

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความ
เจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอดโรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

Effects of a continuous support program for nurses during labor on pain coping
behavior and satisfaction of birth workers. Kut Chap Hospital Udon Thani Province.

(Received: March 3,2024 ; Revised: March 6,2024 ; Accepted: March 7,2024)

ดวงใจ หาพรหม¹
Duangjai Haphrom¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิด โดยใช้ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Plan) 2) การลงมือปฏิบัติและการสังเกต (Act & Observe) และ 3) การสะท้อนคิด (Reflect) 4) การปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Revised plan) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้คลอดที่มาคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - เดือนธันวาคม 2566 จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความเจ็บปวด และแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติการทดสอบค่าไคส์สแควร์ และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาล ประกอบด้วย กิจกรรม การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านความสุขสบาย และการสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ์ พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลมีระดับความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นหลังที่ได้รับการพยาบาลในทุกระยะของการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีความพึงพอใจในการคลอด โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = 4.03)

คำสำคัญ : โปรแกรม/การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด/พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด/ความพึงพอใจ

ABSTRACT

This research is action research to develop and study the results of a continuous support program for nurses during labor where the cervix opens slowly. Using the action research steps of Kemmis and McTaggart (Kemmis and McTaggart, 1988) consisting of 1) planning (Plan), 2) taking action and observing (Act & Observe), and 3) Reflect (Reflect) 4) Improving the work plan (Revised plan) The sample group includes birth attendants who come to give birth in the delivery room at Kut Chap Hospital. Udon Thani Province Between October 2023 - December 2023, a total of 30 people. Research tools include Nurse Continuing Support Program Personal information questionnaire Pain level assessment form and observation of pain coping behavior during childbirth Analyze data with frequency distribution, percentage, mean, and square value test statistics. and t-test

The results of the research found that the continuous support program for nurses consisted of activities to support mental and emotional aspects. Information support Comfort support and rights protection support. It was found that birth workers who received a continuous support program from nurses had a statistically significant reduction in pain levels ($p < 0.001$) and a high average pain coping behavior

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

score in All stages of birth were statistically significant ($p < .01$) and were satisfied with birth. Overall, it is at the highest level ($\bar{x} = 5.00$, S.D. = 4.03).

Keywords: Program/Coping with labor pain/Pain coping behavior/Satisfaction

บทนำ

ระยะคลอดผู้คลอดจะมีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอเป็นผลต่อการเปิดขยายของปากมดลูกแรงบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกในการผลักดันให้ทารก และรกคลอดออกจากโพรงมดลูกทำให้เกิดความปวด ความปวดในระยะคลอด ถือเป็นปัญหาทางการพยาบาลที่พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อการจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดในระยะคลอด บทบาทหน้าที่นี้เป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด การปล่อยให้ผู้คลอดทรมานจากความปวดเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดความกลัว ซึ่งความกลัวก่อให้เกิดความเครียด ความเครียดเป็นสาเหตุทำให้เกิดการต่อต้านการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกส่งผลให้เกิดความปวด ความปวดในระยะคลอดเป็นความปวดชนิดรุนแรงทำให้ผู้คลอดวิตกกังวลและมีภาวะเครียด จึงเป็นวงจรของอาการกลัว-เครียด-ปวด (FearTension-Pain syndrome) ทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้แสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เอะอะโวยวาย ส่งเสียงดัง ดิ้นทุรนทุราย กระสับกระส่ายและเรียกร้องการดูแลรักษามากกว่าปกติ ตลอดจนไม่ให้ความร่วมมือในระยะคลอด และยังส่งผลให้เกิดการคลอดล่าช้า หรือมีโอกาสต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการ ซึ่งการเผชิญความเจ็บครรภ์ในระยะคลอดของผู้คลอดแต่ละรายมีความแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ของผู้คลอด การเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดจะมากหรือน้อยเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประสบการณ์คลอดครั้งก่อน สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมและการเตรียมคลอด^๑

ผลของการสนับสนุนระยะคลอดโดยเฉพาะด้านร่างกาย ด้านจิตอารมณ์ และข้อมูลข่าวสาร จะทำให้ผู้คลอดสามารถปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้นให้ได้

