



## ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอด ครั้งแรก โรงพยาบาลลำพูน

### Effects of Continuous Labor Support Program on Labor Pain and Childbirth Outcomes among Primiparous Women, Lamphun Hospital

(Received: September 18,2023 ; Revised: September 25,2023 ; Accepted: September 26,2023)

ทัศนีย์ ศรีสุวรรณ<sup>1</sup>

Tassanee Srisuwan<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-groups, pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก ที่แผนกฝากครรภ์และห้องคลอดโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องในเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ของการคลอด แบบบันทึกระดับความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .001 และ .05 ตามลำดับ การใช้ยาบรรเทาปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีสัดส่วนการใช้ยาเร่งคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ :** โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง, การเจ็บปวดในระยะคลอด, ผู้คลอดครั้งแรก

#### ABSTRACT

This quasai-experimental research aimed by a two-groups, pretest-posttest design to investigate the effect of the labor support program on the level of pain and on childbirth outcomes of primiparous in the labor room, Lamphun Hospital. Sample size were 25 normal parturients who received continuous labor support from June to September 2023. The research tools included a labor support program developed by the researcher and data collection forms for demographic data, pregnancy-related information, and childbirth outcomes. Pain perception was assessed using a numerical pain rating scale. Data were analysed by descriptive statistics and independent t-tests.

The results indicated that the group receiving continuous labor support had significantly lower mean pain scores in the active ( $p<.01$ ) and transition phases ( $p<.05$ ) than those who received usual care, The use of pain relief medication was also significantly lower in the continuous labor support group compared to the usual care group ( $p<.05$ ). Additionally, the proportion of women receiving the medication for labor augmentation in the continuous labor support group was significantly lower compared to the usual care group ( $p<.05$ ).

**Keywords:** Continuous birth support program, labor pain, first-time birth attendants

<sup>1</sup> โรงพยาบาลลำพูน



## บทนำ

การคลอตเป็นภาวะวิกฤติตามสถานการณ์สำหรับผู้คลอตทุกคนเนื่องจากเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน<sup>27</sup> ผู้คลอตทุกคนล้วนต้องการให้ความเจ็บปวดบรรเทาลง สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในการคลอตได้อย่างเหมาะสม และผ่านประสบการณ์การคลอตไปได้ด้วยดี<sup>33</sup> หากผู้คลอตไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ คือ ผู้คลอตมีการเผชิญความเจ็บปวดอย่างยากลำบาก จะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้คลอต ทารกในครรภ์ และผลกระทบอื่นๆ รวมถึงอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในระยะหลังคลอตตามมาได้<sup>9</sup> ความเจ็บปวดในการคลอตที่รุนแรงจะเกิดผลกระทบต่อผู้คลอต ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจรวมถึงผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เมื่อผู้คลอตมีความเจ็บปวดมากขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ให้หลั่งฮอร์โมน catecholamine corticosteroid และ adrenocorticotrophic (ACTH) เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้การหดตัวของมดลูกลดลงและไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระยะเวลาในการคลอตยาวนาน<sup>28-32</sup> เกิดการคลอตล่าช้าและอาจสิ้นสุดการคลอตด้วยการใช้สูติศาสตร์หัตถการ<sup>8</sup> ความเจ็บปวดในการคลอตยังส่งผลกระทบต่ออารมณ์ทำให้มีอาการโกรธ ก้าวร้าว กล่าวโทษทารกหรือสามีว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด มีประสบการณ์การคลอตที่ไม่ดีมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้คลอต สามีและทารก การมีเพศสัมพันธ์กับสามี<sup>28</sup> อาจทำให้ผู้คลอตมีประสบการณ์ในทางลบ เป็นผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ของผู้คลอตลดลง เป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพกับทารกแรกเกิด สุขภาพจิตของผู้คลอต และการปฏิบัติพฤติกรรมการเป็นมารดาหลังคลอตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว<sup>42</sup> รวมทั้งส่งผลกระทบต่อความตั้งใจในการมีบุตรคนต่อไปได้<sup>49</sup>

ผลกระทบของความเจ็บปวดต่อทารกในครรภ์ ความเจ็บปวดทำให้มีการกระตุ้นการหลั่ง catecholamine เพิ่มขึ้น ทำให้การไหลเวียนเลือด

