ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด ต่อความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และระยะเวลาการรอคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ณ โรงพยาบาลอุดรธานี

The Effects of a Family Support Program during the First Stage of Labor on Fear, Stress, Pain, and The Duration of the First Stage of Labor among Primiparous Women at Udon Thani Hospital.

(Received: June 5,2026 ; Revised: June 10,2026 ; Accepted: June 14,2026)

อรทัย ใจกว้าง[1] ศิตานันท์ วรรณเสน[2]
Orathai Jaikwang[1] Sitanan Wannasen[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด ต่อความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และระยะเวลาการรอคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ณ โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 60 ราย คัดเลือกตามกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลทางสูติศาสตร์ แบบประเมินความกลัวในระหว่างเจ็บครรภ์คลอด แบบประเมินระดับความเครียด ST-5 และแบบประเมินระดับความเจ็บปวด มีค่าเชื่อมั่นเท่ากับ .87 .80 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าทีอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด มีความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวด น้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p<.001) และมีระยะเวลาการรอคลอดน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p<.001)

คำสำคัญ: การสนับสนุนของญาติ, ความกลัว, ความเครียด, ความปวด, ผู้คลอดครรภ์แรก, ระยะเวลาการรอคลอด

Abstract

This study was a quasi-experimental, two-group design consisting of control and experimental groups, with outcomes measured before and after the intervention. This study aimed to examine the effects of a family-support program during the first stage of labor on fear, stress, pain, and the duration of the first stage of labor among primiparous women at Udon Thani Hospital. Participants were purposively selected according to predetermined eligibility criteria and were assigned to either the experimental group (n = 30) or the control group (n = 30). The research instruments consisted of: a family-support program during the first stage of labor, a personal data record form, an obstetric data record form, a fear of childbirth assessment scale, the ST-5 stress assessment scale, and a pain intensity assessment scale. The reliability coefficients of the latter three instruments were .87, .80, and .90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the independent t-test.

[1] โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี Correspondence author: sitanan@udru.ac.th

The results showed that, after participating in the program, the experimental group receiving the family-support program during the first stage of labor had significantly lower levels of fear, stress, and pain than primiparous women who received routine nursing care ($p < .001$). In addition, the duration of the first stage of labor in the experimental group was significantly shorter than that of the control group ($p < .001$).

Keyword: Family Support, Fear, Stress, Pain, among Primiparous Women, Duration of the First Stage

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นกลไกค่อนข้างซับซ้อน เป็นความปวดที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งหากผู้คลอดไม่ได้รับการจัดการความปวด และไม่สามารถเผชิญความปวดได้อย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ตามมา การที่ผู้คลอดจะสามารถเผชิญความปวดได้มากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางร่างกาย เช่น ความรุนแรงของการหดรัดตัวของมดลูก และปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล และประสบการณ์ความปวดที่เคยผ่านมา[1] ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้คลอดอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์แรก[2]

ความเจ็บปวดระหว่างการเจ็บครรภ์คลอดมักเริ่มจากระดับเล็กน้อยและทวีความรุนแรงขึ้นจนถึงระดับสูงสุด ส่งผลให้ผู้คลอดครรภ์แรกบางรายไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และอาจแสดงพฤติกรรม เช่น ร้องไห้ ส่งเสียงดัง หรือดิ้นรน[2] ซึ่งสะท้อนถึงความไม่สุขสบาย ความตึงเครียด และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทั้งทางกายและใจ ปัจจัยทางอารมณ์เหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Dick-Read[1] ที่อธิบายว่า ความเจ็บปวดของการเจ็บครรภ์คลอด เกิดจากวงจรของ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง คือ ความกลัว-ความเครียด-และความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain syndrome) โดยความกลัวจากการเจ็บครรภ์คลอดนำไปสู่ความตึงเครียด ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น และความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นยิ่งกระตุ้นให้เกิดความกลัวจนเกิดเป็นวงจรต่อเนื่องไม่สิ้นสุด