อย่างเหมาะสม ยอมรับความเจ็บปวดในทางบวก มีความเข้าใจธรรมชาติการคลอด เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดได้ ส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย ช่วยลดความกลัวความวิตกกังวลของผู้คลอด ให้สามารถเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม ควบคุมตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลให้มดลูกมีการหดตัวดี ทำให้ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดดีขึ้น ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้คลอดไม่ได้รับการสนับสนุนระยะคลอด ส่งผลให้ระยะเวลาคคลอดยาวนานขึ้น ผู้คลอดจะรู้สึกอ่อนเพลียหมดแรงทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด¹¹

ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดเพื่อให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม จึงได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดและความพึงพอใจของผู้คลอด ที่ประกอบด้วย การเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) การเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (Physiological coping) และการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (Psychological coping method) โดยพัฒนาและปรับปรุงใช้ของ ปาริฉัตร อารยะจารุ และคณะ (2555)¹² เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดแก่ผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดมาก่อนให้สามารถเผชิญต่อการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีประสบการณ์การคลอดที่ดี และสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจของผู้คลอด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจของผู้คลอด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1990) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนผลการปฏิบัติ ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลพื้นที่วิจัย คือ ห้องคลอด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คลอดที่มีอาการเจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. ที่มาคลอด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 256

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้คลอดที่อายุมากกว่า 18 ปี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดที่มีอาการเจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. ที่มาคลอด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าและออกจากการศึกษาดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) กำหนดคุณสมบัติเพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษา และเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้

คลอดที่โรงพยาบาลกุดจับทุกราย อายุครรภ์ 37-41 สัปดาห์ latent phase มีระยะเวลาน้อยกว่า 20 ชั่วโมงในครรภ์แรก และระยะเวลาน้อยกว่า 14 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง (F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Dwight J. Rouse, Catherine Y. Spong., 2010) ซึ่งระยะปากมดลูกเปิด ทารกอยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนนำ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หรือมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. มีความประสงค์ที่จะคลอดด้วยตนเอง และมีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้ คือ ส่วนที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอด เป็นกิจกรรมรายบุคคลโดยใช้สื่อมีกิจกรรมที่ประกอบด้วย

(1) โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอด ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์-ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 ซม. ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. และปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.

(2) คู่มือสำหรับผู้คลอดในระยะคลอด มีเนื้อหาเกี่ยวกับระยะของการคลอด การปฏิบัติตัวตามระยะของการคลอด วิธีการเผชิญความเจ็บปวด

(3) แผ่นพับวิธีการหายใจบรรเทาปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้า ปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนการคลอด โดยประยุกต์สำหรับใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้คลอดระยะคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์และคลอด จำนวนครั้งและประวัติการฝากครรภ์ ความตั้งใจหรือต้องการมีบุตร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความเจ็บปวด ในระยะคลอด ใช้มาตราวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (numeric rating scales) ของวิกตอเรีย คอวลลิท เคานซิล (Victoria Quality Council, 2007) ซึ่งเป็นเส้นตรงที่กำหนดด้วยตัวเลขและมีความต่อเนื่องกันตลอด จาก 0-10 คะแนน โดยคะแนนต่ำสุดคือไม่มีความเจ็บปวดและคะแนนสูงสุด คือ มีระดับความเจ็บปวดมากที่สุด ซึ่งความเจ็บปวดจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามลำดับจากเลขจำนวนน้อยไปหาเลขจำนวนมาก การประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดโดยให้ผู้คลอดระบุคะแนนบนเส้นตรง ตัวเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกเจ็บปวดด้วยตนเอง (self-report)

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะ latent phase มีระยะเวลา น้อยกว่า 20 ชั่วโมงในครรภ์แรก และระยะเวลา น้อยกว่า 14 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของ วิการ์ตัน (2548) มีค่าความเที่ยงของแบบสังเกต 0.82 สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้คลอด 5 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกของใบหน้า การแสดงออกของคำพูด การแสดงออกของเสียง การแสดงออกของการเคลื่อนไหว และการแสดงออกของการหายใจ โดยแบบวัดนี้เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ช่วง คะแนน คือ 0, 1, 2 ตามลำดับ ซึ่งการให้คะแนนตามลักษณะและการแสดงออก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอด ได้แก่ ด้านการให้บริการพยาบาล ด้าน

