางด้านข้างของหน้าท้องจนถึงยอดมดลูก พร้อมให้ผู้คลออดหายใจเข้า จากนั้นลูบลงไปตรงๆ ตามแนวกึ่งกลางหน้าท้องไปยังตำแหน่งเดิมพร้อมหายใจออก ซึ่งการลูบหน้าท้องทำให้พลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กทำให้สัญญาณที่ส่งต่อไปยังสมองลดลงหรือไม่ โดยที่ใยประสาทขนาดใหญ่พบมากที่ใต้ผิวหนัง การลูบหน้าท้องทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดน้อยลง จึงช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลออดได้ และยังทำให้ผู้คลออดรู้สึกถึงความห่วงใย เกิดการผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และยังลดความเครียดได้อีกด้วย ส่วนการนวดบริเวณก้นกบเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่และกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งเอนดอร์ฟิน (Endorphin) ทำให้ความเจ็บปวดลดลงโดยสามีสหใช้มือกดนวดด้วยแรงระดับปานกลางเป็นวงกลมหรือรูปเลขแปดในขณะที่มดลูกหดตัว บริเวณดังกล่าว เป็นบริเวณที่ผู้คลออดรู้สึกเจ็บปวดเมื่อเข้าสู่ระยะคลออด เนื่องจากศีรษะเด็กมีการเคลื่อนต่ำลงสู่เชิงกราน และการใช้เทคนิคการหายใจโดยเป็นการหายใจอย่างช้าๆ ซึ่งใช้ได้ตลอดระยะเวลาการคลออด เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งจะช่วยลดความเจ็บปวดและทำให้ผ่อนคลาย เมื่อผู้คลออดมีความเครียดและความเจ็บปวดลดลงย่อมส่งผลทำให้มีความพึงพอใจต่อการคลออดมากขึ้น

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้มอบคู่มือ “คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีสหหรือญาติในการเฝ้าคลออด” เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และสามีสหหรือสมาชิกในครอบครัวนำกลับไปทบทวนและฝึกปฏิบัติต่อที่บ้าน สนับสนุนด้วยการศึกษาของศิริวรรณ ยืนยง⁶ ที่มีการมอบคู่มือให้ผู้สนับสนุนในระยะคลออดกลับไปทบทวนด้วยตนเอง ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลออดและได้รับการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลออด จะทำให้ความกลัวและความเครียดลดลงเป็นผลทำให้คะแนนเฉลี่ยของความเครียดในกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา

ของสุรียพร กฤษเจริญ และคณะ²⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมญาติเพื่อสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอดวิถีธรรมชาติและความพึงพอใจของพยาบาลที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องของญาติมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง²⁵ ที่พบว่า การได้รับการเตรียมการคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์และห้องคลอด ควรนำโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ต่อพฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์และระยะเวลาการเบ่งคลอด ไปใช้เป็น แนวทางการดูแลผู้คลอด เพื่อช่วยลดความเจ็บปวด ลดระยะเวลาการเบ่งคลอด และเพิ่มความพึงพอใจต่อการคลอดได้

1.2 ควรศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของครอบครัว เพื่อทำหน้าที่ให้การสนับสนุนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการศึกษา ควรสอดแทรกกิจกรรมดังกล่าวให้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล มุ่งเน้นให้นักศึกษาเรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ครอบครัวของผู้คลอดเข้ามามีส่วนร่วมในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

3.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้การสนับสนุนที่อาจมีผลต่อการเรียนรู้นำความรู้ไปใช้ปฏิบัติกิจกรรม และความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์จริงที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์ ระยะเวลาการเบ่งคลอด และความพึงพอใจของผู้คลอดได้

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยในอนาคต เกี่ยวกับโปรแกรมครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเสี่ยงอื่นๆ เช่น Preterm labor, เบาหวานและความดันโลหิตสูงในหญิงมีครรภ์

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (randomized sampling) ผลการวิจัยอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงกลุ่มประชากรได้

2. การประเมินพฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บปวด กระทำโดยผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลและจัดกลุ่มทดลองและควบคุมเอง โดยผู้วิจัยรับรู้ว่ามีผู้ป่วยที่กำลังศึกษาเป็นกลุ่มใด ไม่มีการ blind จึงมีความเสี่ยงสูงที่ผลการประเมินจะมี bias ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้การเก็บข้อมูลหลายวิธีร่วมกัน เช่น สัมภาษณ์ สังเกต บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง สอบถาม เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือซึ่งเป็นการลด bias ได้ทางหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณหญิงตั้งครรภ์และสามีหรือญาติทุกคนที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย สำหรับคุณค่าและประโยชน์ของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดาและผู้มีพระคุณตลอดจนครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ได้วางรากฐานการศึกษา ประสทธิประสาทวิชาความรู้ให้กับผู้วิจัยมาตราบนานทุกวันนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ. ผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้ความวิตกกังวลระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.

2. สุภาพรณ ทิพย์สัจจะธรรม, ไกรสร อัมมวรรณ. ผลของโปรแกรมนัดบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเจ็บปวดในการเจ็บครรภ์คลอด

ที่โรงพยาบาลสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์].
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

3. หญิง แท่นรัตน. ผลของโปรแกรมส่งเสริม
การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อคะแนนความเจ็บปวด
และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก
[วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.