ไปเลี้ยงมดลูกและการส่งออกซิเจนไปยังทารกลดลง ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขทารกจะเกิดภาวะเลือดเป็นกรด และอาจทำให้ทารกเกิดภาวะค้ำขื่นในครรภ์ส่งผลต่อสุขภาพทารกในระยะยาว ทารกอาจได้รับอันตรายหรือทารกเสียชีวิตได้<sup>11</sup> จากผลกระทบดังกล่าวพยาบาลผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอตจึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและช่วยให้ผู้คลอตเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และมีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอต การดูแลผู้คลอตให้สามารถคลอตเองได้ทางช่องคลอด จึงเป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะต้องให้การสนับสนุนการคลอตโดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอต ซึ่งเป็นระยะที่ยาวนานที่สุดของการคลอต เพื่อให้มดลูกมีการหดตัวดีการคลอตดำเนินไปได้ตามกระบวนการคลอต การสนับสนุนการคลอตอย่างต่อเนื่องที่จะช่วยให้ผู้คลอตได้รับการตอบสนองตรงตามความต้องการที่เกิดขึ้นในขณะเจ็บครรภ์คลอต ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอต โดยการสนับสนุนด้านร่างกายเป็นการดูแลให้เกิดความสบายและผ่อนคลาย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกายผู้คลอต การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การดูแลกระเพาะปัสสาวะว่างและการไม่จำกัดกิจกรรม เป็นต้น การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ ผู้คลอตเกิดความมั่นใจ ในการคลอต เช่น การอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา การใช้สัมผัส การยอมรับ และการแสดงความเข้าใจ เป็นต้น การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลและข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้คลอต เช่น บอกให้ทราบถึงกระบวนการคลอต การเปิดช่องมดลูก ระยะเวลาที่จะคลอต เป็นต้น ผลของการสนับสนุนในระยะคลอตจะทำให้ผู้คลอต เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีกำลังใจและสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอตได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความเจ็บปวด ความรู้สึกทุกข์ทรมาน ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล<sup>6-53</sup> และทำให้ผู้คลอตเกิด

ความพึงพอใจ ต่อประสบการณ์การคลอด<sup>15-53</sup> การสนับสนุนการคลอดทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการคลอดต่อผู้คลอดและทารก จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในต่างประเทศและการศึกษาในประเทศสามารถสรุปผลลัพธ์การสนับสนุนการคลอดเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการคลอด 2) ด้านความเจ็บปวด และ 3) ด้านจิตสังคม ซึ่งผลลัพธ์ด้านการคลอด ได้แก่ ช่วยลดระยะของการคลอดให้สั้นลง ลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทำให้ Apgar score นาทีที่ 1 และ 5 มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป ลดการใช้ Oxytocin แรงคลอดในระยะรอคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ ผลลัพธ์ด้านความเจ็บปวดคือ ลดความเจ็บปวดในระยะคลอดและลดการใช้ยาาระงับปวดในระยะรอคลอด ผลลัพธ์ด้านจิตสังคม ได้แก่ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม ความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้ทำให้ใช้เวลาในการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง และลดค่าใช้จ่ายลงได้ จากผลดีของการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องตามที่ได้กล่าวมา ผู้คลอดทุกคนควรได้รับการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง<sup>19</sup>

โรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลขนาด 411 เตียงให้บริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ สำหรับหน่วยงานห้องคลอดมีทีมสุขภาพที่ให้บริการประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านสูติ-นรีเวชกรรมจำนวน 6 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการจำนวน 11 คน รับผิดชอบให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ โดยให้การดูแลทั้งในรายปกติและรายครรภ์เสี่ยงสูง ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด จนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด สำหรับสถิติการคลอดของโรงพยาบาลลำพูน ปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 มีจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 2,191, 1,911 และ 1,627 รายตามลำดับ เฉลี่ยประมาณ 160 รายต่อเดือน โดยในปี 2565 มีการคลอดปกติเฉลี่ยร้อยละ 18.10 คลอดโดยใช้เครื่องสุญญากาศเฉลี่ยร้อยละ 18.60 การผ่าตัดคลอดเฉลี่ยร้อยละ 63.30 นอกจากนี้ยังพบว่าสถิติอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากข้อบ่งชี้

จากผู้คลอดต้องการผ่าตัดคลอดในปี 2565 คิดเป็นร้อยละ 3.5<sup>1</sup> ซึ่งจากการสอบถามพบว่าความต้องการผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่ เกิดจากความกลัวการคลอด ไม่อยากเผชิญความเจ็บปวดขณะคลอด มีความไม่เข้าใจเกี่ยวกับกลไกการคลอดโดยธรรมชาติ และขาดความรู้ในการเตรียมตัวและปฏิบัติตัวขณะคลอด มีการดำเนินการให้ความรู้และการเตรียมความพร้อมในระยะตั้งครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่ยังไม่เป็นระบบ มีข้อจำกัดในด้านสถานที่และบุคลากรในคลินิกฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอต่อภาระงาน ส่งผลให้การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่องจนถึงระยะเจ็บครรภ์คลอด ผู้คลอดส่วนใหญ่จึงไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อคลอดจากคลินิกฝากครรภ์ทั้งที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลลำพูนเอง หรือจากสถานพยาบาลเอกชน

ด้วยความสำคัญของการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในห้องคลอด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ได้แก่ ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด การได้รับยาบรรเทาปวด การใช้ยาเสริมการหดตัวของมดลูก และ Apgar score ทารกนาทีที่ 1 และ 5 ของผู้คลอดครรภ์แรก ตามแนวทางการสนับสนุนการคลอดของ Adams & Bianchi โดยทำการศึกษาวิจัย ณ โรงพยาบาลลำพูน ที่มีนโยบายการให้บริการการคลอดคุณภาพ โดยผู้วิจัยเชื่อว่าผลการวิจัยครั้งนี้ จะมีประโยชน์ในการพัฒนางานด้านการพยาบาลในการดูแลผู้คลอด ให้มีคุณภาพและมาตรฐานเพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