ความกลัว ความเครียด และความปวด เป็นผลมาจากการรับรู้ความปวดในการคลอดเพิ่มขึ้น โดยระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนแคทีโคลลามีนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดความตึงตัว การหดรัดตัวของมดลูกลดลง เกิดความก้าวหน้าในการคลอดล่าช้า[5] นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการยับยั้งฮอร์โมนออกซิโทซิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนสำคัญที่ทำให้เกิดการหดรัดตัวของมดลูก และทำให้ปากมดลูกมีการเปิดขยาย ซึ่งหากผู้คลอดมีความกลัว ความเครียด และความปวดมาก ฮอร์โมนออกซิโทซินจะถูกยับยั้ง จึงมีโอกาสเกิดการคลอดล่าช้า เจ็บครรภ์คลอดเป็นเวลายาวนาน และทารกในครรภ์มีโอกาสได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และยังเพิ่มโอกาสในการใช้สูติศาสตร์หัตถการเข้ามาเพื่อช่วยคลอด[6] ดังนั้นการดูแลให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวด และลดความรู้สึกทุกข์ทรมานได้เป็นเป้าหมายที่สำคัญอย่างหนึ่งของการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด

Dick-Read[1] ได้เสนอการเตรียมการคลอดที่มุ่งเน้น ให้ผู้คลอดปราศจากความกลัว เพื่อตัดวงจรความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเตรียมร่างกายให้พร้อมเพื่อการคลอด การประคับประคองจิตใจและอารมณ์ จะสามารถหยุดวงจรนี้ได้ ซึ่งเชื่อว่าการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในขณะรอคลอด และการให้สามีหรือญาติ มีส่วนร่วมช่วยเหลือในระยะคลอด จะสามารถลดความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดได้ จึงเป็นวิธีการสนับสนุนในระยะรอคลอดที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากให้

ความสำคัญของการสนับสนุนในด้านจิตใจและอารมณ์เป็นอันดับแรก[1]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้เลือกญาติเข้ามาให้การสนับสนุนในระยะคลอด ทำผู้คลอดเกิดความมั่นใจ ไม่โดดเดี่ยว ไม่ต้องเผชิญการคลอดโดยลำพังจึงช่วยลดความกลัวในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7] และยังพบอีกว่าการนำสามีหรือสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ทำให้ลดความกลัวในระยะคลอดของผู้คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความกลัวของผู้คลอด ที่เกิดจากการที่ต้องอยู่คนเดียวในขณะเจ็บครรภ์ จึงช่วยตัดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดได้[8] นอกจากนี้ยังพบว่า การสอนให้สามีหรือญาติช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้คลอดมีกำลังใจและสามารถปฏิบัติวิธีการผ่อนคลายความปวดในระยะคลอดได้ จะช่วยให้ผู้คลอดผ่อนคลายจากความกลัว ความวิตกกังวล สามารถเผชิญต่อความปวดในระยะคลอดได้ ซึ่งจะส่งผลให้การคลอดมีความก้าวหน้า และผ่านพ้นการคลอดได้อย่างปลอดภัย อีกทั้งยังช่วยลดระยะเวลาการรอคลอดในระยะที่ 1 ได้[4]

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด ต่อความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และระยะเวลาการรอคลอดในผู้คลอดครรภ์ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเตรียมตัวคลอดของ Dick-Read[1] ร่วมกับการทบทวนวรรณ ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนในระยะที่ 1 ของการคลอด 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้คลอด โดยให้ญาติ 1 คนที่ผู้คลอดไว้วางใจ มาอยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจ และช่วยเหลือผู้คลอดตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด จะส่งผลให้ผู้คลอดลดความตึงเครียดด้านจิตใจ จะสามารถลดความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดและลดระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดได้ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องกายวิภาค และสรีรวิทยาเกี่ยวกับการคลอด 3) การสนับสนุนด้านร่างกายให้พร้อมเพื่อการคลอด โดยการจัดท่ามณีเวช ได้แก่ การเดิน การยืน นั่งขัดสมาธิ และท่าผีเสื้อ ซึ่งจะทำให้ช่องเชิงกรานกว้างขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ และส่งผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลมารดารอคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อช่วยตัดวงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และลดระยะเวลาการรอคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (Quasi-experimental research) ประกอบ ด้วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด ต่อความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และระยะเวลาการรอคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก ที่มารอคลอดและคลอดบุตร ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนมีนาคม–กันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดบุตร ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดครรภ์แรกที่มารอคลอดและคลอดบุตรที่ห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือน มีนาคม - กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ได้มาจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน[9] โดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 อำนาจทดสอบ (power) = .80