4. ดารุณี จันทาไชย, กิริยากร ธิระโต, จันทร์เพ็ญ
แพงดวงแก้ว. ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับ
ประคองในระยะคลอด ต่อความเครียดและการรับรู้
ประสบการณ์ การคลอดของมารดาครรภ์แรก
โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร. ว.สภากาพยาบาล
2556; 28: 100-110.

5. กุลธิดา หัตถกิจพาณิชย์กุล, วรรณมา พาหุวัฒนกร,
เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, ดิฐกานต์ บริบูรณ์ศิริรัฐสาร.
ผลของโปรแกรมการสอนร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามี
ต่อการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัย
รุ่นในระยะหลังคลอด. ว.สภากาพยาบาล 2555; 27(4)
:84-95.

6. ศิริวรรณ ยืนยง, นันทน์ภัส รักไทย. ผลของ
การสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความเจ็บ
ปวด ความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อประสบการณ์
การคลอดของมารดาครรภ์แรก. ว.คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา 2554; 19: 68-82.

7. นภา ศรีทองใบ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริม
การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนม
แม่ของหญิงตั้งครรภ์แรก [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี:
มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.

8. เวณิกา พรภุณา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. ผลของ
โปรแกรมต่อความรู้ การควบคุมระดับน้ำตาลและการกล
ลับมารับการรักษาซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน
ชนิดพึ่งอินซูลิน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(2):
135-142.

9. อ้อมใจ พลกายา. การพัฒนาโปรแกรมการ
ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วม
ของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. ว.พยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข 2558; 55-67.

10. สุกัญญา ปานเจริญ. ผลของการใช้โปรแกรม
ส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนจากครอบครัวต่อ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
ครรภ์แรก. ว.การพยาบาลและการศึกษา 2557: 7(3);
113-123.

11. โรงพยาบาลอุดรธานี. สถิติผู้มารับบริการ
คลอดโรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ 2558-2559.

12. อรุณ จิรวัดน์กุล. วิชาสถิติสำหรับงานวิจัย
ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น:
คลังนานาวิทยา; 2548.

13. ปาริฉัตร อารยะจารุ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร,
ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, วรรณมา พาหุวัฒนกร.
ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวล ระดับ
ความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด
ในระยะคลอด ของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. ว.สภากา
พยาบาล 2555; 27(4): 96-108.

14. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ
การมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด.
นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;
2554.

15. จันทร์เพ็ญ ดุชียามี. ผลของเทคนิคการ
ผ่อนคลายด้วยจิตคลุมกายต่อพฤติกรรมการเผชิญ
ความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์
แรกที่มีผู้ช่วยเหลือในระยะแรก [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น:
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.

16. ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์, อำนวย ลอยกุลนันท์,
เสงี่ยม เตชะภัทรกุล, นันทิยา สุวรรณรัตน์. ผลการให้คำ
แนะนำในการปฏิบัติตนอย่างมีแบบแผนต่อการเผชิญ
ความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก
[รายงานการวิจัย]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;
2542.

17. เบญจมาภรณ์ ชูช่วย. ผลของโปรแกรมการ
สนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล
ต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความ
เจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก [วิทยานิพนธ์]. สงขลา:
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.

18. เกษร ไชยพรรณนา, จิราภรณ์ จำปี. การศึกษาพฤติกรรมกรมการเผชิญความปวดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลราชสีโล จังหวัดศรีสะเกษ [รายงานการวิจัย]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.

19. ศศิธร เตชะมวลไววิทย. ความปวดและการจัดการความปวดของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด. ว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2558; 31 :114-24.

20. ธัญญรัตน์ กุลณีจิตต์เมธี. ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย 2560; 6: 158-165.

21. นรภรณ์ ฤทธิเรือง. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์ของผู้คลอด [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.

22. ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, โสมภัทร ศรีไชย. เปรียบเทียบการเตรียมคลอดและวิธีการเบ่งต่อผลการคลอดของมารดาที่คลอดครั้งแรก. ว.พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558; 26: 35-45.

23. วันฉภา สุขยิ่ง, ศศิธร พุ่มดวง, เบญญาภา ธิติมาพงษ์. ผลของการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติร่วมกับการควบคุมลมหายใจเบื้องต้นของโยคะต่อระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอดในหญิงครรภ์แรก. ว.มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2561; 10: 1-12.

24. สุรีย์พร กฤษเจริญ, ปราณิ พงศ์ไพบูลย์, กัญฉวี พลอินทร์, วรางคณา ชัชเวช, สุภาพ มากสุวรรณ. ผลของโปรแกรมการเตรียมญาติเพื่อสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ต่อความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอดวิถีธรรมชาติ และความพึงพอใจของพยาบาล. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์ 2559; 36: 210-21.

25. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง. ความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังกับประสบการณ์จริงในการคลอดบุตรของผู้หญิงไทย. ว.วิชาการสาธารณสุข 2560; 26: 525-32.