### วัตถุประสงค์การศึกษา

เปรียบเทียบความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดได้แก่ ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด การได้รับยาบรรเทาปวด การใช้ยาเสริมการหดตัวของมดลูก และ Apgar score ทารกนาทีที่ 1 และ 5 ของ ผู้

คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-groups, pretest-posttest design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการที่แผนกฝากครรภ์และห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน ที่ได้รับการดูแลแบบปกติจำนวน 25 ราย ระหว่างเดือนมีนาคม 2566 ถึง เดือนพฤษภาคม 2566 และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องในเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 25 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอด (labor support) ของ Adams & Bianchi โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ในระยะตั้งครรภ์ 2) การให้ความรู้ในระยะคลอด

ตอนที่ 2 แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ในระยะคลอด ประกอบด้วย การสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านร่างกาย 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด

2.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ของการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ การเปิดของปากมดลูกแรกเริ่ม การหดตัวของมดลูก การได้รับยาเสริมการหดตัวของมดลูก ระยะรอคลอด การได้รับยาบรรเทาปวด ระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วถึงเปิดหมด และ Apgar score นาทีที่ 1 และ 5

2.3 แบบบันทึกระดับความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Pain Scales) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดจาก 0-10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และคะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดบันทึกในระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว 4-7 เซนติเมตร และระยะเปลี่ยนผ่าน ปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร

### ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการทดลองตามลำดับขั้นตอนดังนี้ กลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ)

ครั้งที่ 1 เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาที่แผนกฝากครรภ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จากนั้นให้การพยาบาลตามปกติ

ครั้งที่ 2 เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์จริง และมาที่แผนกห้องคลอดเข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในระยะเจ็บครรภ์คลอด เมื่อได้รับการประเมินแรกเริ่มและพบว่าปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร และต้องนอนรอคลอดอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ตอบแบบประเมินความปวดชนิดที่เป็นตัวเลขในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน

กลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง) ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ตามขั้นตอนดังนี้

การสนับสนุนระยะตั้งครรภ์ ครั้งที่ 1 เริ่มเมื่ออายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในการเตรียมตัวคลอด เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงของสรีระร่างกายขณะตั้งครรภ์ การดูแลหัวนมและเต้านม ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเตรียมความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด ใช้เวลา 45-60 นาที ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เป็นการฝึกปฏิบัติบริหารร่างกายเตรียมกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การใช้เทคนิคการหายใจ (breathing technique) การเพ่ง และการเบี่ยงเบนความสนใจ (focusing and distraction) การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่า (movement and position) การนวด (massage) การลูบหน้าท้อง (effleurage) และการใช้ดนตรี และแนวทางการใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอดรวมถึงผลข้างเคียงของใช้ยาบรรเทาปวดต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การคลอด และการพาเยี่ยมชมห้องคลอดใช้เวลา 40 นาที

การสนับสนุนในระยะคลอด เมื่อกลุ่มทดลองเจ็บครรภ์จริงมาที่ห้องคลอด ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในระยะเจ็บครรภ์คลอด ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้ผู้คลอดลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง ถ้ามีตามคุณสมบัติไม่ครบทำการคัดออกจากการวิจัยแล้ว ให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลระยะคลอด ภายหลังจากการได้รับการพยาบาลระยะแรกไว้ในห้องคลอด ผู้วิจัยให้การสนับสนุนในระยะคลอดตามโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องทั้ง 4 ด้านและกระตุ้นให้ใช้เทคนิคบรรเทาความปวดตามความต้องการด้วยตนเองตามระยะปากมดลูก อย่างต่อเนื่องสิ้นสุดลงเมื่อปากมดลูกเปิดหมด หรือเมื่อกลุ่มทดลองเกิดความผิดปกติที่แพทย์วินิจฉัยให้คลอดวิธีอื่นก่อนที่ปากมดลูกจะเปิดหมด ผู้คลอดรายนั้นจะอยู่ในความดูแลของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอด

2. ขึ้นประเมินผลระยะคลอดประเมินโดยใช้แบบวัดความปวดแบบตัวเลข ประเมินก่อน-หลังเมื่อไว้ในห้องคลอดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 4-7 เซนติเมตร และระยะเปลี่ยนผ่านปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร และประเมินผลลัพธ์ของการคลอดเมื่อสิ้นสุดการคลอด ผู้วิจัยจะบันทึกระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 การใช้ยาบรรเทาปวด Apgar score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 และการได้รับยาเสริมการหดตัวของมดลูกจากแฟ้มประวัติ ผู้คลอด

### การพิทักษ์สิทธิ์

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน เลขที่ Ethic LPN 018/2565 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของประชากร 2 กลุ่ม (Chi square test, Fisher's exact test for two independents samples) ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความปวดของผู้คลอดครรภ์แรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อมูลผลลัพธ์การคลอดเกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวด และการได้รับยาเร่งคลอด ใช้สถิติ Chi-square เปรียบเทียบคะแนน APGAR score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 โดยใช้สถิติ Man-Whitney U test