จำนวนตัวแปร (number of predictors) = 4 และขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.70 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน ทั้งนี้ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ15 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบข้อคำถามและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 60 คน คัดเลือกตามกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ตั้งครรภ์เดี่ยว 2) อายุ 20 - 34 ปี 3) ผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่ได้รับการชักนำการคลอด 4) อายุครรภ์ 38 – 40 สัปดาห์ 5) เมื่อแรกรับปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร หรือการหดรัดตัวของมดลูก interval 5 - 10 นาที, duration 30-45 วินาที, intensity +1+2 6) ไม่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ รกเกาะต่ำ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด รกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น 7) สามารถสื่อสารภาษาไทยโดยการพูด การอ่าน การเขียนได้ และไม่มีปัญหาในการได้ยิน 8) ญาติที่มาช่วยให้การสนับสนุนการคลอดเป็นสามีหรือญาติผู้หญิงอายุ 20-60 ปี สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว

เกณฑ์การคัดออก คือ ได้รับการช่วยด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด หรือการใช้สูติศาสตร์หัตการ ได้แก่ คีมช่วยคลอด และเครื่องดูดสูญญากาศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1
ของการคลอด สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดวิธีการเตรียมตัวคลอดของ Dick-Read[1] ร่วมกับการทบทวนวรรณในระยะที่ 1 ของการคลอด ประกอบไปด้วย การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้คลอด โดยให้ญาติ 1 คนที่ผู้คลอดไว้วางใจ มาอยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจ และช่วยเหลือผู้คลอดตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด จะส่งผลให้ผู้คลอดลดความตึงเครียดด้านจิตใจ จะสามารถลดความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดได้ การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องกายวิภาค และสรีรวิทยาเกี่ยวกับการคลอด การสนับสนุนด้านร่างกายให้พร้อมเพื่อการคลอด โดยการจัดท่ามณีเวช ได้แก่ การเดิน การยืน นั่งขัดสมาธิ และท่าผีเสื้อ ซึ่งจะทำให้ช่องเชิงกรานกว้างขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ และส่งผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น

2. แบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางสูติศาสตร์ ได้แก่ อายุครรภ์ การเปิดของปากมดลูกเมื่อแรกรับ การหดรัดตัวของมดลูก น้ำหนักทารกแรกเกิด และบุคคลที่ไว้วางใจ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความกลัวการเจ็บครรภ์คลอด (Delivery Fear Scales : DFS) เป็นการวัดความรู้สึกกลัวของมารดาในระยะเจ็บครรภ์คลอด ของ Alehagen[10] แปลเป็นภาษาไทยแบบ Back translation โดยวันเพ็ญ ไสยมรรคา[11] ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ คำตอบมีให้เลือก 10 ระดับ (1=ไม่จริงที่สุด และ 10 เป็นจริงมากที่สุด) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10 ถึง 100 คะแนน แบ่งระดับความกลัวได้เป็น 2 ระดับ คือคะแนน 10-69 คะแนน หมายถึง มีความกลัวในระหว่างการเจ็บครรภ์คลอดระดับปกติ และคะแนนรวม $\geq$ 70 คะแนน หมายถึง มีความกลัวในระหว่างการเจ็บครรภ์คลอดระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความเครียด ซึ่งใช้แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา (ST-5) ของอรวรรณ ศิปะกิจ[12] อ้างในกรมสุขภาพจิต[13] ประกอบด้วยข้อ