ความรู้และการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการให้บริการทั่วไป ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ในแต่ละข้อให้เลือกตอบตามระดับ ความพึงพอใจมากที่สุด 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือพึงพอใจมากที่สุด ได้ 5 คะแนน พึงพอใจมาก ได้ 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง ได้ 3 คะแนน พึงพอใจน้อย ได้ 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรง ความถูกต้อง ครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความและภาษาที่ใช้ การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) นำแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอด ที่ปากมดลูกเปิดช้าที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้คลอดตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 10 ราย โดยให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดจำนวน 5 คนประเมิน จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสังเกตไปหาค่าความเที่ยง (inter-rater reliability) จากการทดลองใช้ ผลของค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ ซึ่งใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 05 โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ เพื่อคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวดและคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอด โดยใช้สถิติทีอิสระ เนื่องจากก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยทดสอบการแจกแจงปกติ (test of normality – Kolmogorov Smirnov: K – S test) Z – test ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) โดยพบว่าคะแนนความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ทั้ง 5 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normal distribution)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 3867

ผลการศึกษา

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน – กันยายน พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจของผู้คลอด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม (Focus Group) ระหว่างผู้คลอด และพยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอด โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า โรงพยาบาลกุดจับ จากข้อมูลปีงบประมาณ 2564 - 2566 มีผู้คลอด 163, 115, 133 เฉลี่ยต่อเดือน 14, 10 และ 12 ราย มีผู้คลอดที่ไม่ผ่านการเตรียมความพร้อมในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด คิดเป็นร้อยละ 19.63, 14.78 และ 16.54 ตามลำดับ (สถิติงานห้องคลอด โรงพยาบาลกุดจับ, 2566) ข้อมูลจากสถิติดังกล่าวพบว่า ผู้คลอดร้อยละ 80 มีพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์ คือ การร้องไห้ ร้องเสียงดังโวยวาย ดันทรวงทรวง ขอบาบรรเทาปวด เรียกร้องต้องการ

ขอผ่าตัดคลอด โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรกร้อยละ 90 เกิดผลกระทบ ได้แก่ ไม่พึงพอใจต่อการมารับบริการคลอด เกิดประสบการณ์ในการคลอดไม่ดี จากรายละเอียดข้างต้น หากผู้คลอดเกิดความเครียดในระยะรอคลอดยาวนานอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ระยะการคลอดยาวนาน (Cunningham, 2019) ดังนั้น การส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อให้ผู้คลอดทนต่อความเจ็บปวดและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดอย่างเหมาะสมจะสามารถทำให้ผู้คลอดลดผลกระทบในระยะคลอดได้

2. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้คลอดมีอายุน้อยสุด 20 ปี สูงสุด 34 ปี อายุเฉลี่ย 27.28 ปี (SD = 1.24) ด้านสถานภาพสมรส ร้อยละ 100.00 และอาศัยอยู่กับอยู่กับสามีร้อยละ 66.67 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส ร้อยละ 33.33 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 40.00 รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 6,000 - 20,000 บาท ข้อมูลการตั้งครรภ์พบว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 7-12 สัปดาห์ ร้อยละ 40.00 มีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ร้อยละ 53.33 ประวัติการฝากครรภ์สม่ำเสมอตามนัดร้อยละ 80.00 มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์หรือต้องการมีบุตรร้อยละ 86.67

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดของก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลพบว่า ระดับความเจ็บปวดระยะคลอด ระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด (M = 3.56 SD = 0.65) และหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด (M = 2.20 SD = 0.50) ดังนั้น หลังได้รับโปรแกรมผู้คลอดมีระดับ

ความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตรต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.28, p < .001$)

ระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ($M = 7.60$ $SD = 0.50$) และหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ($M = 5.84$ $SD = 0.68$) หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตรต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.34, p < .001$)

ระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ($M = 9.72$ $SD = 0.45$) และหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ($M = 7.88$ $SD = 0.60$) ดังนั้น หลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตรต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.18, p < .001$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาล พบว่า ระดับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร ก่อนที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ($M = 7.84$ $SD = 0.89$) และหลังที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ($M = 10.00$ $SD = 0.00$) ดังนั้น หลังที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตรเหมาะสมมากกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.02, p < .001$)

ระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ก่อนที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ($M = 5.60$ $SD = 0.57$) และหลังที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ($M = 8.16$ SD

$= 0.74$) ดังนั้น หลังที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร เหมาะสมมากกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.56, p < .001$)

ระยะคลอดที่ปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ก่อนที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ($M = 3.88$ $SD = 0.52$) และหลังที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ($M = 6.56$ $SD = 0.65$) ดังนั้น หลังที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร เหมาะสมกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.01, p < .001$)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาล ในระยะคลอด พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดของผู้คลอด มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 5.00, S.D. = 4.03$) และเมื่อพิจารณาแต่ละหัวข้อ พบว่า ความสุภาพ อ่อนน้อม ยิ้มแย้มแจ่มใส วาจาสุภาพ ความสนใจเอาใจใส่เต็มใจช่วยเหลือ การตอบข้อสงสัยแก้ท้อและญาติด้วยความเต็มใจ การให้ข้อมูลคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ มีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเอาใจใส่ดูแล และความชัดเจนในการให้ข้อมูลและตอบข้อสงสัย มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 5.00, S.D. = 4.32$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอด พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <$

.001) ซึ่งแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ (Schaffer, 2013)¹³ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการแลกเปลี่ยนแหล่งประโยชน์ที่ทั้งผู้ให้การสนับสนุน และผู้รับการสนับสนุนต่างรับรู้ว่าจะช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้รับการสนับสนุน ผู้ให้แรงสนับสนุนต้องมีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการก่อนที่จะให้การช่วยเหลือเพื่อเข้าใจตรงกัน แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้คลอดระยะคลอดที่ได้จากพยาบาลช่วยให้ผู้คลอดมีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกปลอดภัย มีความพึงพอใจต่อการคลอดและมีผลลัพธ์การคลอดที่ดี ดังนั้น ในระยะคลอดผู้ให้การสนับสนุนที่สำคัญจึงเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้รับการสนับสนุนผู้คลอด ดังนั้น การดูแลผู้คลอดที่เป็นผู้คลอดโดยให้การสนับสนุนในระยะคลอดทั้ง 4 ด้านโดยพยาบาลที่สอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ เป็นการดูแลที่ครอบคลุมความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ การสนับสนุนดูแลตั้งแต่ระยะแรกเริ่มแบบต่อเนื่องตลอดการคลอด ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดสามารถเผชิญการคลอด ได้ดีขึ้น และมีพฤติกรรมแสดงออกในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดเหมาะสมกว่ากลุ่มหญิงวัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ สามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดทำให้กลุ่มทดลองรู้สึกไม่ได้อยู่โดยลำพัง พยาบาลห้องคลอดที่ให้การสนับสนุนได้ให้การดูแล เห็นอกเห็นใจ พุดคุยสร้างกำลังใจ สร้างความมั่นใจช่วยเหลือให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายส่งผลให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองและมีพฤติกรรมการเผชิญในระยะคลอดที่เหมาะสมจึงเป็นผลให้ผู้คลอดเกิดการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีสอดคล้องกับ ที่ศึกษาผลการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดพบหลังใช้โปรแกรมมีความเจ็บปวดในระหว่างคลอดน้อยกว่าแต่มีประสบการณ์การคลอดที่ดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมและจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการสนับสนุนใน

ระยะคลอดโดย พบว่าการสนับสนุนในระยะคลอดเป็นโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวกโดยเฉพาะถ้าผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดเป็นบุคคลที่ผู้คลอดเลือกเองจะยิ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกมากขึ้น²

การวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในระยะคลอดต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอด ทำให้ผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดเหมาะสมกว่าผู้คลอดก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้สามารถอธิบายผลการศึกษาดังกล่าวด้วยหลักของการสนับสนุนการคลอดทั้ง 4 ด้าน อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนคลอด ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ ทำให้รู้สึกได้รับความรัก ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้สามารถบรรเทาความเจ็บปวด ช่วยให้ตัดสินใจและเผชิญกับความเจ็บปวดได้ด้วยความมั่นใจ (2) การสนับสนุนด้านข้อมูล ทำให้ได้รับความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทาง ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเจ็บปวด เกิดการจัดรูปแบบพฤติกรรมที่เหมาะสม (3) การสนับสนุนด้านความสุขสบาย ทำให้ได้รับการดูแลความสุขสบายทั่วไป ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายมีพลังสำรองพร้อมที่จะปรับตัวและเผชิญกับความเจ็บปวดได้ต่อไป (4) การสนับสนุนด้านการพิทักษ์สิทธิ์ ทำให้ได้รับการดูแลตามสิทธิที่ควรได้รับจากผู้ให้บริการในระยะคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลเป็นคุณภาพการให้บริการที่ครอบคลุมทุกด้านและตรงกับความต้องการทุกระยะของการคลอด ทำให้ผู้คลอดบรรเทาความเจ็บปวดและสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม^{6,7}

ข้อเสนอแนะ

1. ห้องคลอดสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลมาให้บริการผู้คลอดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 ซม. ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สอดคล้องตามมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะปากมดลูกเปิด โดยกิจกรรมการสนับสนุนครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ตามระยะของการคลอด คือ การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ การสนับสนุนด้านความสบาย การสนับสนุนด้านข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ เพื่อช่วยให้ผู้คลอดมีความเจ็บปวดลดลงและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม ส่งผลให้มีผลลัพธ์ที่ดีต่อการคลอด

2. ผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะปากมดลูกเปิด โดยให้พยาบาลห้องคลอดนำ

โปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของพยาบาลในผู้คลอดไปใช้ในการดูแลผู้คลอดร่วมกับการให้บริการพยาบาลตามปกติในแต่ละระยะของการคลอด เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และมีการประเมินผลการใช้เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้น

3. นำผลที่ได้จากการวิจัยถ่ายทอดแก่พยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้คลอดให้มีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลตลอดระยะคลอด เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ กับความต้องการและสามารถปฏิบัติได้ตามบทบาทหน้าที่อิสระ เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดให้มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สีนินาฏ หงษ์ระนัย, อรุณีพึ้งแพง. การใช้เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะที่หนึ่งของการคลอด: การใช้ผลงานวิจัย. กรุงเทพฯ: แคนเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น; 2555.
2. Adams, S. S., Eberhard - Gran, M., & Eskild A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119, 1238-1246.
3. Adolescent Mothers Panyoi, P., Phumdoung, S., & Thiptamphong, B. (2015). Fear of childbirth and coping strategies of adolescent pregnant women. *Journal of Nursing Science and Health*, 38(4), 34-43. [In Thai]
4. Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica*, 80, 315-320
5. Amen Ness, MD Jay Goldberg, MD Vincenzo Berghella, MD. Abnormalities of the First and Second Stages of Labor. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2005;32: 201-220
6. Anusornteerakul, S., & Kittiprasada, 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. Balaskas, J. (1992). Active birth: The new approach to giving birth naturally. *Harvard Common*.
8. Bodil Wilde-Larsson RNT, PhD, Ingegerd Hildingsson RNMT, PhD, Ann-Kristin Sandin-Bojo RNMT, PhD. Prevalence of Prolonged Latent Phase and Labor Outcomes: Review of Birth Record in Swedish Population. *Journal of midwifery & woman's Health*. [Published online: 08 Feb 2023–Volume 63–Issue 1. [Internet]. Available from: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12704>.
9. Varney H, Kriebs JM, Geger CL. Varney's midwifery. 4th ed. Massachusetts: Jones and Bartlett; 2004.
10. WHO Health Organization. (2014). Adolescent pregnancy. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/publication/publist.htm>.



11. ปาริฉัตร อารยะจารุ. (2555) ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรม การ
เผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก . มหาวิทยาลัยมหิดล/กรุงเทพฯ. DOI :
https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/MU.the.2012.135
12. Schaefer MA. Social Support: Journal of middle Range Theories Application to Nursing Research. 2nded.
Philadephia: Lippincott Williams and Wilkins.2013