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุโดยเฉลี่ย 24.44 ปี อายุระหว่าง 21-25 ปี พบมาก

ที่สุดร้อยละ 40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60 อาชีพรับจ้างและไม่มีอาชีพเท่ากัน ร้อยละ 34 รายได้ของครอบครัว 5,000-10,000 บาทร้อยละ 40 การรับรู้ความสามารถคล่องทางช่องคลอดได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 100 การได้รับยาบรรเทาปวด ร้อยละ 68 การรับยาเสริมการหดตัวของมดลูก ร้อยละ 72 ( $X=24.44$ ,  $SD=4.42$ ) กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุโดยเฉลี่ย 26.50 ปี อายุระหว่าง 21-25 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 45 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45 รายได้ของครอบครัว ร้อยละ 47.50 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด ร้อยละ 100 การได้รับยาบรรเทาปวด ร้อยละ 36 การรับยาเสริมการหดตัวของมดลูก ร้อยละ 36 ( $X=26.50$ ,  $SD=6.27$ )

**2. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อผลลัพธ์การคลอด** ผลลัพธ์การคลอดได้แก่ระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอด ทดสอบด้วยสถิติทดสอบ ค่าที (Independent t-test) และการได้รับยาเสริมการหดตัวของมดลูก โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square และคะแนน Apgar score นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ใช้สถิติ Mann-Whitney U test ไม่พบความแตกต่าง

**3. ข้อมูลเปรียบเทียบความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่านระหว่างกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 7.84 และ 9.88 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่านเท่ากับ 5.64 และ 9.60 ตามลำดับ เมื่อนำคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกลอฟสเมอนอฟ (Kolmogorov-Smirnov Test) พบว่า เป็นโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบกับสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่า การนำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมาใช้ ทำให้กลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง มีความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง

| ประเด็น                              | กลุ่มควบคุม (n=25) |      | กลุ่มทดลอง (n=25) |      | t    | p-value |
|--------------------------------------|--------------------|------|-------------------|------|------|---------|
|                                      | ค่าเฉลี่ย          | S.D. | ค่าเฉลี่ย         | S.D. |      |         |
| ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 เซนติเมตร) | 7.84               | 1.93 | 5.64              | 1.22 | 4.82 | <.001   |
| ระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 เซนติเมตร)     | 9.88               | .44  | 9.60              | .50  | 2.10 | .041    |

## การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก โรงพยาบาลลำพูน โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดเกี่ยวกับความเจ็บปวดขณะรอคลอด ระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอด การใช้ยาบรรเทาปวด การได้รับยาเสริมการหดตัวของมดลูก และ Apgar score นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาตามลำดับสมมติฐานดังนี้

1. ความเจ็บปวดขณะรอคลอด ผลลัพธ์ความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .001 และ .05 ตามลำดับ (ตารางที่ 5) ผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐาน และผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดผู้คลอดมักมีความกลัว ความวิตกกังวลซึ่งมีปัจจัยที่ส่งเสริมได้แก่ สิ่งแวดล้อมในห้องคลอดเป็นสถานที่แปลกใหม่และไม่คุ้นเคย การที่ต้องอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้าทำให้รู้สึกขาดที่พึ่ง เกิดความกลัวและความวิตกกังวลหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นโดยเฉพาะผู้คลอดครั้งแรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน อาจทำให้รู้สึกกลัวตนเองและทารกในครรภ์กำลังเป็นอันตราย ซึ่งการที่มีความกลัวมากเกินไปจะกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน catecholamines เพิ่มมากขึ้นเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมดลูกและรกลดลง กล้ามเนื้อมีความตึงเครียดมากขึ้นส่งผลให้มีความเจ็บปวดเพิ่มมาก

ขึ้น<sup>28</sup> เชื่อมโยงเป็นวงจรต่อเนื่องกันไปที่เรียกว่า กลุ่มอาการความกลัว ความตึงเครียด และความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain syndrome)<sup>13-27</sup> พยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้คลอดมากที่สุดจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้คลอดส่วนใหญ่จะขอความช่วยเหลือ รวมถึงเป็นผู้ที่มีความสามารถเข้าใจถึงปัญหาและมีบทบาทในการให้การดูแลและสนับสนุนในระยะคลอด เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบาย และสามารถเผชิญความเจ็บปวดในการคลอดได้อย่างเหมาะสม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนในระยะคลอดของ อัดัม และเบียนชี<sup>5</sup> มาเป็นพื้นฐานในการจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยเลือกกิจกรรมการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้คลอดในโรงพยาบาลลำพูน มีสาระสำคัญของขั้นตอนการปฏิบัติในการสนับสนุนผู้คลอดอย่างชัดเจน ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด โดยเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์มีการให้ความรู้ ความเข้าใจกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงของสรีระร่างกายขณะตั้งครรภ์ การเตรียมความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานสำหรับการคลอด การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การใช้เทคนิคการหายใจ (breathing technique) การเพ่ง และการเบี่ยงเบนความสนใจ (focusing and distraction) การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่า (movement and position) การนวด (massage) การลูบหน้าท้อง (effleurage) และการใช้ดนตรี และแนวทางการใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอดรวมถึงผลข้างเคียงของใช้ยาบรรเทาปวดต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ ทำให้ผู้คลอดมีความเข้าใจกลไกและธรรมชาติของการคลอด เกิดความตระหนักในการขอใช้ยาบรรเทาปวด ในระยะคลอดมีการประเมินความ