คำถาม 5 ข้อ ตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 12 คะแนน แบ่งระดับความเครียดได้ 3 ระดับ คือ คะแนนรวม 0 - 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง คะแนน 5 - 7 คะแนน หมายถึง สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด ควรผ่อนคลายความเครียด คลี่คลาย ด้วยการพูดคุยหรือปรึกษาหารือกับคนใกล้ชิด และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียด สูงในระดับที่อาจจะส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดหลัง นอนไม่หลับ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินระดับความเจ็บปวด ใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (numeric rating scales) ของ Victoria Quality Council[14] ซึ่งเป็นเส้นตรงที่กำหนดด้วยตัวเลขและมีความต่อเนื่องกันตลอด จาก 0-10 คะแนน โดยคะแนนต่ำสุดคือไม่มีความเจ็บปวดและคะแนนสูงสุดคือมีระดับความเจ็บปวดมากที่สุด ซึ่งความเจ็บปวดจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามลำดับจากเลขจำนวนน้อยไปหาเลขจำนวนมาก การประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดโดยให้ผู้คลอดระบุคะแนนบนเส้นตรง ตัวเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกเจ็บปวดด้วยตนเอง (self-report)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังนี้ 1) ได้นำโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity index) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูติศาสตร์ 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูติศาสตร์ 3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้คลอด คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้คลอดที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง 2) แบบประเมินความกลัวการเจ็บครรภ์คลอด คลอด 3) แบบประเมินระดับความเครียด และ 4) แบบประเมินระดับความเจ็บปวด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 .80 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด ที่แผนกห้องคลอด จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และให้ลงรายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบประเมินความกลัวการเจ็บครรภ์คลอด แบบประเมินระดับความเครียด และแบบประเมินระดับความเจ็บปวด (ก่อนการทดลอง) โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อน จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมดังนี้

ส่วนที่ 1 ขั้นการทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับการสนับสนุนโดยญาติร่วมกับการดูแลตามปกติ ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับผู้คลอดเข้าสู่โปรแกรม เริ่มดำเนินการเมื่อรับผู้คลอดเข้าสู่ห้องคลอด และได้รับการยืนยันว่าอยู่ในระยะเจ็บครรภ์จริง โดยมีปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร หรือมีการหดรัดตัวของมดลูกห่างกันทุก 5–10 นาที ระยะเวลาการหดรัดตัว 30–45 วินาที และความแรงระดับ +1 ถึง +2 ภายหลังรับไว้ดูแล ผู้วิจัยดำเนินการประเมินระดับความกลัวการคลอด ระดับความเครียด และระดับความเจ็บปวด จากนั้นให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่และขั้นตอนการดูแลภายในห้องคลอดแก่ผู้คลอดและญาติ ก่อนพาเข้าสู่ห้องรอคลอดที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการดำเนินโปรแกรม ใช้เวลาในการดำเนินการเบื้องต้นประมาณ 10 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ โดยให้ญาติ 1 คนที่ผู้คลอดไว้วางใจเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อให้การสนับสนุนทางจิตใจอย่างใกล้ชิด ญาติจะมีบทบาทในการให้กำลังใจ พูดปลอบโยน สัมผัสหรือจับมือเพื่อสร้างความอบอุ่นใจ รวมถึงช่วยดูแลความต้องการเบื้องต้น เช่น ช่วยจัดท่าทางให้สบาย ช่วยเช็ดเหงื่อ และช่วยดูแลจัดท่าเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