เจ็บปวดตั้งแต่แรกเริ่ม และประเมินความเจ็บปวดอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องจนถึงระยะเบ่งคลอด ทำให้ทีมผู้ให้การดูแลสามารถให้การดูแล เอาใจใส่ช่วยเหลือผู้คลอดได้อย่างใกล้ชิด จึงทำให้ผู้คลอดรู้สึกปลอดภัย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือหวาดกลัวว่าจะเผชิญการคลอดตามลำพัง ช่วยลดความวิตกกังวล นอกจากนี้การประเมินความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของความเจ็บปวด และสามารถให้การพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้อย่างรวดเร็ว สำหรับกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ นั้น ได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาที่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ การใช้เทคนิคการหายใจและการนวด ส่วนในกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาที่หลากหลาย ได้แก่ การจัดทำศีรษะสูง การลูบหน้าท้อง การหายใจ การฟังเสียงดนตรี การประคบร้อนหรือเย็น และการนวด โดยการแจกเอกสารแผ่นพับและแฟ้มให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด ทำให้ผู้คลอดสามารถอ่านทำความเข้าใจได้ในขณะรอคลอด เมื่อผู้คลอดเกิดความสงสัยหรือไม่เข้าใจสามารถสอบถามพยาบาลผู้ดูแลได้ทุกเวลา ส่งผลให้ผู้คลอดมีความรู้ในการจัดการกับความเจ็บปวดมากขึ้น อีกทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้คลอดเป็นผู้เลือกวิธีการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเอง ทำให้ผู้คลอดรู้สึกมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นการฝึกให้ผู้คลอดสามารถตัดสินใจ ควบคุมตนเอง และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งการจัดการความเจ็บปวดดังกล่าว มีหลักฐานอ้างอิงว่าสามารถบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดได้เป็นอย่างดี<sup>38-45</sup> การจัดการความเจ็บปวดดังกล่าวเป็นการช่วยเหลือผู้คลอดทั้งทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>33</sup> นอกจากนี้ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง ยังได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดโดยการ

ใช้ยา การออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงของยาต่อผู้คลอดและทารก และแนวทางในการให้ยาบรรเทาปวด ซึ่งจะให้ในกรณีที่ผู้คลอดมีความเจ็บปวดที่รุนแรงมากขึ้น ทนความเจ็บปวดและควบคุมตนเองไม่ได้ และไม่สามารถใช้เทคนิคต่างๆในการบรรเทาความเจ็บปวด การให้ความรู้ทำให้ผู้คลอดมีความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจที่จะเลือกการจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยใช้ยาได้ด้วยตนเอง ไม่ร้องขอยาบรรเทาปวดเมื่อสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ ส่งผลให้ผู้คลอดสามารถจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ มีความเจ็บปวดลดลง และใช้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอดตามความจำเป็น<sup>42</sup>

2. ระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอด ผลลัพธ์ระยะเวลาระยะที่ 1 ของการคลอดพบว่ากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน และผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาดังนี้ กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ แม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากในระยะ Latent phase ตั้งแต่ผู้คลอดเริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร เป็นการประเมินโดยผู้คลอดเอง ซึ่งหากให้ข้อมูลการเจ็บครรภ์จริงไม่ถูกต้องหรือไม่ชัดเจน อาจส่งผลให้ระยะเวลาการคลอดคลาดเคลื่อนได้ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างอาจน้อยเกินไปทำให้มีกำลังการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติไม่เพียงพอ เพราะเมื่อพิจารณาระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองพบว่า กลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ย 494.98 นาที ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติมีระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ย 436.20 นาที ซึ่งกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีระยะเวลาที่ 1

ของการคลอดมีแนวโน้มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาในการคลอดได้แก่ 1) ช่องทางคลอด (Passage) ตัวบ่งชี้ทางอ้อมคือ อายุ น้ำหนักผู้คลอด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระยะตั้งครรภ์ และส่วนสูง 2) สิ่งที่คลอดออกมา (Passenger) คือ ทารกและรก 3) ปัจจัยที่เกี่ยวกับแรง (Power) ขึ้นอยู่กับการหดตัวของมดลูกและแรงเบ่ง การที่ปากมดลูกจะเปิดขยายได้ดีขึ้นอยู่กับการหดตัวของมดลูกที่สัมพันธ์สมกับการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ทำให้มีการบางตัวและการเปิดขยายของปากมดลูกอย่างต่อเนื่องจนถึงทารกคลอด หากเกิดปัจจัยขัดขวางทำให้การหดตัวไม่เป็นไปตามธรรมชาติ ย่อมส่งผลให้เกิดการคลอดล่าช้าและระยะเวลาในการคลอดยาวนานขึ้น<sup>46</sup> จากองค์ประกอบดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ได้คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยเป็นผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ขนาดของทารกที่คลอดมีน้ำหนักเฉลี่ยใกล้เคียงกันอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ มีน้ำหนักทารกเฉลี่ยประมาณ 2,980 กรัม และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีน้ำหนักทารกเฉลี่ยประมาณ 2,920 กรัม ดังนั้นปัญหาที่เกิดจากความผิดปกติของช่องทางคลอดและขนาดของทารกจึงไม่ส่งผลทำให้ระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาทินี วงศาโรจน์ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการทำนายของอายุ ดัชนีมวลกาย ความวิตกกังวล การสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล การควบคุมตนเอง ต่อระยะเวลาการคลอดของสตรีในระยะคลอด ที่พบว่าการสนับสนุนการคลอดจากพยาบาลไม่สามารถทำนายระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดได้<sup>3</sup> และกุมแล ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนการคลอดทำให้ระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 สั้นลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>16</sup> แต่พบว่ามีความขัดแย้งกับการศึกษาของ อาทิตยา เพิ่มสุข ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่

เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครั้งแรก พบว่ากลุ่มผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวผู้หญิงมีระยะเวลาการคลอดระยะที่ 1 สั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>4</sup> และการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดยังช่วยลดความต้องการการใช้ยาระงับปวดของผู้คลอด ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและระยะเวลาที่ 1 ของการคลอดสั้นกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุน<sup>19-42</sup>

3. การใช้ยาบรรเทาปวด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง มีสัดส่วนของการใช้ยาบรรเทาปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาสนับสนุนสมมุติฐาน และผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาดังนี้ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารของโปรแกรม เกี่ยวกับระยะของการคลอดและให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการคลอด ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการพยาบาลเป็นการให้ข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพให้ความรู้แก่ ผู้คลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด มีเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอด กลไกการเกิดความเจ็บปวดในระยะคลอด ทำให้ผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับกระบวนการคลอดและการรักษา นอกจากนี้ยังมีการสอน สาธิตให้ความรู้การใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา เช่น การใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง การเพ่งจุดสนใจ การ จัดท่า เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้คลอดมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้จะช่วยผ่อนคลายความเจ็บปวดในขณะรอคลอดได้ รวมถึงการให้ผู้คลอดทราบถึงผลข้างเคียงของการใช้ยาบรรเทาปวดที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อตัว ผู้คลอดและทารกในครรภ์ ทำให้ผู้คลอดเข้าใจถึงผลข้างเคียงดังกล่าวและพยายามที่จะปฏิบัติตามการบรรเทาความเจ็บปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา และร้องขอการใช้ยาบรรเทาปวดเมื่อจำเป็นเท่านั้น ผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดจะสามารถเผชิญความ

เจ็บปวดในการคลอดได้ มีความเชื่อมั่น มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดและเข้าใจธรรมชาติของการคลอด ส่งผลทำให้ความวิตกกังวลและความต้องการยาบรรเทาปวดลดลง<sup>33</sup>

4. การได้รับยาเสริมการหดตัวของมดลูก ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีสัดส่วนการใช้ยาเสริมการหดตัวของมดลูกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาสนับสนุนสมมุติฐาน และผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาดังนี้ การได้รับการสนับสนุนทางร่างกาย จิตใจ การดูแลความสุขสบายทางด้านร่างกาย การให้ข้อมูล การช่วยเหลือทั่วไป และให้กำลังใจผู้คลอดในระยะคลอด จะทำให้ผู้คลอดได้รับกำลังใจ มีผู้ดูแลอยู่เป็นเพื่อน คอยกระตุ้นและให้ข้อมูลที่ส่งเสริมการคลอด ช่วยเหลือประคับประคองทางด้านจิตใจจะช่วยให้ผู้คลอดผ่อนคลาย<sup>37</sup> นอกจากนี้ยังไปขัดขวางความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดตามวงจร ของ Dick-read (1984) ตามการศึกษาของ มาณี จันทรโสภา พบว่าการที่ผู้คลอดด้วยรุ่นได้รับ การสนับสนุนทางสังคมมีผลให้ความเจ็บปวดในระยะรอคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.001$ )<sup>2</sup> เมื่อการรับรู้ความเจ็บปวดในระยะรอคลอดลดลง ผู้คลอดจะผ่อนคลาย ที่รู้สึกปลอดภัยลดการหลั่ง Cortisol Adrenalin และ catecholamine ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกปกติจึงไม่มีการใช้ยาเร่งคลอด สอดคล้องกับ Hodnett et al. (2013) ที่มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจำนวน 16 เรื่อง จากผู้คลอด 133,391 คน พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดการใช้ยาเร่งคลอดจะลดลง<sup>19</sup>

5. Apgar score นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ผลลัพธ์ Apgar score นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 พบว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบแผนปกติ มี Apgar score นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่