ขั้นตอนที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้คลอดและญาติ ด้วยการเปิดวีดีทัศน์เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ประกอบด้วย 1) ระยะของการคลอด 2) การเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก 3) การหดรัดตัวของมดลูก 4) วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ภายหลังรับชมวิดีทัศน์ ผู้วิจัยให้ผู้คลอดและญาติอธิบายย้อนกลับเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ใช้เวลา 5 นาที ทั้งนี้ หากผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะช่วยขจัดความกลัวจากความไม่รู้และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องได้ ใช้เวลารวม 15 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกท่ามณีเวช โดยผู้วิจัยเปิดวิดีทัศน์สาธิตการจัดท่ามณีเวชให้ผู้คลอดและญาติรับชม ประกอบด้วยท่ายืน เดิน และนั่งขัดสมาธิ ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในระยะ Latent phase โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง และท่านั่งผีเสื้อซึ่งเริ่มปฏิบัติเมื่อปากมดลูกเปิด ≥ 3 เซนติเมตร โดยให้ผู้คลอดนั่งหลังตรง กางขา ฝ่าเท้าประกบ มือจับเท้า แขนเหยียดตรง กดเข่าให้ชิดพื้นมากที่สุด ค้างนับ 1–20 แล้วผ่อนมือและหายใจออก ทำซ้ำ 3 ครั้งนับเป็น 1 รอบ พักเหยียดขา และปฏิบัติทุก 20 นาที (ประมาณ 3 รอบต่อชั่วโมง) จนกระทั่งปากมดลูกเปิดครบ 10 เซนติเมตร จึงย้ายเข้าสู่ห้องคลอด

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผล ผู้วิจัยติดตามช่วยเหลือญาติ ภายหลังที่เข้ามาให้การสนับสนุน ทุก 1-2 ชั่วโมง นอกจากนี้กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การตรวจวัด สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง การประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง การฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase (ปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร) ผู้วิจัยทำการประเมินหลังการทดลอง โดยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความกลัวการคลอด แบบประเมินระดับความเครียด และแบบประเมินระดับความเจ็บปวดภายหลังคลอด 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยบันทึกระยะเวลาการรอคลอดของกลุ่มทดลองแต่ละราย

ส่วนที่ 2 กลุ่มควบคุม เริ่มต้นเมื่อรับผู้คลอดไว้ดูแลในห้องคลอดซึ่งผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์จริง ปากมดลูกเปิดขยายไม่เกิน 3 เซนติเมตร หรือมีการหดรัดตัวของมดลูกห่างกันทุก 5–10 นาที ระยะเวลาการหดรัดตัว 30–45 วินาที และความแรงระดับ +1 ถึง +2 ผู้วิจัยทำการประเมินระดับความกลัวการคลอด ระดับความเครียด และระดับความเจ็บปวด จากนั้นผู้คลอดได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของห้องคลอดตามปกติ

เมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase (ปากมดลูกเปิด 5–7 เซนติเมตร) ผู้วิจัยทำการประเมินซ้ำ ได้แก่ ระดับความกลัวการคลอด ระดับความเครียด และระดับความเจ็บปวด และภายหลังคลอด 2 ชั่วโมง ผู้วิจัยบันทึกระยะเวลาการรอคลอดของผู้คลอดในกลุ่มควบคุมแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

2. ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด และระยะเวลาการรอคลอดระยะที่ 1 ของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบอิสระ (Independent t-test)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ 29/2567 ให้ไว้ ณ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 25.00 ปี (SD = 4.70) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 24.00 ปี (SD = 4.11) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีอาชีพแม่บ้าน และอาศัยอยู่กับสามี ข้อมูลทางสูติศาสตร์พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ระหว่าง 38–39 สัปดาห์ เมื่อแรกรับมีการเปิดของปากมดลูกเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และน้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน และบุคคลที่ไว้วางใจวางที่สุด คือ สามี รองลงมาคือ มารดา เมื่อนำข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติศาสตร์มาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติทดสอบค่าทีอิสระ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันและสามารถเปรียบเทียบผลการทดลองได้

2. การเปรียบเทียบคะแนนความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดก่อนการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับตัวแปรตามใกล้เคียงกันก่อนการได้รับโปรแกรม รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean	SD	t	df	*p*
ความกลัว	กลุ่มทดลอง	30	52.20	7.46	1.36	46.12	.179
	กลุ่มควบคุม	30	55.59	13.05			
ความเครียด	กลุ่มทดลอง	30	1.00	0.64	1.69	49.50	.096
	กลุ่มควบคุม	30	1.36	0.99			
ความเจ็บปวด	กลุ่มทดลอง	30	3.63	0.99	1.93	48.62	.060
	กลุ่มควบคุม	30	4.30	1.60			

3. การเปรียบเทียบคะแนนความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดหลังการทดลอง

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอดมีผลต่อการลดความกลัว ความเครียด และความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก รายละเอียดแสดงในตารางที่

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความกลัว ความเครียด ความปวด ระยะหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean	SD	t	df	*p*-value
ความกลัว	กลุ่มทดลอง	30	46.33	12.84	17.92	58	<.001
	กลุ่มควบคุม	30	84.70	7.75			
ความเครียด	กลุ่มทดลอง	30	2.06	0.52	8.72	58	<.001
	กลุ่มควบคุม	30	5.53	2.11			
ความเจ็บปวด	กลุ่มทดลอง	30	8.20	0.88	3.49	58	<.001
	กลุ่มควบคุม	30	8.96	0.80			

4. เปรียบเทียบระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองใช้เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ย 616.13 นาที (SD = 60.50) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้เวลาเฉลี่ย 855.17 นาที (SD = 314.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.07, df = 58, p < .001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติช่วยให้การคลอดมีความก้าวหน้าเร็วขึ้น รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด

ผลลัพธ์การคลอด	กลุ่ม	n	Mean (นาที)	SD	t	df	*p*
ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด	กลุ่มทดลอง	30	616.13	60.90	4.07	58	<.001
	กลุ่มควบคุม		855.17	314.44			

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอดสามารถช่วยลดความกลัว ความเครียด ความปวด และระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ความกลัวในระยะที่ 1 ของการคลอด ผลการวิจัย พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด มีระดับความกลัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการมีบุคคลที่ผู้คลอดไว้วางใจอยู่เคียงข้างตลอดในระยะรอคลอด ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและลดความรู้สึกไม่ปลอดภัยระหว่างการรอคลอด โดยพบว่าญาติที่ผู้คลอดเลือกมากที่สุดคือ สามี รองลงมาคือ มารดา ซึ่งญาติมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ ช่วยเหลือในการดูแล และพูดปลอบโยน เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิด Fear–Tension–Pain ของ Dick-Read[1] ที่ระบุว่าความกลัวเป็นปัจจัยเริ่มต้นของวงจรความตึงเครียดและความเจ็บปวด การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจึงช่วยตัดวงจรดังกล่าวได้ นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้เลือกญาติเข้ามาให้การสนับสนุนในระยะคลอด ทำผู้คลอดเกิดความมั่นใจ ไม่โดดเดี่ยว ไม่ต้องเผชิญการ