เป็นไปตามสมมุติฐาน และผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาดังนี้โดยเมื่อคลอดทารกแรกเกิดทั้ง 2 กลุ่มมี Apgar score นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป ทุกราย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากเพราะได้รับคัดเลือกตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ โดยเป็นผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำให้ทั้งสองกลุ่มมีปัจจัยทางด้านร่างกายคล้ายคลึงกัน และมีสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ประกอบกับทั้ง 2 กลุ่ม มีระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดปกติไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (494.98 นาที่ และ 436.20 นาที่) โอกาสที่ทารกจะเกิดภาวะเครียดต่ำ ทารกแรกเกิดทุกคนจึงมี Apgar score อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีกิจกรรมการพยาบาลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด ที่ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านร่างกาย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทน ทำให้ผู้คลอดครรภ์แรกมีความเจ็บปวดในระยะคลอดลดลง การใช้ยาบรรเทาปวดลดลง และการได้รับยาเร่งคลอดลดลงได้ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. หน่วยงานควรมีการนำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และเพื่อเป็นมาตรฐานการบริการพยาบาลของหน่วยงาน

2. การนำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องไปใช้ ควรมีการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานและบุคลากร รวมทั้งมีการกำกับติดตาม



ปรับปรุง และประเมินประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การใช้โปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์

3. หน่วยงานควรมีการติดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดและจัดการความเจ็บปวดในผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสม และทันสมัยตามสถานการณ์

4. ควรนำผลการศึกษาที่ได้เสนอต่อผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน เพื่อพิจารณานำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความเจ็บปวดและผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลลำพูน มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง โดยสรุปเป็นรายงานเสนอต่อ

ผู้บริหารและนำเสนอในการประชุมวิชาการของโรงพยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องเพิ่มเติม เพื่อติดตามผลในระยะยาว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้คลอดให้เหมาะสมและได้มาตรฐาน เช่น การเตรียมให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในห้องคลอดทั้งในขณะรอคลอดและขณะคลอด และการนำโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องไปใช้ในกลุ่มผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

2. ควรมีการติดตามความยั่งยืนในการปฏิบัติตามโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องของบุคลากรในหน่วยงานภายหลังสิ้นสุดการศึกษา

### เอกสารอ้างอิง

- 1.กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน. (2565). รายงานสถิติห้องคลอดประจำปี. ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน.
- 2.มานี จันทรโสภณ. (2555) ผลการสนับสนุนทางสังคมต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 3.วาทินี วงศาโรจน์. (2560) ความสามารถในการทำนายของอายุ ดัชนีมวลกาย ความวิตกกังวล การสนับสนุนการคลอดจากพยาบาล การควบคุมตนเอง ต่อระยะเวลาการคลอดของสตรีในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 4.อาทิตยา เพิ่มสุข. (2550) ผลการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- 5.Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), 106-115.
- 6.Anusomteerakul, S., & Kittiprisada, P. (2013). The effect of health education program and relative assistant on pain, fear, anxiety in primiparous during the first stage of labor. *Journal of Nursing Science & Health*, 36(1), 23-31. [In Thai]
- 7.British Columbia Perinatal Health Program (BCRCP). (2010). *Obstetric: Guideline 4: Pain management option during labor*. Retrieved January 28, 2011, from <http://www.perinatalservicesbc.ca/sites/bcrp/files/Guidelines/Obstetrics/OB4PainManagement.pdf>
- 8.Bryant, H., & Yerby, M. (2004).Relief of pain during labour. In C. Henderson, & S. Macdonal, (Eds.) *Mayes' midwifery: A textbook for midwives* (13th ed., pp. 458-475). Edinburgh: Bailliere Tindall.