คลอดโดยลำพังจึงช่วยลดความกลัวในระยะคลอดได้[7] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของปราวีณา นุกูลกิจ[15] ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์แรกซึ่งได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอด มีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ความเครียดในระยะที่ 1 ของการคลอด ผลการวิจัยพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด มีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์อย่างต่อเนื่องตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด ควบคู่กับการได้รับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด และการเตรียมร่างกายให้พร้อมต่อการคลอด ช่วยลดความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้และความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง จึงส่งผลให้ระดับความเครียดของผู้คลอดลดลง ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิด Fear–Tension–Pain ของ Dick-Read[1] ซึ่งระบุว่าความกลัวเป็นปัจจัยเริ่มต้นของวงจรความตึงเครียดและความเจ็บปวด การที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนจากญาติร่วมกับการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด จึงมีส่วนช่วยลดความกลัวและตัดวงจรความตึงเครียด ส่งผลให้ระดับความเครียดในผู้คลอดครรภ์แรกลดลง นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตย์ ด้วงคำภา[16] ซึ่งพบว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยโปรแกรมการดูแลในระยะปากมดลูกเปิดเร็วโดยญาติมีส่วนร่วม มีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด มีระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้คลอดได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ ร่างกาย และจิตใจ ผ่านกิจกรรมในโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ลักษณะความเจ็บปวดจากการหดรัดตัวของมดลูก และวิธีการบรรเทาความเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการคลอด ลดความกลัวและความวิตกกังวล และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎี Fear–Tension–Pain ของ Dick-Read[1] ซึ่งอธิบายว่าความกลัวเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดและนำไปสู่การรับรู้ความเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้น การที่ผู้คลอดได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ได้รับการดูแลด้านความสุขสบายของร่างกายและสุขวิทยาส่วนบุคคล รวมทั้งได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมให้ใช้เทคนิคการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอด เช่น การผ่อนคลายและการหายใจอย่างเหมาะสม ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์จากญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด จึงช่วยลดความกลัวและตัดวงจรความตึงเครียด ส่งผลให้ระดับความปวดลดลง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ และศรีสุดา งามขำ[4] ที่พบว่าการสอนให้สามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้คลอด ช่วยเสริมสร้างกำลังใจและส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถใช้วิธีการผ่อนคลายความปวดในระยะคลอดได้ ส่งผลให้ผู้คลอดผ่อนคลายจากความกลัวและความวิตกกังวล และสามารถเผชิญกับความปวดในระยะคลอดได้ดีขึ้น

ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอด มีระยะเวลาการรอคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้คลอดได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมที่มุ่งขจัดวงจร ความกลัว–ความเครียด–ความเจ็บปวด ตามแนวคิดของ Dick-

Read[1] ได้แก่ การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์จากญาติร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาช่วยลดความกลัวและความเครียด ส่งผลให้การรับรู้ความปวดลดลง เมื่อวงจรดังกล่าวถูกตัด การหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินจึงไม่ถูกยับยั้ง ทำให้การหดรัดตัวของมดลูกมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้การเตรียมร่างกายด้วยการจัดท่ามณีเวช ได้แก่ ท่ายืน ท่าเดิน ท่านั่งขัดสมาธิ และท่านั่งผีเสื้อ ซึ่งเป็นท่าที่ส่งเสริมแรงโน้มถ่วงและเพิ่มความกว้างของช่องเชิงกราน เอื้อต่อการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ช่วยเสริมให้การคลอดมีความก้าวหน้า ซึ่งส่งผลต่อความก้าวหน้าของการคลอดและทำให้ระยะเวลาการรอคลอดในระยะที่ 1 สั้นลง[17] ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของปณัชช์ฐิตา ขุนบุญยัง, เกษร สุวิทยะศิร, ลักขณา บัวสมบูรณ์, วรรณดี ศรีสว่าง และนงลักษณ์ เกิดท่าไม้[18] ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการจัดท่านั่งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดร่วมกับการดูแลตามปกติมีเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ระยะปากมดลูก 5-7 ซม. และระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนโดยญาติในระยะที่ 1 ของการคลอดสามารถลดระดับความกลัว ความเครียด ความปวด และลดระยะเวลาการรอคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลอุดรธานีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้คลอดได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์จากบุคคลที่ไว้วางใจ เช่น สามีหรือมารดา ร่วมกับการได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา รวมถึงการฝึกใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งช่วยลดและขจัดวงจร ความกลัว–ความเครียด–ความปวดได้ ส่งผลให้ผู้คลอดมีความมั่นใจและสามารถเผชิญกับการคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การเตรียมร่างกายด้วยการจัดท่ามณีเวช ได้แก่ ท่าผีเสื้อ ท่าเดิน ท่ายืน และท่านั่งขัดสมาธิ ช่วยส่งเสริมแรงโน้มถ่วง เพิ่มความกว้างของช่องเชิงกราน และเอื้อต่อการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ส่งผลให้การคลอดมีความก้าวหน้าและระยะเวลาการรอคลอดในระยะที่ 1 สั้นลง ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวเป็นแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้คลอด และมีความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้ในงานพยาบาลสูติกรรม โดยควรมีการเตรียมความพร้อมญาติและพัฒนาสื่อสนับสนุนที่เหมาะสม รวมทั้งศึกษาต่อยอดในบริบทที่หลากหลายเพื่อยืนยันประสิทธิภาพในระดับระบบบริการสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนผู้คลอดครรภ์แรกทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Dick-Read G.(2024). Childbirth without fear: The principles and practice of natural childbirth. London: Pinter & Martin; 2004.
2. รังสินี พูลเพิ่ม.(2557). การนำความร้อนไปใช้ในการลดความเจ็บปวดระยะที่ 1 ของการคลอด. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;5(2): 23–7.