- 9.Charlton, J. E. (2005). Pain in pregnancy and labor: Core curriculum for professional education in pain (3rd ed., pp. 1-5). Retrieved January 29, 2011, from <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&contentID=2307#TOC>
- 10.Chunuan S, Somsap Y, Pinjaroen S, et al. Effect of the presence of family members, during the first stage of labor, on childbirth outcomes in a provincial hospital in Songkhla Province, Thailand. *Thai J Nurs Res.* 2009; 13(1): 16-27.
- 11.Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams obstetrics* (23rd ed.). New York: McGraw-Hill. 2014.
- 12.Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, P. A. W. (2008). Processes and stage of labour and birth. In M.R., Davidson, M. L., London, & Ladewig, P. A. W.(Eds.). *Old's Maternal-Newborn Nursing and Woman's Health Across the Lifespan* (8th ed., pp. 576-601). Saddle River, N. J.: Prentice Hall.
- 13.Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without fear: The original approach to natural childbirth*. New York: Harper & Row.
- 14.Dunniho, D. R. (1990). *Fundamentals of gynecology & obstetrics*. Philadelphia: Lippincott.
- 15.Goodman, P., Mackey, M., & Tavakoli, A. (2004). Factors related to childbirth satisfaction.*Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.
- 16.Gumlae, P. (2004). The effect of supportive nursing care and upright position during labor on labor pain, duration of labor and apgar scores of newborn in the first-time mothers. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requiremen for the Degree, Master of Nursing Science,Maternity and newborn Nursing, Facculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- 17.Hamilton, A., (2009). Comfort and support in labour. In D. M. Fraser & M. A. Cooper (Eds.), *Myles textbook for midwives* (15th ed, pp. 493-507). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- 18.Hodnrtt, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., & Sakala, C. (2009). Continuous support for woman during childbirth (Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library, 1. The Cochrane Collaboration. Publish: John Wiley & Sons, Ltd.
- 19.Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for women during childbirth (Review) [Internet]. San Francisco: John Wiley & Sons; 2013 [cited 2016 Mar 25]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/epdf>.
- 20.Jimenez, S. L. M. (2000). Comfort and pain management. In F. H. Nichols & S. S. Humenick(Eds.), *Child birth education: Practice, research and theory* (2nd ed., pp. 157-177).Philadelphia: W.B. Saunders.
- 21.Kerdcharoen, J. (2004). The effect of relaxing music with breathing technique on anxiety and pain in labour. Master's degree, Mahidol University.
- 22.Khadivzadeh, T., & Karimi, A. (2009). The effect of post-birth mother-infant skin to skin contact on first breastfeeding. Retrived August 2, 2011, from <http://www.journals.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/view/4282/1808>
- 23.Kukulu, K., & Demirok, H., (2008). Effect of epidural anesthesia on labor progress. *Pain Mangement Nursing*, 9, 10-16.
- 24.Lang, A. J., Sorrell, J. T., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, 10(3), 263–270.
- 25.Leeman, L., Fontaine, P., King, V., Klein, M. C., & Ratcliffe, S. (2003a). The nature and management of labour pain: Part I. nonpharmacologic pain relief. *American Family Physician*, 68, 1109-1112.
- 26.Leeman, L., Fontaine, P., King, V., Klein, M. C., & Ratcliffe, S. (2003b). The nature and management of labour pain: Part II. pharmacologic pain relief. *American Family Physician*, 68, 1115-1120.
- 27.Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2006). *Maternity nursing* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- 28.Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(5), S16-S24.



29. Lowe, N. K. (2004). Context and process of informed consent for pharmacologic strategies in laborpain care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(3), 250-259.
30. McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson KA, Ashwill JW. *Maternal child nursing*. 5th ed. Canada: Elsevier Saunders; 2018.
31. Melender, H. L. (2002). Experience of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnancy woman. *Birth*, 29, 101-111.
32. Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms : A new theory. *Pain Forum*, 5, 3-11.
33. Murray, S. S., & Mckinney, E. S. (2006). *Foundation of maternal newborn nursing* ( 4 th ed). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
34. Ndala, R. (2005). Pain relief in labor. In D. Stables, & J. Rankin (Eds.) *Physiology in childbearing: With anatomy and related biosciences* (2nd ed., pp. 495-507). Edinburgh: Elsevier. New Zealand Guidelines Group [NZGG]. (2001). *Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines*. Retrieved January 29, 2011, from <http://www.nzgg.org.nz>
35. Orshan, S. A. (2008). *Marternity, newborn, and woman's health nursing: Comprehensive care across the lifespan*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
36. Perry, S. E. (2006). *Marternal child nursing care* (3rd ed.). Missoruri: Mosby Elsevier.
37. Pillitteri, A. (2007). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
38. Phumdong, S., & Good, M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Management Nursing*, 4(2), 54-61.
39. Phumdoung, S., Rattanaparikonn, A., & Maneechot, K. (2004). Pain during the first stage of labour. *Songklanagarind Medical Journal*, 22, 163-171.
40. Promkunta N. *Effect of social support on fear of childbirth among primiparous parturients* [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University. 2016. (in Thai).
41. Puntillo, K. A. (1988). The phenomena of pain and critical care nursing. *Heart and Lung*, 17, 262-271.
42. Sauls, D. A. (2004). Adolescent's perception of support during labor. *Journal of Perinatal Education*, 13(4), 36-42.
43. Schuiling, K. D., & Sampselle, C. M. (1999). Comfort in labor and midwifery art. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 31, 77-81.
44. Sercekus, P., & Okumus, H., (2007). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*. (in press).
45. Simkin, P. (2002). Supportive care during labor: A Guide for Busy Nurses. *Journal of Obstetric, Gyneco logic, & Neonatal Nursing*, 31(6), 721-732.
46. Simkin, P., & Ancheta, R. (2005). *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dyatocia*. 2nd ,Blackwell Publishing, Oxford.
47. Slade, P., Macpherson, S. A., Hume, A., & Maresh, M. (1993). Expectation, experience and satisfaction with labour. *British Journal Clinical Psychology*, 32, 469-83.
48. Techamuanwaiwit S. Pain and pain management of mothers during the fifth stage of labor. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2015;31(1):114-24. (in Thai).
49. Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radested, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factora in a national sample. *Birth*, 31(1), 17-27.



50. Walsh, L. V. (2001). Midwifery community-based care during the childbearing year. New York: W.B. Saunders Company.
51. Wee, M. (2005). How painful is labour? *Woman's Health Medicin*, 2(4), 15-16.
52. Wilson, W. H., & Lowdermilk, P. (2006). *Maternal child nursing care* (3rded.). St.Louis: Mosby
53. Yuenyong, S., & Rakthai, N. (2011). The effect of labor support by close relative on pain, anxiety and satisfaction with childbirth experience among primiparous mothers. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University*, 19(2), 67- 82. [In Thai]