3. เยาวรัตน์ ดุสิตกุล.(2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2565;1(3): 31–9.
4. แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ และศรีสุดา งามขำ.(2562). การจัดการความปวดในระยะคลอดบนพื้นฐานทฤษฎีเชื่อมโยงระบบประสาท. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ. 2562;25(2): 1–2.
5. Zwelling E, Johnson K, Allen J.(2006). How to implement complementary therapies for laboring women. MCN Am J Matern Child Nurs. 2006;31(6): 364–70.
6. ธัญญารัตน์ กุลณีจิตต์เมธี.(2560). ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2560;6(2): 158–65.
7. ชุลีพร การะภักดี, วรรณี เดียวอิศเรศ และอุษา เชื้อหอม.(2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความกลัวการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;7(2): 20–9.
8. ผดาวดี สาฆะ, ปทุมมา กังวานตระกูล และสุดาพร สุทธิพันธุ์ตระกูล.(2562). ผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะเจ็บครรภ์และระยะเวลาการเบ่งคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2562;27(2): 185–98.
9. จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ.(2550). ผลของการเตรียมคลอดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความรู้ ความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
10. Alehagen S, Wijma K, Wijma B.(2001). Fear during labor. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001;80:315–20.
11. วันเพ็ญ ไสยมรรคา.(2554). ความกลัวการคลอดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอด [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
12. อรวรรณ ศิลปะกิจ.(2551). แบบวัดความเครียดศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2551;16(3): 177–85.
13. กรมสุขภาพจิต.(2558). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2558.
14. Victorian Quality Council.(2007). Acute Pain Management Measurement Toolkit. Victoria, Australia: Victorian Quality Council; 2007 [cited 2024 Jan 10]. Available from: https://www.vgls.vic.gov.au/client/en_AU/search/asset/1294902/0
15. ปราวีณา นุกูลกิจ.(2568). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะคลอดต่อความกลัวการคลอด และความพึงพอใจของผู้คลอด แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร. วารสารการศึกษา สิ่งแวดล้อม การแพทย์ และสาธารณสุข. 2568;10(2): 949–60.
16. อาทิตย์ ด้วงคำภา.(2563). ผลของโปรแกรมการดูแลโดยญาติมีส่วนร่วมในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของการคลอดต่อความเครียดความเจ็บปวด และความก้าวหน้าของการคลอด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2563;5(2): 1–8.
17. พยุงศรี อุทัยรัตน์ และ อาลี แซ่เจียว.(2561). ผลของการใช้ท่ามณีเวชต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดในหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2561;32(1): 791–804.
18. ปณัชช์ฐิตา ขุนบุญยัง, เกษร สุวิทยะศิร, ลักขณา บัวสมบูรณ์, วรรณดี ศรีสว่าง และนงลักษณ์ เกิดท่า.(2564). ประสิทธิผลของการใช้แผนการจัดท่านั่งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอด ต่อระดับความเจ็บปวด เวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระดับการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดของหญิงในระยะคลอด. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;37(1): 294–310.